



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Rosemary Ribeiro

**Ótica de educadoras sociais de duas unidades de acolhimento institucional
do Estado do Rio de Janeiro sobre sua saúde sexual**

Rio de Janeiro

2020

Rosemary Ribeiro

**Ótica de educadoras sociais de duas unidades de acolhimento institucional do Estado do
Rio de Janeiro sobre sua saúde sexual**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

R484 Ribeiro, Rosemary.
 Ótica de educadoras sociais de duas unidades de acolhimento
 institucional do Estado do Rio de Janeiro sobre sua saúde sexual /
 Rosemary Ribeiro. - 2020.
 122 f.

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

 1. Acolhimento. 2. Institucionalização. 3. Educadores. 4. Saúde sexual.
 I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de
 Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

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

Assinatura

Data

Rosemary Ribeiro

**Ótica de educadoras sociais de duas unidades de acolhimento institucional do Estado do
Rio de Janeiro sobre sua saúde sexual**

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

Aprovada em 13 de março de 2020.

Banca Examinadora:

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

Prof.^a Dra. Thelma Spíndola
Faculdade de Enfermagem - UERJ

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

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Agradecer é a arte de retribuir as graças recebidas. Elaborar um projeto de mestrado é um caminho solitário, mas, nesse caminho, ainda que solitário e muitas vezes angustiante, várias pessoas se fizeram presentes e, mesmo indiretamente, ajudaram-me para que essa fase pudesse ser concluída.

Ao meu companheiro Sidnei, por me incentivar, pelo carinho, paciência e ajuda em todos os sentidos e em todos os momentos dessa caminhada.

À minha querida orientadora Professora Doutora Lucia Helena Garcia Penna, que, com seu carinho, paciência, profissionalismo e dedicação, ajudou-me a superar meus limites respeitando minha liberdade e autonomia, deu-me suporte nos momentos difíceis em que a angústia, o choro e cansaço tentaram me sabotar.

Às amigas Doutoradas Claudia Guedes e Liana Ribeiro pelo carinho e pelas valiosas contribuições. Vocês são incríveis.

À Professora Doutora Elisabeth Rose Costa Martins, pela motivação e pelo carinho.

À Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde Dra. Sandra Victória Cerqueira Martins, pelo incentivo e ajuda para conclusão desse projeto.

À Direção, subdireção, as chefias dos setores e os demais profissionais do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, pelo incentivo e ajuda para a conclusão desse projeto.

Às amigas Regina Célia Dias Brandão Caetano e Tatiane Souza de Oliveira, pelas orações e incentivo nos momentos mais difíceis.

Às professoras Doutoradas Adriana Lemos, Thelma Spindola, Joana Carinhonha, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação. Suas observações, críticas e sugestões foram momentos preciosos de reflexão, crescimento e amadurecimento acadêmico.

Às Professoras Doutoradas Patrícia Lima Pereira Peres, Sandra Teixeira Araújo Pacheco, Antônia da Conceição Cilindro Machado pelo apoio e carinho.

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

Especial agradecimento às educadoras Sociais, participantes desse estudo, suas contribuições possibilitaram-me conhecer o cotidiano do trabalho em instituição de acolhimento institucional,

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

A todos vocês, muito obrigada!

Na convivência, o tempo não importa. Se for um minuto, uma hora, uma vida. O que importará é o que ficou deste minuto, desta hora, desta vida.

Mario Quintana

RESUMO

RIBEIRO, Rosemary. **Ótica de educadoras sociais de duas unidades de acolhimento institucional do Estado do Rio de Janeiro sobre sua saúde sexual**. 2020. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Este trabalho teve como objetivo geral: analisar a percepção de saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento institucional de adolescentes do Município de Duque de Caxias e, como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sociodemográfico das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes; descrever a compreensão das profissionais educadoras sociais sobre saúde sexual. Método: Pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória realizada através de entrevistas estruturadas com 10 educadoras sociais de duas unidades de acolhimento institucional para adolescentes no período de março a junho de 2019. As entrevistas foram trabalhadas à luz da Análise de Conteúdo, emergindo a categoria “A saúde sexual sob o olhar dos educadoras sociais”, subdividida em três subcategorias: A ótica conceitual da saúde sexual pelas educadoras sociais; Percepção da condição pessoal de saúde sexual das próprias educadoras sociais; Ações de autocuidado com a Saúde Sexual. Principais Resultados: as educadoras sociais encontram-se na faixa etária entre 42 a 64 anos, algumas em idade reprodutiva, casadas, com ensino médio completo, evangélicas, vínculo trabalhista na instituição de 15 meses a 18 anos. No que diz respeito à concepção das educadoras sociais acerca da saúde sexual, apresentam conceito ampliado, ou seja, para além do biológico, contemplando o seu bem-estar geral. Destacam a sexualidade como parte da saúde sexual, porém permeada de tabus e preconceitos, influenciada pela visão de mundo e família que aponta vivências a partir de normas, regras e condutas. Percebem-se saudáveis pela inexistência da doença. Entretanto, suas práticas sexuais são desprotegidas, por confiarem no parceiro. Estabelecem a monogamia, o planejamento reprodutivo e os cuidados com o corpo como ações de autocuidado para sua saúde sexual. Considerações: cabe destacar que as educadoras sociais de unidades de acolhimento apresentam-se, ainda, com fragilidades sobre sua saúde sexual, podendo influenciar nas ações de cuidados junto aos adolescentes em situação de acolhimento.

Palavras-chave: Unidade de acolhimento institucional. Educadores sociais. Profissional. Saúde sexual.

ABSTRACT

RIBEIRO, Rosemary. **Optics from social educators from two institutional reception units in the State of Rio de Janeiro on their sexual health**. 2020. 122f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This work aimed to analyze the perception of sexual health of social educator professionals from institutional reception units of adolescents in the municipality of Duque de Caxias and as specific objectives: To characterize the sociodemographic profile of social educator professionals from adolescent reception units; to describe the understanding of social educator professionals about sexual health. Method: Qualitative, descriptive-exploratory research conducted through structured interviews with ten social educators from two institutional reception units for adolescents from March to June 2019. The interviews were worked in the light of Content Analysis, emerging from the category "Sexual health under the gaze of social educators", subdivided into three subcategories: The conceptual perspective of sexual health by social educators; Perception of the personal sexual health condition of the social educators themselves; Self-care with Sexual Health. Main Results: Social educators are aged between 42 and 64 years, some of reproductive age, married, with complete high school, evangelical, labor bond in the institution from 15 months to 18 years. With regard to the conception of social educators about sexual health, they present an expanded concept, that is, in addition to biological, contemplating their general well-being. They highlight sexuality as part of sexual health, but permeated by taboos and prejudices, influenced by the world and family view that points to living based on norms, rules and conducts. They perceive themselves healthy by the absence of the disease. However, their sexual practices are unprotected because they trust the partner. They establish monogamy, reproductive planning and body care as self-care actions for their sexual health. Considerations: It is worth mentioning that the social educators of reception units are also with weaknesses over their sexual health, and can influence the care actions among adolescents in a welcoming situation.

Keywords: Institutional reception unit. Social educators. Professional. Sexual health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela –	Apresentação do perfil sociodemográfico de educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional	50
Quadro 1 –	Apresentação da distribuição das subcategorias de Análise	57
Quadro 2 –	Distribuição de Categorias de Análise	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana
BVS	Biblioteca Virtual e Saúde
CBIA	Centro Brasileiro para Infância e Adolescência
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CE	Contracepção de Emergência
CF	Constituição Federal
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LBA	Legião Brasileira de Assistência
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papilomavírus Humano
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher
PANAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIA	Plano Individual de Atendimento
PF	Planejamento Familiar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAM	Serviço de Assistência ao Menor
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	22
1.1	O Percurso Histórico da Institucionalização de Adolescentes Acolhidos.	22
1.2	Políticas na Atenção Integral à Saúde da Mulher	26
1.3	Questões de gênero na saúde sexual e reprodutiva das mulheres	29
1.4	Conceituando a Saúde Sexual	34
2	ASPECTOS METODOLOGICOS	38
2.1	Natureza e Tipo de Pesquisa	38
2.2	Cenário da Pesquisa	39
2.3	Participantes da Pesquisa	42
2.4	Coleta de Dados	43
2.5	Produção dos Dados	45
2.6	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa.....	46
2.7	Análise dos Dados	47
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
3.1	Caracterização do perfil sociodemográfico de educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional	50
3.2	A saúde sexual sob o olhar das educadoras sociais	56
3.2.1	<u>A ótica conceitual da saúde sexual das educadoras sociais</u>	58
3.2.2	<u>Percepção da condição pessoal de saúde sexual das próprias educadoras sociais</u>	74
3.2.3	<u>Ações de autocuidado com a Saúde Sexual</u>	83
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	100
	APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	APENDICE B – Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista	116
	APÊNDICE C – Termo de Solicitação de Autorização de Campo de Pesquisa	117
	APÊNDICE D – Quadro de distribuição de Categorias de Análise	118
	ANEXO – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	119

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto a saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidade de acolhimento institucional de adolescentes.

As unidades de acolhimento institucional são unidades públicas da assistência social, do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que executam serviços de acolhimento em espaços destinados a acolher, proteger e executar serviços especializados de alta complexidade, como forma alternativa para Criança e ao Adolescente com laços familiares esgarçados e devem respeitar os princípios legais da brevidade e excepcionalidade (BRASIL, 2009a; SOUZA *et al.*, 2014).

O acolhimento institucional é definido como uma medida de proteção de caráter provisório e excepcional, utilizável como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade (BRASIL, 1990). De acordo com as proposições do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) será recomendado sempre que os direitos da criança e dos adolescentes forem ameaçados ou violados, seja por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, em razão de sua conduta, a autoridade competente poderá determinar a medida protetiva (BRASIL, 1990).

Cabe ressaltar que, a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, a cultura do abrigamento por parte de entidades com perfil assistencialista é deixada de lado, passando a ser vista pela ótica da proteção integral e promoção dos direitos sociais. Sendo assim, o uso da terminologia “acolhimento institucional” substitui o termo “abrigamento”, alterado pela Lei nº 12.010/2009, o que contribui para o abandono de grandes instituições de acolhimento (antigos abrigos), cujo regime se revelou incompatível com o atendimento individualizado da criança e do adolescente (BRASIL, 2009a, 2013; CARMO, 2016; SOUZA *et al.*, 2014).

As unidades de acolhimento institucional devem desenvolver ações “que permitam a preservação do vínculo familiar e propiciem a não-separação de irmãos, além de estabelecer integração com a comunidade local. Outro aspecto importante a ser destacado é o de proporcionar atendimento personalizado de acordo com o Plano individual de Atendimento (PIA). A implementação do plano individual há muito favorece na preservação da autonomia do acolhido na unidade de acolhimento e também visa a proporcionar espaço de desenvolvimento acolhedor, de proteção, de cuidado e de desenvolvimento de atividades

coeducativas, oferecendo diversas ações no turno complementar ao da escola como estratégia de reforço, cursos de profissionalização, escola, creche e pré-escola, muito importantes para a continuidade do processo educativo do acolhido. Nesse contexto, a família também deve ser acolhida, recebendo apoio psicológico e/ou social (BRASIL, 2009a; SOUZA *et al.*, 2014).

De acordo com Mastroianni *et al.* (2018) são vários os motivos que acarretam o acolhimento de uma criança e/ou adolescente, em decorrência da gama de fatores comumente relacionados à aplicação da medida protetiva. De acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MP), os motivos, majoritariamente, apontam para a negligência, seguida da situação de rua, do abandono pelos pais, dos abusos físicos ou psicológicos e da devolução por tentativa de colocação familiar fracassada e outros. No entanto, esses motivos têm ligação direta com o esgarço familiar, em decorrência das histórias de vulnerabilidades psicossociais, decorrentes das vivências de violências sociais (MASTROIANNI *et al.*, 2018; RIO DE JANEIRO, 2019).

A criança e o adolescente que vivenciam o cotidiano de uma unidade de acolhimento possuem características comuns a quaisquer outros adolescentes. A situação de miséria e pobreza extremas a que estão submetidas milhares de famílias brasileiras as colocam na zona de vulnerabilidade, principalmente pelo enfraquecimento do eixo do trabalho. Ainda assim, por sofrerem influências da precarização do mercado de trabalho, é possível compreender que esses processos alimentam a vulnerabilidade enquanto questão social. A vulnerabilidade social aborda diversas modalidades de desvantagem social, mas principalmente a fragilização dos vínculos familiares afetivos relacionais de pertencimento social ou vinculados à violência que acabam reportando a criança e o adolescente à medida protetiva em unidade de acolhimento institucional (CARDOSO; MATIAS, 2017; CASTEL, 1998; PENNA *et al.*, 2012a; SILVA; FERREIRA; GUIMARÃES, 2017).

Entende-se que, no contexto da vulnerabilidade social, as famílias passivas, com a autoestima consideravelmente comprometida, são oriundas das relações de desigualdades da ordem capitalista que favorece o processo de desemprego e desafiliação, contribuindo para que crianças e adolescentes tenham seus direitos violados (CARDOSO; MATIAS, 2017; CASTEL, 1998; MASTROIANNI *et al.*, 2018; PENNA *et al.*, 2012a; SILVA; FERREIRA; GUIMARÃES, 2017).

Na busca por reinserção social, a missão das unidades de acolhimento tem caráter prioritário. Nesse sentido, os profissionais das unidades, dentre eles, o educador social, possuem papel fundamental na reorientação dessas crianças e adolescentes.

No contexto das políticas de reconhecimento do profissional educador social, estes foram inseridos na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego, com a seguinte descrição: 5153-05 que corresponde o título de Educador Social - visa à garantia de direitos a pessoas em situação de risco pessoal e social. Dessa forma, a CBO alinha-se aos critérios da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH-SUAS) (BRASIL, 2009b). Nesse contexto, a NOB/RH-SUAS - Resolução nº 130, de 2005, define os parâmetros para a composição mínima da equipe técnica dos serviços de acolhimento.

As Equipes de referência são aquelas constituídas por servidores efetivos responsáveis pela organização e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e especial, levando-se em consideração o número de famílias e indivíduos referenciados, o tipo de atendimento e as aquisições que devem ser garantidas aos usuários (BRASIL, 2006, p.14-15).

Nesse âmbito, outra conquista importante para a consolidação da identidade dos educadores sociais refere-se ao evento da VIII Conferência Nacional de Assistência Social, de 2011, que reconhece os cargos e funções dos trabalhadores de ensino médio que atuam no SUAS, nas funções de educador social, entre outras. A partir dessa conferência cria-se a Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014 (BRASIL, 2014), que ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio do Sistema Único de Assistência Social, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS.

Através dessas legislações, geralmente, a equipe mínima que atua em unidades de acolhimento de adolescentes é constituída por profissionais de nível superior da área da assistência social – psicólogo, assistente social, pedagogo - e o profissional de nível médio, que são os educadores sociais. Entretanto, é o educador social que atua diretamente no cuidado subjetivo com os acolhidos e, em detrimento às escalas fixas de plantão, passa a desempenhar papel central na vida dos adolescentes. Esse convívio diário contribui para reforçar os laços e, dessa forma criar vínculo, o que pode ser visto como um fator positivo na construção da identidade e da socialização do adolescente que vivencia o cotidiano de uma unidade de acolhimento (LEMOS; BARBALHO; BONA, 2018).

Cabe salientar a definição de cuidado subjetivo, que se refere à promoção e ênfase aos aspectos subjetivos da relação profissional versus pessoa que recebe o cuidado, ambas envolvidas em um processo que vai envolver experiências pessoais, sentimentos, valores, significados e diferentes formas de vivenciar e enfrentar situações cotidianas (CARVALHO *et al.*, 2015; NUNES; SILVA; PIRES, 2011).

Nesse contexto, por ser o profissional que utiliza a tecnologia leve no cuidado com os adolescentes, entende-se que não existe um método pronto a ser aplicado, o que existe é uma práxis norteada por suas vivências, por sua visão de mundo. As educadoras, habitualmente, baseiam-se em suas próprias experiências, atuando de forma empírica, o que pode desenvolver ações de promoção à saúde repletas de preconceitos, cultura e valores. Uma prática que se reelabora a cada momento, principalmente a partir do diálogo como ferramenta para o cuidado subjetivo. Dessa forma, a unidade de acolhimento se consolida como um espaço de diálogo, de práticas e saberes (FELIX, 2018; LEMOS; BARBALHO; BONA, 2018; RIBEIRO, 2015).

Comumente, a função desempenhada pelo educador social na unidade de acolhimento institucional, de acordo com a Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014, concerne em desenvolver atividades que promovam o desenvolvimento integral dos acolhidos. Tais como acompanhar, monitorar e orientar na execução das atividades diárias, proteção, acompanhamento nos serviços de saúde, escola, auxiliá-los a lidar com sua história de vida, fortalecendo, assim, a autoestima e construção da identidade, de modo a preservar sua história de vida dos adolescentes (BRASIL, 2009a; CARVALHO *et al.*, 2015).

No entanto, é importante destacar que o papel do educador social no contexto das unidades de acolhimento deve ser, para além da garantia dos atendimentos à higiene, à alimentação e aos cuidados diários - que devem estar voltadas também ao amparo das necessidades emocionais e outros serviços requeridos no cotidiano (FURTADO *et al.*, 2019) - envolver-se nas rotinas dos acolhidos e jovens e se relacionar diretamente com elas, assim como as influências que exercem sobre eles.

Por lidarem diretamente com as questões do cotidiano, passam a ser vistos como referência dentro da unidade de acolhimento para os adolescentes. Ainda nesse contexto, desempenham ações de educação não formal, de modo a proporcionar oportunidades que levem os adolescentes a aprender e a pensar com a própria experiência e a dos demais adolescentes, com vistas a resgatar a confiança em sua capacidade em enfrentar os desafios que, certamente, encontrarão durante o processo de reintegração de manter ou resgatar os vínculos afetivos (BARROS; NAIFF, 2015; FELIX, 2018; RIBEIRO, 2015).

De acordo com Gohn (2006), a educação não formal abrange processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. Capacita os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo, norteados pela expansão do conhecimento sobre o mundo que circunda os indivíduos. Esse

processo é construído de forma gradativa nas relações sociais que se constroem no processo interativo, gerando assim um processo educativo.

Quanto ao perfil sociodemográfico, nos estudos realizados por Brito e Souza (2011), Cavalcante (2012), Felix (2018) e Furtado *et al.* (2019) indicam que a totalidade do educador social encontrada geralmente nas unidades é composta pelo sexo feminino. A predominância de mulheres na formação de equipe de educadores sociais é citada na literatura e se apoia no perfil da função e nas questões de gênero, que intrinsecamente revelam a intuição de cuidar do outro, do exercício fraterno e cuidados domésticos, com a facilidade para acolher, cuidar, proteger, dar segurança e apoio.

Assim, como na educação infantil, as mulheres são maioria na dedicação à educação de crianças, por serem vistas como figuras de cuidado e zelo. O perfil etário varia de 21 a 66 anos, em pleno momento reprodutivo e escolaridade equivalente ao ensino médio, que se alinha aos documentos oficiais, um fator positivo para a qualidade do cuidado (BRASIL, 2009a; BRITO; SOUZA, 2011; FELIX, 2018; FURTADO *et al.*, 2019).

Considerando o interesse pelo objeto de estudo, ressalta-se que a aproximação da pesquisadora com o objeto de pesquisa se deu a partir de uma vivência pessoal, onde em 2015, foi solicitada pela promotoria da Vara da Infância, da Juventude e do Idoso do Município de Duque de Caxias a realizar uma aproximação com os educadores sociais das unidades de acolhimento sobre dúvidas relativas às questões da “Sexualidade na adolescência”. Nessa experiência, havia sido observado pela equipe do Ministério Público (MP) que os profissionais educadores sociais de unidades de acolhimento encontravam-se angustiados, com dúvidas e questionamentos em relação ao lidar com a fase inicial da saúde sexual dos adolescentes acolhidos.

As ansiedades e dúvidas dos profissionais eram principalmente quando iniciavam as mudanças físicas e emocionais nos corpos das meninas e dos meninos no período de início da puberdade. Não se sentiam seguros e capazes para lidar com os questionamentos apresentados pelos adolescentes e, por muitas vezes, sentiam-se constrangidos ao serem abordados sobre tais assuntos referentes à temática de sexualidade ou quando presenciavam alguma situação de intimidade entre eles.

As situações relativas às temáticas de sexualidade eram vistas como um “problema”, o que levavam os profissionais educadores sociais a realizar intervenções que não auxiliavam nas questões vivenciadas pelo adolescente. Basicamente, as situações eram trabalhadas a partir de suas facilidades e dificuldades, vivências, conceitos, padrões e valores. Esse aspecto também é comentado por alguns estudos que referem à existência de fragilidade no processo

educativo em lidar com as questões da “sexualidade” nas unidades de acolhimento (FELIX, 2018; PENNA *et al.*, 2012b; RIBEIRO, 2015).

Os profissionais educadores sociais, por estarem na condição de interação próxima com os adolescentes, possuem a possibilidade de ter uma visão diferenciada sobre a vivência da saúde sexual e seu impacto sobre a saúde desse grupo. Geralmente, a estratégia adotada por esses educadores na educação em saúde é o diálogo. Muitos deles baseiam-se em suas próprias experiências, atuando de forma empírica, o que pode mobilizar promoções de saúde repletas de preconceitos, cultura e valores (FELIX, 2018; NÖRNBERG; MENEZES, 2011).

Os profissionais educadores sociais das instituições de acolhimento não estão habilitados, na maioria das vezes, a atender a demandas desse público alvo, criando situações de distanciamento que dificultam a difusão do conhecimento e a troca de experiências. Entendemos que muitos são os desafios para essa categoria que atua na unidade de acolhimento, pois eles não possuem capacitações específicas sobre a temática da saúde sexual e, no cotidiano, necessitam orientar os adolescentes. Essa realidade tem na prática junto aos adolescentes que exercem o cuidado a partir das suas próprias experiências, da visão de mundo e valores pessoais (NÖRNBERG; MENEZES, 2011).

Considerando que os profissionais educadores sociais são, na maioria, do sexo feminino, que se encontram na idade reprodutiva e que são referências para os adolescentes, a importância de se estudar de que maneira essas educadoras sociais percebem a saúde sexual pode favorecer a compreensão do processo de atenção a essa população de adolescentes institucionalizados.

Nesse sentido, parte-se do pressuposto de que, ao conhecermos a realidade da saúde sexual das educadoras, poderemos compreender seu contexto social e sexual e contribuir para a superação de tabus e preconceitos referentes à saúde sexual, tanto dos profissionais quanto dos adolescentes, ainda arraigados no contexto sociocultural de cada indivíduo.

Ao questionar tabus e preconceitos ligados à sexualidade e trabalhar com conhecimentos e informações que visam à promoção do bem-estar e da saúde e a influência sobre os adolescentes ainda em formação, pretende-se refletir sobre a promoção da saúde sexual dessa população em especial.

Os temas polêmicos da saúde sexual abrangem uma compreensão ampla da realidade, demandam estudo, são fontes de reflexão e desenvolvimento do pensamento crítico e, portanto, exigem maior preparo dos educadores.

A saúde sexual é definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006), pela habilidade de mulheres e homens desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de infecções

sexualmente transmissíveis, gravidezes não desejadas, coerção, violência e discriminação. Nesse sentido, possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica uma abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa, é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

De acordo com Oliveira *et al.* (2014), a saúde sexual está diretamente relacionada com a sexualidade, considerada um aspecto fundamental da vida humana, possuindo pelo menos seis dimensões: física, psicológica, espiritual, social, econômica e cultural. Esta não pode ser compreendida sem referência ao sexo e a sua diversidade é uma característica fundamental, pois que as regras que regem a sexualidade diferem amplamente entre culturas e dentro de uma mesma cultura. Nas Concepções de Araújo *et al.*, (2019) a sexualidade e saúde sexual abrem caminhos também para a superação de estereótipos de gênero que desigualam relações.

A sexualidade não é apenas um fenômeno da natureza, não pode se destinar somente à reprodução biológica. Cada sociedade dispõe de sua cultura, suas expressões nas condutas e práticas sexuais, nos sentimentos, nos vínculos amorosos e nos desejos pessoais que sofrem influência através da forma de organização dessa sociedade, pelas relações estabelecidas entre as pessoas que a integram, além de absorver interferência dos mitos e tabus culturais que a constituem (OLIVEIRA *et al.*, 2014 ; ARAÚJO *et al.*, 2019).

Considerando as diversas expressões da sexualidade como características oriundas da cultura de uma sociedade, é possível pensar que, sexualmente, também somos diversos na pluralidade de viver as relações pessoais e o desejo sexual.

Nessa perspectiva, surgem como questões norteadoras: Qual a percepção dos profissionais educadores de unidades de acolhimento de adolescentes sobre sua saúde sexual? Como os educadores sociais de unidades de acolhimento de adolescentes lidam com sua saúde sexual?

O interesse por tais questionamentos é calçado na possibilidade da relação direta das atitudes e valores desses profissionais sobre a promoção da saúde sexual dos adolescentes em situação de acolhimento. No campo da enfermagem, é crescente o número de pesquisas que buscam evidenciar a importância da compreensão de saúde sexual e que facilitam a orientação de soluções que respondam às necessidades das mulheres dos determinantes da saúde que envolvem esse segmento da população (COSTA; COELHO 2011; MELO *et al.*, 2016).

Considerando a importância já mencionada de analisar a percepção dos profissionais educadores sobre sua promoção da saúde sexual e refletir sobre possíveis cuidados, o presente estudo tem por objetivos:

a) Objetivo Geral

Analisar a percepção de saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes;

b) Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes,
- Descrever a compreensão das profissionais educadoras sociais sobre saúde sexual.

Justificativa do Estudo

O estudo justifica-se pela atuação das educadoras sociais no lidar diretamente com o cotidiano de adolescentes em situação de acolhimento institucional. Sendo assim, é importante conhecer seus hábitos, vivências, atitudes e comportamentos que poderão contribuir para a promoção e prevenção de agravos, que podem influenciar de forma negativa ou positiva o desenvolvimento desta população. A referência como pessoa adulta mais próxima que assumirá o papel de cuidar, orientar e proteger os acolhidos são as educadoras sociais. Dessa forma, essas profissionais recorrem a suas vivências com sua visão de mundo como uma ferramenta para lidar com as dúvidas e questionamentos dos adolescentes, tendo em vista que não recebem treinamento específico para as questões que envolvem a sexualidade.

As educadoras sociais pertencem a uma categoria de profissional em formação, que atuam em unidade de acolhimento institucional para adolescentes, uma categoria ainda não conhecida fora do âmbito da Assistência Social por outras categorias de profissionais. Apresentam um perfil, em sua maioria, do sexo feminino, em idade reprodutiva e desenvolvem como cuidado subjetivo o diálogo nas unidades de acolhimento institucional. Se destacam das outras categorias de profissionais que lidam com o cuidado e outras formas de educação formal.

A educação não formal contribui na cultura de valores e na valorização sócio-histórica em que os indivíduos estão inseridos, sendo o educador social o principal mediador dessas ações. É nessa perspectiva que o educador social desenvolve sua ação, por meio do serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes.

Outro aspecto importante observado é que, a partir da busca eletrônica do gerenciador de bases de dados pertencente à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acerca da temática proposta nesse estudo, no período de abril de 2019, utilizando palavra-chave associada “saúde sexual” “Educadores”, foram encontradas 63 resultados sobre acolhimento institucional e educadores sociais. Após seleção dos filtros, a busca não reportou nenhum resultado sobre os educadores sociais das unidades de acolhimento institucional no tocante à saúde sexual.

Os artigos encontrados apresentavam como tema central a discussão sobre aspectos referentes às questões que envolvem o adolescente institucionalizado, a reintegração social, a capacitação e a formação do profissional educador social e, nenhum sobre a condição de sua saúde sexual. Dessa maneira, percebeu-se uma escassez de produções de conhecimento científico sobre saúde sexual de profissionais educadores sociais de unidades de acolhimento institucional, em particular no nível de graduação e pós-graduação em enfermagem.

Relevância do Estudo

A relevância deste estudo se deve à necessidade de analisar a percepção de saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes.

As educadoras sociais das unidades de acolhimento, ao lidarem no cotidiano com a inserção social desses jovens se confrontam diariamente com os aspectos que envolvem o corpo, a sexualidade humana, a saúde sexual, direitos e cidadania. Essas situações acabam gerando dúvidas. Comumente, para atender às demandas que emergem no cotidiano, ao lidarem também com a população de adolescentes, essas profissionais acabam por resgatarem suas memórias, vivências e experiências para lidarem com os acolhidos. Geralmente, não receberam treinamento específico.

Nesse sentido, conhecer seu olhar para as questões que envolvem a sua saúde sexual muito contribuirá para a construção conjunta de possíveis ações de promoção da saúde sexual no interior das unidades de acolhimento para adolescentes. Conhecer seus saberes, hábitos, vivências, atitudes e comportamentos, poderá contribuir para a promoção e prevenção de agravos à sua saúde sexual. O desconhecimento das mulheres sobre os diversos fatores predisponentes e os riscos e exposição faz com que elas não correspondam às recomendações

em relação às mudanças de comportamentos, de hábitos de vida e, conseqüentemente, aos cuidados com a saúde sexual.

Considerando a importância de alinhar as prioridades atuais de pesquisa científica, na área da saúde da mulher, procurou-se atender às recomendações da demanda prevista pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que possibilita reflexões acerca da saúde sexual das educadoras sociais. O interesse pela saúde sexual e reprodutiva de profissionais educadores sociais de unidades de acolhimento de adolescentes surge como continuidade do interesse pelo aprofundar e buscar informações referentes à população feminina e de pensar o cuidado sob a perspectiva da promoção e educação em saúde. Isso se torna particularmente relevante diante das recomendações da Organização Mundial de Saúde que estabelece no plano de ação para o desenvolvimento sustentável, com o compromisso para 2030 de assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. O documento reforça, também, a necessidade de ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva das mulheres em todos os ciclos de vida, considerando a singularidade e a diversidade de adolescentes, mulheres, homens, pessoas idosas e pessoas com deficiência (STARRS *et al.*, 2018).

Entendemos que este estudo subsidiará futuras propostas de promoção da saúde sexual nas unidades de acolhimento, bem como permitirá uma proposição de capacitações sobre a temática à luz da realidade encontrada. Esta pesquisa possibilitará a oportunidade de reflexão sobre as questões que envolvem a saúde sexual no âmbito das unidades de acolhimento, despertando-a tanto para as profissionais educadoras sociais quanto para os adolescentes institucionalizados, as quais possuem pouca visibilidade no contexto da promoção saúde no âmbito da unidade de acolhimento.

No que tange ao cenário da unidade de acolhimento que possui uma função mais focada na assistência social, entendemos a importância de se realizar uma reflexão crítica sobre promoção da saúde, valores sexuais e éticos no cotidiano de profissionais educadores de unidades de acolhimento institucional de adolescentes, valorizando, certamente, a atuação desses profissionais.

Compreende-se, também, que este estudo possa contribuir para ampliar e fortalecer o processo de reflexão e debates acerca da produção de conhecimento sobre a saúde sexual das educadoras sociais das unidades de acolhimento. Percebe-se ainda que haja possibilidade de

trazer contribuições para a enfermagem como área de conhecimento, para o ensino e a pesquisa na área da saúde. Além de contribuir para reflexão não só com as instâncias responsáveis pelo monitoramento das unidades de acolhimento, mas também com as coordenações nacionais, estaduais e municipais no aprimoramento das políticas públicas que envolvam os educadores sociais das unidades de acolhimento e na articulação para as capacitações desses profissionais atuantes no cenário das unidades de acolhimento.

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1 O Percurso Histórico da Institucionalização de Adolescentes Acolhidos

Para compreender o processo da institucionalização, faz-se necessário um breve resgate, à luz do processo histórico, sobre os sistemas de proteção à infância no Brasil que condicionaram a transformação da lógica institucional e autoritária para a doutrina da proteção integral, no modo como crianças e adolescentes, sobretudo os mais pobres eram tratados (MIRANDA, 2017; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004).

Historicamente, o processo da institucionalização vem sofrendo diversas transformações, quanto à sua atuação, estrutura e concepção. A implantação da política de atendimento mudou gradualmente, passando do domínio da Igreja para entidades filantrópicas até se tornar responsabilidade do estado. As primeiras instituições criadas no Brasil surgiram no período colonial, datando do século XVIII. Na metade do século XIX, os modelos históricos de atendimento do Brasil eram pautados no Modelo Institucional/asilar. A competência dos cuidados da infância “abandonada” era entregue à roda dos expostos da Igreja Católica (RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004).

A Igreja e o Estado uniam-se no processo de manutenção do poder, articulando a conquista armada com a legitimação religiosa. Para Berger (2005) e Faleiros (2004), o cuidado com as crianças índias era realizado pelos padres jesuítas, os quais tinham por objetivo batizá-las e incorporá-las ao trabalho. Nesse período, foram fundadas casas de recolhimento ou Casas para meninos e meninas índias. Posteriormente, instituiu-se a roda dos expostos, também conhecida como “roda dos enjeitados”, a qual, por muitos anos, foi a única instituição de assistência à criança desamparada no Brasil. A Arquitetura da roda por sua vez, consistia numa peça cilíndrica que, presa à parede ou muro da instituição, girava sobre um eixo central, o qual permitia colocar a criança indesejada. Os motivos do abandono eram diversos: filhos de escravas forçadas pelo senhor, filhos de mães solteiras, de mulheres de “má conduta” e, ainda, resultante de relações ilícitas, dentre outras tantas, preservando, assim, a identidade de quem os abandonou e, também, para esconder a origem da criança que, normalmente, era tida como enjeitada por ser fruto pecaminoso (ARAÚJO, 2019; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004).

Entretanto, nas casas dos expostos, o acesso à roda, não seria garantia de sobrevivência. Embora sejam múltiplas as causas de tão alta taxa de mortalidade, em torno de 70% entre as crianças recolhidas (FALEIROS, 2004; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004), tal modalidade de acolhimento sobreviveu aos três grandes regimes de ocorridos no país sendo extinta na década de 50, sendo o Brasil um dos últimos países a abolir esse modelo de cuidar de crianças e adolescentes acolhidas (ARANTES, 2011; MARCILIO, 2011).

Na atualidade, essas instituições sofreram inúmeras transformações. Deixaram de ser internatos e foram consideradas como casas de abrigamento e, atualmente, com as novas legislações, passaram a ser chamados de Unidades de Acolhimento Institucional (ARAÚJO, 2019; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004). De acordo com Parra, Oliveira e Maturama (2019), em 1927, surgiu a primeira legislação em relação à criança e ao adolescente do País, o Código dos Menores, de autoria de Mello de Mattos, que tinha como embasamento a doutrina da situação irregular (SANTOS *et al.*, 2010; SILVA, 2012).

O Código de 1927 significou a compilação de toda legislação, decretos e leis criadas desde a proclamação da república no Brasil em 1889 que versavam sobre crianças. Esse código instituiu, respectivamente, as doutrinas do direito do menor e do menor em situação irregular, e perdurou o traço da negação dos direitos da criança e do adolescente no país. Trata-se do período “menorista” da história, que durou cerca de 60 anos, quando foram estabelecidas as chamadas “práticas menoristas”, com consequências nefastas até hoje (CABRAL; SERAFIM, 2017).

Nesse período, formalizaram-se as intervenções do Estado nas famílias, autorizando-o a vistoriar as casas. Esse período foi marcado pela preocupação social com o aumento dos atos infracionais na adolescência, justificando a criação de uma lógica tutelar para crianças pobres, consideradas delinquentes, mesmo em seu contexto de abandono ou carência econômica. Na sequência, sobreveio o Código de Menores de 1979 (Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979), que revogou o de 1927 e instituiu a Doutrina do Menor em Situação Irregular (CABRAL; SERAFIM, 2017).

De acordo com Berger (2005), na era Vargas, em 1942, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), vinculado ao Juízo de Menores do Ministério da Justiça com enfoque tipicamente correccional/repressivo. Consolidou-se como uma política assistencialista e repressiva para a infância e adolescência, no sentido de orientar as práticas de assistência e controle das instituições públicas e particulares que realizavam serviços nessa área. Nessa mesma época, foi criada a Legião Brasileira de Assistência (LBA) para dar apoio aos

combatentes da II Guerra Mundial e suas famílias, tendo, depois, se estabelecido como instituição de assistência suplementar para a sociedade civil de modo geral.

Em 1964, criou-se a Fundação Nacional de Bem-estar do Menor (FUNABEM), que tinha por objetivos formular e implantar a política nacional do bem-estar do menor, mediante a identificação do problema e planejamento das soluções, a orientação, coordenação e fiscalização das entidades que executem essa política.

Em 1979, durante o regime militar, o Código de Menores conferia ao Estado amplos poderes sobre crianças em situação irregular. Segundo o Código, eram três as doutrinas que definiam os parâmetros legais para o direito do “menor”: a doutrina do direito penal do menor, a da proteção integral e a da situação irregular (FALEIROS, 2004; RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004).

Ao final da década de 80, a FUNABEM foi transformada no Centro Brasileiro para Infância e a Adolescência (CBIA), que tinha por objetivo formular, normalizar e coordenar, em todo território nacional, a Política de Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente, bem como oferecer assistência técnica a órgãos e entidades que executam esta política e, especialmente, ao zelo pelo cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, que confere a garantia - ainda que no papel - o direito à dignidade humana e aos direitos sociais a todo indivíduo. Mas, é sabido para aqueles que possuem a noção de direito e deveres que há um espaço de tempo para que “os direitos” sejam garantidos de maneira efetiva na vida do cidadão (RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma, 2004).

Nessa ocasião, o país torna-se signatário na Convenção das Nações Unidas pelos Direitos da Criança, comprometendo-se a garantir o bem-estar, a proteção e a assistência necessárias para poder assumir plenamente suas responsabilidades dentro da comunidade. A partir deste período há uma movimentação no Brasil, trazendo visibilidade aos novos atores (crianças e adolescentes) que geraram novas opções de proteção, incorporadas em dois grandes avanços normativos, especificamente o Código de Menores, de 1979, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990 - Lei nº 8.069 (CABRAL; SERAFIM, 2017).

Na década de 90, seguindo as transformações concernentes à proteção e cuidados de crianças e adolescentes no país e no mundo, diversas regras do quadro internacional, dentre ela às resoluções das Nações Unidas, as recomendações internacionais fazem com que o governo brasileiro promulgue o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), conferindo a essa população o status de sujeitos de direitos. Dentre o rol de direitos, está o da convivência

familiar e comunitária. E, para os casos de adolescentes vulneráveis, o de que o Estado ofereça proteção e cuidados nas instituições que venham a acolhê-los.

Para além do ECA, diversos documentos têm sido elaborados a fim de normatizar e reafirmar as ações voltadas para a proteção social de adolescentes em situação de acolhimento. É importante ressaltar que, em 2009, o ECA foi alterado pela Lei nº 12.010. A aprovação da nova lei representou mais um avanço nos marcos legais em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, pois ela modificou diversos artigos do ECA, esclarecendo para os trabalhadores que atuam com alta complexidade como garantir a sua implementação. A nova lei é minuciosa, coloca metas e prazos claros e também amplia a visão de família.

Em 2009, dentre esses documentos, as Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, trouxeram propostas para nortear a organização, no país, dos diversos serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, a fim de intensificar o entendimento das instituições de acolhimento, enquanto partes integrantes da rede de proteção à criança e ao adolescente que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social.

Em 2018, o mais recente documento editado, trouxe as “Orientações Técnicas para elaboração do plano individual de atendimento (PIA) de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento”, um instrumento que norteia as ações a serem realizadas para viabilizar a proteção integral, a reinserção familiar e comunitária e a autonomia de crianças e adolescentes afastados dos cuidados parentais e sob proteção de serviços de acolhimento (BRASIL, 2009a, BRASIL, 2018b).

Nos dias atuais, dentro do modelo do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), os Programas de Acolhimento Institucional classificam-se como ações de alta complexidade. A proposta atual oferece atendimento dos programas de acolhimento institucional, realizado de forma personalizada, em pequenas unidades e grupos, privilegiando-se as ações descentralizadas. Todas as entidades que desenvolvem programas de abrigo devem prestar plena assistência à criança e ao adolescente, ofertando-lhe acolhida, cuidado e espaço para socialização e desenvolvimento (BRASIL, 2018a). Ainda nesse contexto, existem quatro modalidades de acolhimento institucional: as Casas-lares, as Famílias acolhedoras, as Repúblicas e os Abrigos institucionais (BRASIL, 2009b).

Assim, a partir desse novo paradigma, impõe-se a necessidade de se repensar as práticas dos profissionais educadores sociais em consonância com as políticas de atendimento às crianças e aos adolescentes. É um grupo de profissionais que necessita de um olhar cuidadoso para o exercício de sua função sendo, portanto, fundamental a educação continuada

e específica para as temáticas que envolvem a sexualidade e a existência de um espaço de capacitação, em que suas mobilizações e referências educativas possam ser confrontadas com o que se espera da atuação de um educador de unidade de acolhimento institucional (BARROS; NAIFF, 2015).

O acolhimento institucional é uma prática em constante transformação e que permanece na sociedade brasileira até os dias de hoje, compondo uma das políticas públicas da rede de apoio social, com o objetivo de acolher crianças e adolescentes que vivem em situação de risco e vulnerabilidade social.

1.2 Políticas na Atenção Integral à Saúde da Mulher

Muito se tem discutido acerca da importância das políticas públicas de atenção integral à saúde da mulher, com contribuições importantes para o processo de transformação do paradigma da saúde da mulher. A relevância do enfoque de gênero nesta discussão foi criada de maneira a promover o diálogo entre Estado e sociedade Civil, por meio de um longo percurso do movimento feminista construído no decorrer da história.

A trajetória de mulheres reivindicando e lutando por igualdade em relação aos homens acontece há muitos anos. Historicamente, até o século XVII, só se reconhecia um modelo de sexo, o masculino. A mulher era concebida como um homem invertido e inferior, desta forma, entendida como um sujeito menos desenvolvido, frágil, na escala da perfeição metafísica (BUSTORFF, 2010; SILVA *et al.*, 2005).

No século XIX, a mulher passa de homem invertido ao inverso do homem, ou sua forma complementar. Nessa época, existiam diferenças entre homens e mulheres, relacionando sua submissão a sua estrutura física e biológica. Se a diferença entre gêneros era voltada para a relação anátomo-fisiológica, o sexo político ideológico vai comandar a oposição e a descontinuidade sexual do corpo, dando estrutura, justificativa e até impondo diferenças morais aos comportamentos masculinos e femininos, estando em acordo com a exigência de uma sociedade burguesa, capitalista, colonial, individualista e imperialista existente, também, nos países europeus (BUSTORFF, 2010; SILVA *et al.*, 2005).

Sob essa influência, nas primeiras décadas do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo limitada, nessa época, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Desde então, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte

das políticas públicas de saúde no Brasil no ano de 1960, quando diversos países se voltaram para controlar a natalidade, direcionando a atenção do Estado às mulheres em idade fértil. Os programas materno-infantis elaborados nos anos de 1930, 1950 e 1970 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado para com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015).

Os movimentos feministas no Brasil emergiram em grande parte nas décadas de 70 e 80. Surgem com a formação de grupos de mulheres para reflexões, distribuídas por regiões e classes sociais com relativas diversidades raciais e sociais, porém com interesses em comum, que se articulavam nas questões privadas e públicas dos direitos das mulheres em prol da luta pela democracia (MACHADO, 2016).

Nessa trajetória, uma das inquietações do movimento feminista girava em torno do direito da mulher, o que inclui a luta entre homens e mulheres contra a situação de desigualdade e o poder de dominação que os homens exerciam, historicamente, sobre as mulheres (BUSTORFF, 2010; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015). No entanto, a preocupação com os direitos da mulher e com os direitos reprodutivos nasceram a partir dessas reivindicações e do processo constitucional, garantindo o reconhecimento dos direitos humanos e reprodutivos.

A transformação dessa realidade só acontece por meio da participação popular na organização, decisão e elaboração das políticas públicas de incentivo e apoio à saúde da mulher com representatividade temática importante em várias das Conferências de Saúde, em um contexto diverso, dando destaque ao protagonismo do movimento feminino, principalmente nas conferências Mundiais sobre a mulher entre 1975 e 1985: México 1975, Copenhague 1980 e Nairóbi 1985.

Em resposta aos movimentos feministas no país, que questionavam a oferta de saúde à população feminina atrelada à reprodução, o governo o cria, em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) um marco na história das políticas de saúde no Brasil. O PAISM foi a primeira política pública a incorporar princípios que vinham sendo formulados pelo movimento de reforma da saúde pública (integralidade, equidade e direito à saúde), como também a incorporar elementos do debate que se constitui sobre direito e saúde reprodutiva. Nesse momento, a atenção integral à saúde da mulher deixou de ser unicamente voltada para a relação materno-infantil para incorporar a assistência em todas as etapas da vida (MACHADO, 2016; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015).

Contudo, era a primeira vez que, enquanto programa, o governo brasileiro se posicionava oficialmente sobre o tema do planejamento familiar, rejeitando a perspectiva do controle demográfico e regulador, bem como a concepção materno-infantil ao anunciar uma política de saúde que visava à assistência “integral à mulher” (MACHADO, 2016; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015) que, neste caso, passa a ser vista não mais como objeto reprodutivo das ações de saúde materno infantil, e sim como sujeitos ativos no cuidado de sua saúde em todos os ciclos da vida e para quem a reprodução é um direito, não um dever. Dessa forma, acontece uma mudança de olhar para atenção à saúde da mulher com base no cuidado integral das múltiplas especificidades e necessidades das dimensões sociais, psicológicas, emocionais e espirituais, bem como seus direitos de cidadania (MACHADO, 2016; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015).

Considerando a heterogeneidade que caracteriza o Brasil, seja em relação às condições socioeconômicas e culturais, seja em relação ao acesso às ações e serviços de saúde, compreende-se que o perfil epidemiológico da população feminina apresenta diferenças importantes de uma região a outra do país. Assim sendo, observava-se ainda, uma necessidade de direcionar a integralidade de atenção à mulher nas suas diversas interfaces, levando em consideração as especificidades do gênero que fossem direcionadas para mulheres em todos os ciclos de vida. Alcançando assim especificidades das diferentes faixas etárias de grupos populacionais que o programa não contemplava na primeira.

A articulação do movimento feminista brasileiro com o movimento latino-americano e internacional, em prol da organização da II Conferência Mundial Sobre Direitos Humanos de Viena em 1993, da Conferência de Cairo 1994 sobre População em Desenvolvimento, e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing, em 1995, promoveram mudanças que muito contribuíram para a transformação das políticas, reafirmando que os direitos das mulheres são direitos humanos e que a igualdade de gênero era uma questão de interesse universal, beneficiando a todos (MACHADO, 2016; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015).

A partir dessas necessidades e levando em consideração os aspectos citados no parágrafo anterior, em 2004, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com um enfoque de gênero. Esta incorporou a promoção da saúde e a integralidade como princípios norteadores e buscou consolidar avanços em diversas áreas, sendo as políticas direcionadas para mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a PNAISM trouxe a valorização da saúde de outros grupos de mulheres que não haviam sido contempladas no PAISM, como é o caso da saúde das mulheres adolescentes, saúde da mulher na maturidade e velhice, das mulheres negras, as indígenas, em situação de rua, residentes e trabalhadoras na área rural, em situação de prisão, no climatério e menopausa, além das especificidades das mulheres lésbicas (BRASIL, 2004, 2011).

De fato, esse modelo de atenção integral reforça a proposta a partir de uma visão ampliada do seu contexto de vida e aponta para uma ampla gama de necessidades da população feminina, suas singularidades e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Sendo assim, apresenta um enfoque para além das questões reprodutivas que problematizam as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção das doenças, queixas e outras situações de saúde das mulheres (BRASIL, 2015; MENDES; SANTOS; COSTA, 2015).

A Política incorpora a perspectiva de gênero, raça e etnia e diversidade, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, superando assim os limites da saúde reprodutiva (BRASIL, 2015).

Considerando a PNAISM (BRASIL, 2004) e a Agenda Nacional de Prioridades de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015), temos na população feminina profissionais educadores sociais e os próprios adolescentes de instituições de acolhimento institucional, um grupo com especificidades e necessidades de saúde com pouca visibilidade e, na maioria das vezes, alijados do conhecimento sobre sua saúde sexual. As percepções das educadoras sociais, suas vivências e o autocuidado com a sua saúde sexual podem influenciar no desenvolvimento e no manejo dos problemas de saúde deles próprios e dos adolescentes.

1.3 Questões de gênero na saúde sexual e reprodutiva das mulheres

A incorporação da dimensão de gênero, a partir do entendimento de que suas relações importam quando o assunto é saúde foi, historicamente, desencadeada pelo movimento feminista. Etimologicamente, o conceito de gênero nasceu de um diálogo entre o movimento

feminista e suas teóricas e pesquisadoras de diversas disciplinas história, sociologia, antropologia, ciência política, demografia, entre outras. O objetivo principal do feminismo tem sido mudar as relações sociais de poder imbricadas no gênero. Como as desigualdades de gênero atravessam todas as esferas da vida, as estratégias feministas envolvem um enfrentamento da posição subordinada das mulheres tanto dentro das instituições do estado como da sociedade civil (MONTEIRO, 2015).

Esse conceito também destaca que, como nascemos e vivemos em tempos, lugares e circunstâncias distintas, existem diversas e conflitantes formas de definir e viver a feminilidade e a masculinidade (LOURO, 2013). Para Costa Junior, Couto e Maia (2016), a relação do gênero como uma interpretação cultural dessas diferenças, estratifica os indivíduos diante de suas características sexuais, anatômicas e psicológicas.

O cuidado com a saúde e com a vida teve como foco de intervenção as mulheres no que tange ao seu aspecto reprodutivo, não tendo se organizado de modo a receber e acolher as demandas masculinas nem as demandas femininas fora da reprodução. A Saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana: nos locais de ensino, no trabalho, no lazer, na família, na vizinhança, nos grupos etários, na religião, na política, na consciência. A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

A saúde é resultado dos cuidados que a pessoa dispensa a si mesma e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; LAURELL, 1982).

Ao se falar sobre saúde da mulher, há de se destacar as questões de gênero em nossa sociedade e sua influência sobre a população feminina, considerando a influência do contexto sociocultural sobre a saúde da pessoa. Partindo de uma concepção de que o sexo compreende as diferenças biológicas entre homens e mulheres e o gênero, como um conceito criado para opor-se ao determinismo biológico das relações entre os sexos, concedendo-lhe um caráter fundamentalmente sociocultural (SCOTT, 1990), esse conceito também destaca que, como nascemos e vivemos em tempos, lugares e circunstâncias distintas, existem diversas e conflitantes formas de definir e viver a feminilidade e a masculinidade (LOURO, 2013).

Ainda nesse contexto, Scott (1990) chama a atenção para a discussão de gênero enquanto categoria analítica na saúde, uma vez que essa discussão permite conceber as mais

variadas perspectivas que se relacionam com o processo saúde-doença. É importante compreender que as práticas em saúde devem garantir o encontro entre o cuidar e as perspectivas de classe, geração, cor, raça, gênero, orientação sexual, de forma a fortalecer e proporcionar um cuidado individualizado e integral (COELHO, 2005; FERREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2012). E, para cuidar de forma individualizada, é imprescindível que mulheres e homens sejam vistos para além dos aspectos biológicos. Embora mulheres e homens compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles são tais que a saúde das mulheres merece atenção particular. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A saúde das mulheres durante sua faixa etária reprodutiva (entre 10 a 49 anos) é de extrema relevância, não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração. Entretanto, são muitos os desafios de saúde encontrados que apenas as meninas e mulheres jovens enfrentam. Por exemplo, as complicações da gravidez na adolescência e parto representam a principal causa de óbito em mulheres jovens com idade entre 15 e 19 anos nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Atualmente, no Brasil as mulheres estão adoecendo e as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Esse fato pode ser constatado ao analisar os dados gerados através da busca realizada no sistema informatizado de saúde Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), nos últimos cinco anos, mais precisamente de 2012 a 2017. Os resultados obtidos, com destaque para o primeiro lugar, situam-se as doenças do aparelho circulatório, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; em segundo as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero, as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrindo casos de AIDS não diagnosticados), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas de morbidade e mortalidade (IBGE, 2018; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2018).

Ainda nesse contexto, ao analisar as capitais brasileiras e o Distrito Federal, examinando os óbitos de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos, fica explícito que as 10 primeiras causas de morte mencionadas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de

colo do útero. A mortalidade associada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto inseguro não aparece entre as 10 primeiras causas importantes de óbito e incapacidade entre mulheres. Esse fato se dá particularmente em locais de baixa renda, apesar de as intervenções necessárias para a prevenção desses problemas serem bem conhecidas. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em 92% dos casos, as mortes maternas são evitáveis (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2018; OMS, 2011).

A partir do exposto, fica evidente que as mulheres enfrentam uma série de desafios em saúde, que incluem riscos crescentes para doenças crônicas não transmissíveis, traumatismos e violência. As mulheres são particularmente vulneráveis a infecções por razões biológicas e sociais; elas podem não ter capacidade de obter o conhecimento necessário para se protegerem ou não estarem em posição de utilizá-lo. São a combinação de fatores biológicos e sociais que tornam as mulheres mais vulneráveis a infecções transmissíveis.

Pensar a vulnerabilidade é ter a noção de que os fatores socioculturais interferem na decisão por atitudes e práticas promotoras de saúde. Nesse caso, um aspecto fundamental a ser considerado na análise da saúde sexual e reprodutiva das pessoas, em relação a sua maior ou menor vulnerabilidade individual e social, são as relações desiguais de gênero, isto é, as relações de poder existente entre homens e mulheres (OMS, 2011; RIBEIRO, 2015). Importante destacar que tais desigualdades são aprendidas a partir dos padrões culturais que determinam a ordem social, na maioria das vezes, direcionando padrões submissos, focados em uma saúde sexual e reprodutiva a partir de princípios biológicos e ou religiosos favorecendo a desigualdades de gênero (RIBEIRO, 2015).

Historicamente, essas diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que as prejudicam fortemente, por exemplo, na autonomia do controle sobre seu corpo, no cuidar de sua saúde, no acesso aos serviços de saúde, emprego, à educação, à moradia e à renda.

Contudo, existem intervenções eficazes para a maioria desses problemas, porém o progresso na ampliação do acesso a serviços que poderiam fazer a diferença na saúde da mulher é desigual. Ao se tornarem adultas, as mulheres pobres que vivem em zonas rurais enfrentam necessidades não atendidas de serviços de saúde. Outro aspecto importante refere-se ao exercício da masculinidade em nossa sociedade, noções como a de que os homens devem iniciar a vida sexual o mais cedo possível, ter muitas parceiras sexuais, “controlar” suas parceiras e considerar que as práticas sexuais sem o uso do preservativo são mais prazerosas constituem-se os centros da vulnerabilidade das mulheres no que diz respeito à

prevenção de gravidezes indesejadas, infecção pelo HIV/AIDS e outras IST, violência sexual, inclusive a de gênero (OMS, 2011). Considerando o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho é uma conquista fundamental da luta pela emancipação feminina na sociedade e resultado da alteração de inúmeros fatores econômicos, sociais e culturais. Dentre as situações que mais impactam na saúde da mulher e dizem respeito ao ambiente de trabalho, destacam-se: longa jornada, assédio sexual e moral, a tensão e a exposição a certos produtos químicos que provocam irregularidades no ciclo menstrual, cólicas mais fortes e até abortamento, interrupção da amamentação e falta de berçário e creche (STARRS *et al.*, 2018).

Grande parte das mulheres dedicam duas vezes mais tempo que os homens às atividades domésticas, trabalham cinco horas a mais que eles por semana e estão inseridas em trabalhos precários e invisíveis ou profissões vinculadas socialmente ao cuidado. As mulheres enfrentam barreiras para o acesso e permanência no mercado de trabalho, recebem salários inferiores aos dos homens, deparam-se com entraves à sua qualificação e progressão profissional, sofrem com a ausência de creches e escolas em período integral para deixar filhos e filhas (IBGE, 2018b)

Os empregos tipicamente femininos são percebidos como os que necessitam de menos habilidades, menos valorizados no mundo do trabalho e, na maioria das vezes, com menor remuneração (BRASIL, 2015). Ainda nesse contexto, para algumas mulheres que são chefes de família, cabe às mulheres prover total ou parcialmente a renda familiar. A dupla jornada de trabalho daí decorrente leva ao stress e compromete inevitavelmente o bem-estar mental, físico e social delas. Como “pano de fundo”, sobrevém a reprodução da desigualdade em nível de gênero e classe social (VENTURA; CORREA, 2006).

Contudo, ao refletir sobre a diversidade que caracteriza o país em relação às desigualdades sociais, econômicas e culturais que se revelam no processo de adoecer e morrer, as mulheres vêm apresentando índices alarmantes em relação a sua morbimortalidade.

De acordo com os indicadores de saúde, quanto mais expostas a precárias condições de vida, estão mais vulneráveis e, por isso, vivem menos. Ao ocupar lugares de subalternidade, desprivilegiadas nas esferas de poder, elas acabam vivendo em condições extremamente precárias de vida e de trabalho, com sérias implicações no processo saúde doença (IBGE, 2018). Por trabalhar mais horas e gastar pelo menos a metade do tempo de que dispõem com atividades não remuneradas, elas ficam mais vulneráveis e resta-lhes pouco tempo para o cuidado consigo mesma (BRASIL, 2011; IBGE, 2018).

Dessa forma, as mulheres adoecem com mais frequência, em face das precárias condições de inserção no mercado de trabalho e das formas recentes de intensificação do

trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos. Entretanto, essas doenças são tratadas como doenças de mulheres, sem nexos causal epidemiológico com o trabalho. Embora as mulheres tenham uma incidência menor de acidentes, afastamentos, aposentadorias e mortes relacionadas ao trabalho, quando comparadas aos homens, a maioria das mulheres sofrem sintomas e doenças causadas pelas condições de trabalho que se tornam crônicas, acompanhando-as até o fim da vida (BRASIL, 2011; IBGE, 2018).

Nesse sentido, existe a necessidade de ampliar e fortalecer a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres em todos os ciclos de vida, considerando as suas singularidades e diversidades, visando à promoção de saúde e à redução das vulnerabilidades e desigualdades de gênero.

1.4 Conceituando a Saúde Sexual

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde sexual como:

Estado de bem-estar físico emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e dos relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de obter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e atingidos (WHO, 2015).

A saúde sexual tem como finalidade a melhoria na qualidade de vida e nas relações pessoais, não sendo restrita ao aconselhamento reprodutivo e à assistência às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis. O campo da saúde sexual e reprodutiva é fértil para identificarmos restrições abusivas de direitos e liberdades. Nesse sentido, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, no Cairo, no ano de 1994, é um marco importante no tema da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos humanos, pois estabeleceu um consenso com representantes de países de todas as regiões e culturas de que as políticas e os programas de controle do crescimento populacional e outras medidas restritivas ao exercício da sexualidade e reprodução humana, com o propósito de melhoria da situação econômica e social dos países, são ineficazes e violam os direitos das pessoas, em especial, os das mulheres (ANGONESE; LAGO, 2017; VENTURA, 2009).

Para os autores, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos contemplam os princípios da diversidade humana, notadamente a sexual, o princípio da saúde, da igualdade, da autonomia e o princípio da integridade corporal, que estão fundamentados nos macros princípios éticos previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Neste mesmo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) opta pela formulação de “saúde reprodutiva”, que visava a congregar a dimensão social, saindo do enfoque predominantemente biomédico e tecnológico e, além disso, incorporava os homens nesse cenário, o que é considerado um avanço em relação às proposições anteriores, baseadas unicamente na mulher em sua função como reprodutora (ANGONESE; LAGO, 2017; CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

Assim, a saúde reprodutiva foi formulada no Programa de Ação do Cairo, no capítulo VII, parágrafo 7.2, como:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes o devem fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (PATRIOTA, 1994. Cap. VII, parágrafo 7.2, p. 62).

Para Silva, Marques e Paiva (2013), a CIPD conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, superando o enfoque puramente demográfico. O novo foco provocou uma transformação profunda no debate sobre o crescimento populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos. Nas concepções de Angonese e Lago (2017), houve um avanço das conferências ao elegerem a vida sexual e reprodutiva em um plano político e não apenas íntimo, privado. Nesse nível político, reprodução e sexualidade passam a ser foco de leis, políticas públicas, direitos e deveres.

Outro aspecto fundamental do documento da Conferência de Pequim em 1995, que reitera as recomendações do Cairo e avança estabelecendo um modelo de intervenção que propicie relações de equidade entre os sexos e de mútuo respeito entre os gêneros e (empowerment) das mulheres, assim como a eliminação da violência contra a mulher e a garantia de que ela possa controlar sua própria fecundidade. Esses são os alicerces dos programas de desenvolvimento relacionados à população e que consolidam o entendimento de

que a saúde sexual e reprodutiva é um direito humano e de que a igualdade entre gêneros é elemento fundamental para a melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento sustentável e justo, estabelecendo princípios, ações e metas para adoção de políticas e medidas que propiciem o pleno exercício dos direitos humanos (ANGONESE; LAGO, 2017; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995).

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (PATRIOTA, 1994), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e possam decidir se, quando e com que frequência têm filhos. Essa condição pressupõe o direito de cada mulher a ser informada e a ter acesso a métodos de planejamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potencializadora da vida e das relações interpessoais (ANGONESE; LAGO, 2017; DUARTE. *et al.*, 2019).

Os cuidados a prestar em saúde reprodutiva constituem, por isso, um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos para mulheres e homens ao longo do seu ciclo de vida.

Observa-se que a conceituação de saúde sexual como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade - e não meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades - vem relacionado com o de saúde reprodutiva, mas possui definição própria. Estes dois aspectos é importante para a formulação de políticas e ações de saúde que considerem a relação entre sexualidade e reprodução, mas também, para o tratamento desses aspectos de forma independente. Afinal, é possível o exercício da função reprodutiva sem relações sexuais, por exemplo, com o uso de técnicas reprodutivas, como a fertilização in vitro e outras técnicas, bem como é possível atividade sexual sem fins reprodutivos (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013; VENTURA, 2009).

A saúde sexual é um tema importante a ser incorporado às ações desenvolvidas nas unidades de acolhimento, com a finalidade de contribuir para uma melhor qualidade de vida e de saúde dos profissionais educadores. Tradicionalmente, as questões relacionadas à saúde sexual desses profissionais são pouco ou mesmo não são abordadas.

Na Atenção Básica, os profissionais de saúde, em geral, sentem dificuldades de abordar os aspectos relacionados à sexualidade ou à saúde sexual em seu cotidiano (BRASIL,

2018a). Trata-se de uma questão que levanta polêmicas, na medida em que a compreensão da sexualidade está muito marcada por preconceitos e tabus, e os profissionais de saúde não se sentem preparados ou se sentem desconfortáveis em lidar com o tema.

2 ASPECTOS METODOLOGICOS

2.1 Natureza e Tipo de Pesquisa

Considerando a proposta de analisar a percepção da saúde sexual das profissionais educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional e, entendendo que tal temática é mediada por inúmeras subjetividades, crenças e atitudes, optou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória.

A pesquisa descritiva ajuda a compreender a realidade estudada, pois a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar. Pesquisas exploratórias são utilizadas quando se deseja obter dados sobre a natureza de um problema. O caráter exploratório destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Buscamos aproximarmos do objeto de estudo, a partir da vivência e percepção das profissionais educadoras sociais das instituições de acolhimento institucional, ou seja, a partir de uma pesquisa qualitativa sobre suas percepções. Este tipo de abordagem possui a preocupação com um nível de realidade que não pode ser quantificada e a mesma trabalha com o universo de significados, motivos aspirações, crenças, valores e atitudes (MAUÉS, 2003).

O ser humano, dentre outras capacidades que o distingue dos outros seres vivos, possui sentimentos e esses expressam a maneira como percebem o mundo. Os sentimentos fazem parte da subjetividade humana, desta forma, para compreendê-los faz-se necessário a adoção de um método que seja baseado na subjetividade humana.

A pesquisa qualitativa se apresenta como o método capaz de alcançar o aspecto subjetivo do ser humano, e, portanto, apresenta-se como estratégia para atender os objetivos deste estudo, pois, de acordo com Minayo (2016), a partir de suas concepções, atitudes, dos comportamentos, hábitos de vida, condutas sexuais, suas relações pessoais, sociais e culturais. identificou-se a pesquisa qualitativa como o método capaz de alcançar a subjetividade dos educadores participantes do estudo e permitir à pesquisadora descrever e analisar tal realidade. A pesquisa com abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que o conhecimento sobre as

pessoas só é possível a partir da descrição da experiência humana tal como ela é definida pelos próprios atores. Outro aspecto importante da pesquisa qualitativa, é que ela, se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]” (MINAYO, 2016, p.57).

2.2 Cenário da Pesquisa

Investigou-se nessa pesquisa a saúde sexual das profissionais educadoras sociais das instituições públicas de acolhimento institucional para adolescentes, no Município de Duque de Caxias no Estado do Rio de Janeiro.

As unidades de acolhimento institucional são equipamentos destinados a oferecer serviço acolhedor e provisório para crianças e adolescentes afastados do convívio da família por meio de medida protetiva, devendo ter aspecto semelhante ao de uma residência e oferecer ambiente com condições de atender dignamente os acolhidos (BRASIL, 2009a). De acordo com o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), os espaços de acolhimento devem ofertar atendimento personalizado e em pequenos grupos favorecendo o convívio familiar e comunitário das crianças e adolescentes atendidos, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local (BRASIL, 2009a).

As unidades de acolhimento têm como função: prover as condições necessárias para possibilitar a reinserção familiar e comunitária das crianças e dos adolescentes; favorecer o desenvolvimento da autoestima, o resgate dos laços afetivos familiares e sociais dos abrigados; assegurar o atendimento médico terapêutico especializado ao abrigado, dentre outras (BRASIL, 2009a). De acordo com vigésimo terceiro Censo Ministério Público do Rio de Janeiro/Módulo criança e adolescente 2018, estima-se o total da população infanto-juvenil acolhida no Município de Duque de Caxias são de 53 acolhidos. Desses, 31 são do sexo feminino e 22 do sexo masculino acolhidos.

A rede de acolhimento para adolescentes do município de Duque de Caxias é gerenciada pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos. Possui oito unidades de acolhimento institucional, no âmbito da ação social, para crianças e adolescentes distribuídas entre rede pública com quatro equipamentos e a privada. Neste contexto, há de se considerar um número pequeno de instituições para o tamanho do município de Duque de

Caxias e suas reais demandas populacionais. Das classificadas como públicas cito o equipamento Casa Comunitária situada no primeiro distrito de Duque de Caxias, sendo uma referência para meninas de 12 a 18, com capacidade para 10 acolhidos, atualmente encontram-se abrigadas sete meninas.

Ainda na área geográfica do Centro do Município de Duque de Caxias encontra-se o segundo equipamento o Centro de Restituição e cidadania pela vida criança e adolescente (Casa de Passagem) com capacidade para 25 acolhidos na faixa etária de sete a 18 anos para ambos os sexos e o terceiro equipamento a Casa Social Reviver com capacidade para 20 acolhidos de ambos os sexos, na faixa etária de seis a 10 anos. O quarto equipamento encontra-se localizado no terceiro Distrito do Município, a Casa Social Renascer, referência para meninos na faixa etária de 10 a 18 anos, com capacidade para 16 meninos. Nesta unidade atuam profissionais educadores e educadoras sociais.

Diferente do perfil do equipamento do primeiro distrito a “casa comunitária”, que permite admissão de profissionais somente do sexo feminino. Esta é uma característica específicas dessa unidade de acolhimento do município de Duque de Caxias, atendendo uma exigência da dirigente de não contratar profissionais do sexo masculino. Nesse contexto, existe uma preocupação de que profissionais do sexo masculino, possam assediar as acolhidas. Percebe-se que este perfil tem padrão baseado na mesma lógica no estereótipo de gênero e vai mais além, pois tal representação contém o temor da sexualidade masculina e continua a acreditar na ideia de que falta à mulher a sexualidade, ou não possuiria impulsos sexuais causadores de aliciação (RABELO, 2013).

Ainda no contexto de descrição do perfil das unidades de acolhimento do Município de Duque de Caxias, no que se refere a estrutura física das unidades de acolhimento nota-se que apresentam estruturas similares podendo ser observado na estrutura interna sala, de dois a cinco dormitórios, ambiente climatizado, dispensa, cozinha, refeitório, sala de star com uma televisão, banheiro, sala de vídeo, enfermaria, computadores e rede de internet dois televisores, dois condicionadores de ar, varanda e pátio área de recreação externa e interna.

A equipe técnica de referência de cada unidade de acolhimento é composta por profissionais de nível superior: assistente social, psicólogo, pedagogo e por profissional de nível médio: o educador social e o técnico de enfermagem. De acordo com o documento de referência não menciona a necessidade de um profissional de enfermagem.

O profissional técnico de enfermagem inserido no contexto da unidade de acolhimento institucional deste município desempenha de acordo com a função descrita na lei do exercício profissional e pode ser compreendido como um cuidado especializado.

Diferentemente dos demais espaços que não possuem este profissional. Historicamente os modelos de cuidado era pautado no assistencialismo que vigorava no período do Código de Menores de 1927, práticas assistenciais de tipo asilar cuja, ação era arbitrária e repressiva junto às crianças e adolescentes carentes, abandonados, marginalizados (CASSANHA; GARCIA, 2013).

Assim, mesmo com as mudanças legais ocorridas do termo abrigo para unidades de acolhimentos e, ainda em meio a modernização das instituições, essas não conseguiram implantar uma mentalidade mais adequada às novas propostas, tendo em vista que o quadro funcional permaneceu o mesmo e revelou, ao longo do tempo, que a imagem negativa sobre essa população permaneceu inalterada (CASSANHA; GARCIA, 2013).

O quadro de profissionais que compõem as unidades de acolhimento estudada é composto por majoritariamente mulheres na faixa etária de 42 a 64 anos, com ensino médio completo, observa-se também que algumas têm a formação superior completa ou em conclusão. São esses profissionais que fazem parte do cotidiano e são responsáveis pelo cuidado direto dos adolescentes acolhidos. Acompanhando-os no desenvolvimento de suas atividades diárias. Os educadores sociais desenvolvem seu trabalho, visando à conquista da autonomia e da inclusão social dos sujeitos acolhidos, para que não precisem viver sob a tutela do governo. Ainda nesse contexto, compondo a equipe, encontramos os profissionais de apoio os responsáveis em confeccionar a alimentação, porteiro; zeladores; administrativo e auxiliar de serviços gerais.

Elencamos como cenário para o estudo duas das oito unidades de acolhimento institucional para adolescente do Município de Duque de Caxias, situados no primeiro distrito, vinculados à rede Municipal da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos do Município de Duque de Caxias (SMASDH). O total de educadores sociais que compõe estes dois cenários perfazem um total de 12 profissionais educadoras sociais. A escolha por estes cenários tem relação direta com a característica de acolher somente meninas e por terem como profissionais educadoras sociais somente do sexo feminino.

Essas características permitem alcançar os objetivos do estudo que propõe analisar a percepção da saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento institucional de adolescentes, caracterizar o perfil sociodemográfico das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento institucional de adolescentes e descrever a compreensão das profissionais educadoras sociais sobre saúde sexual.

2.3 Participantes da pesquisa

Nos cenários selecionados para o desenvolvimento da pesquisa, encontravam-se 12 educadoras sociais; com atuação direta junto as adolescentes na unidade de acolhimento institucional. Na seleção das participantes utilizamos como critérios de inclusão do estudo serem profissionais educadoras sociais que desenvolvessem a função na unidade de acolhimento institucional em que atuassem há mais de seis meses e tendo atividades de cuidado direto com adolescentes do sexo feminino acolhidas na instituição e não serem da equipe técnica, da equipe de apoio e nem atuarem como coordenadoras.

Após a aplicação desses critérios, houve a exclusão de duas educadoras sociais, pois não atendiam ao tempo de inserção na unidade. A primeira desenvolvia função de professora dos acolhidos e havia sido transferida de função, compondo a equipe noturna para cobertura de férias do outro profissional durante um mês. Dessa forma, entende-se que o contato com as adolescentes era esporádico. A segunda educadora havia ingressado na unidade recentemente oriunda de uma instituição de idosos.

A opção pela participação das mulheres como sujeitos desta pesquisa emerge do interesse pelo aprofundamento e busca por informações referentes à população feminina sobre à saúde sexual. De acordo o IBGE, os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2018, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,3% de homens e 51,7% de mulheres (IBGE, 2018a), ou seja, o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte mantém relação estreita com a situação de discriminação e fatores relacionados mais com a desigualdade social do que com fatores biológicos. Fica claro que a situação de saúde não se detém apenas no binômio saúde doença, mas engloba diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, moradia e renda, o lazer, a alimentação e até as condições de trabalho.

Para Gonçalves e Costa (2019), o direito à saúde para o público feminino é hoje considerado direito inerente à cidadania, sendo o Estado seu principal provedor, uma vez que é dele a responsabilidade de promover o bem-estar social e o carecimento de uma assistência de caráter integral. As proposições de Gonçalves e Costa (2019) se alinham as propostas da efetivação do direito à saúde com vistas ao que é assegurado nas Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Outro ponto importante refere-se a um atributo indispensável

que é a responsabilidade de cuidar, especificidade é inerente à mulher, assim como características e necessidades específicas, que não são apenas biológicas. Estudos apontam que a população feminina adoece mais frequentemente, porque em outras palavras, a utilização e o acesso aos serviços de saúde estão intimamente relacionados com a condição social dos indivíduos, neste caso, mulheres, continuam sendo as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para cuidar da própria saúde ou para buscar assistência à familiares. mas a situação da população feminina no país demonstra que o desenvolvimento da área ainda é uma necessidade.

As educadoras sociais têm função exclusiva para rotina do cuidado direto das adolescentes do sexo feminino das unidades de acolhimento institucional selecionadas para a pesquisa, que atuam em turnos fixos diários, de modo a que a mesma educadora social desenvolva sempre determinadas tarefas da rotina diária com o adolescente acolhido.

Entendem-se como tarefas da rotina diária, referidos nesta pesquisa enquanto competências e habilidades desenvolvidas pelas educadoras sociais, são os cuidados diretos realizadas com as adolescentes acolhidos, que possam garantir contato físico e visual. Neste caso, ao dar banho, colocar para dormir, preparar café da manhã, almoço, jantar, preparar para a escola, apoiar as tarefas escolares, auxiliar o adolescente para lidar com sua história de vida, fortalecimento da autoestima e construção da identidade.

Nas concepções de Treviso *et al.* (2017), a competência é definida como a capacidade de articular valores, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o desempenho eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho, além do alcance dos objetivos estabelecidos pelas educadoras sociais contribuirão com a formação do vínculo. Entende-se que este profissional no desenvolver dessas atividades passa a ser a referência do adolescente na unidade de acolhimento institucional (GABATZ; SCHWARTZ; MILBRATH, 2019).

2.4 Coleta de Dados

A produção dos dados foi efetuada pela utilização da técnica de entrevista estruturada individual, abordando questões acerca da saúde sexual, por meio de gravação em dispositivo eletrônico de áudio, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A entrevista individual é definida como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos (MINAYO, 2014).

Minayo (2014, p. 57) salienta que a entrevista é:

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

A entrevista é um momento de intensa interação social no qual o clima de cordialidade e respeito é imprescindível. É de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia. O entrevistado deve sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Desta forma, torna-se possível estabelecer sintonia entre entrevistador e entrevistado (GIL, 2019).

Dentre as modalidades de entrevista, utilizou-se a entrevista estruturada, que é aquela que apresenta um roteiro que servirá como base, com perguntas abertas, por meio das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

A entrevista estruturada ou por pautas apresenta certo grau de estruturação, uma vez que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador se guia ao longo da entrevista (GIL, 2019). O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele (BONI; QUARESMA, 2005).

O roteiro de entrevista foi composto por duas etapas. Uma parte destinada aos dados sociodemográficos pessoais de caracterização, social, cultural e de saúde sexual das participantes como idade, escolaridade, atividade laboral. A segunda parte foi com questões referentes ao objeto/temática de estudo (APÊNDICE B).

2.5 Produção dos Dados

A produção dos dados foi realizada no período de março a junho de 2019, onde foram realizados encontros com os profissionais inicialmente para ambientação e a posteriormente agendamento para realização de uma entrevista com roteiro estruturado (APÊNDICE B). Para iniciar a abordagem e reconhecimento da realidade da saúde sexual e reprodutiva das profissionais educadoras sociais, foram realizados contatos preliminares com a direção das unidades de acolhimento direção de cada equipamento selecionado para. Formalizou-se um agendamento para apresentação da proposta de estudo e dessa forma, solicitar autorização para início das entrevistas com as educadoras sociais das unidades de acolhimento, a fim de divulgar o estudo, seus objetivos, vantagens e risco.

A partir dessa aproximação foi iniciada a coleta através da técnica da entrevista com os profissionais educadores sociais que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Os relatos foram gravados utilizando o gravador de voz, versão 3.0 do aparelho de *smartphone*, com autorização prévia das participantes, sendo posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora, com o objetivo de registrar todas as expressões orais, a fim de possibilitar se prestar toda a atenção ao depoente à duração das entrevistas estimou-se aproximadamente o tempo mínimo de 60 minutos (LUDKE; ANDRÉ, 2013).

O desenvolvimento da entrevista ocorreu à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progredir, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema de pesquisa. No sentido de estabelecer vínculos e parcerias junto às educadoras sociais, antes de iniciar a coleta de dados com os profissionais, realizou-se visitas previamente agendadas ao cenário de estudo para realizar uma interação e uma relação de confiança com os profissionais das unidades de acolhimento.

Inicialmente, ao buscarmos estabelecer o vínculo com as participantes em geral, as profissionais se mostraram apreensivas, inicialmente, em razão do tema e questionavam sobre o que era para se falar se a pesquisa era para seleção de novos educadores, se valia pontos, se seriam transferidas ou se haveria redução no quadro de profissionais e se tinha haver com o cuidado com o trabalho desenvolvido com os adolescentes. Novamente esclareceu-se sobre a técnica da entrevista em profundidade e foi reiterado que o objetivo não era mensurar conhecimentos sobre o tema, mas conhecer a perspectiva sobre a sua saúde sexual.

Em seguida, foi apresentada a questão central: “Fale-me sobre o que entende sobre saúde sexual e sexualidade, observamos certa timidez ainda neste período de ambientação. Algumas respostas foram bem limitadas e sempre com referência as adolescentes acolhidas. Observaram-se dificuldades das educadoras falarem sobre si. Demonstraram receio de estarem sendo avaliadas quanto a prática de seu cuidado junto aos adolescentes. À época da entrevista, elas demonstraram certo nervosismo e mesmo timidez, tinham receio de estarem sendo avaliadas para mudança no quadro funcional da instituição de acolhimento.

Esse fato dificultou muito as primeiras entrevistas, porém, após o estabelecimento dos vínculos, a produção dos dados coleados foi satisfatória e produtiva para a análise. De acordo com Boni e Quaresma (2005), a técnica da entrevista estruturada é aquela que é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e tem se o cuidado de não fugir dos tópicos relacionados ao tema da pesquisa. O desenvolvimento da entrevista aconteceu à medida que a interação entre o entrevistador e o entrevistado progrediu, a conversa foi tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema de pesquisa. No sentido de estabelecimento de vínculos e parceria, antes de iniciar a coleta de dados com os profissionais, realizaremos visitas previamente agendadas ao cenário de estudo para realizar uma interação e uma relação de confiança com os profissionais de saúde (MINAYO, 2013).

Os dados produzidos nas entrevistas foram previamente analisados pelos pesquisadores com interpretação dos dados. Para o tratamento dos dados foi utilizado Análise de Conteúdo temático categorial. As informações produzidas foram discutidas e analisadas.

2.6 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Esta pesquisa é um desdobramento do projeto intitulado Saúde Sexual de Profissionais Educadores de Unidades de Acolhimento de Adolescentes no Rio de Janeiro, no Município de Duque de Caxias, realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pela Profa. Lucia Helena Garcia Penna e seu grupo de pesquisa, em colaboração com Rede de Acolhimento da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos de Duque de Caxias (SMADH).

Para a obtenção dos relatos, a pesquisadora procedeu-se com a aproximação com os profissionais que atendem aos critérios de inclusão, apresentando a temática da pesquisa, bem

como seus objetivos, respeitando os preceitos éticos e bioéticos segundo a Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (2012), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para atender as exigências éticas e científicas fundamentais previstas na Resolução n.º 466, de 2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, esta investigação foi encaminhada à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O estudo foi aprovado em 10 de janeiro de 2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP) sob protocolo de número n.º 3.110.665 (Anexo). A coleta das informações iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP), procedeu-se o contato com a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos de Duque de Caxias (SMADH), juntamente com um Termo de Solicitação de Autorização de Campo de Pesquisa (APÊNDICE C).

Após autorização para a pesquisa pela Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos de Duque de Caxias SMADH, formalizou-se a visita nas unidades de acolhimento institucional para ambientação com os participantes e esclarecimento sobre a pesquisa. Os participantes que desejaram participar da pesquisa, receberam explicações dos objetivos sobre o estudo, sobre anonimato, garantindo o sigilo e, serão respeitados seus direitos, além de informações pertinentes que asseguram a ética em pesquisa com seres humanos. Após estas explicações o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE A) foi assinado.

2.7 Análise dos Dados

A Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

Segundo Oliveira (2008), a técnica de análise de conteúdo pode ser compreendida como um processo pelo qual o material empírico é cuidadosamente transformado, de forma sistemática, e codificado em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados.

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optou-se em utilizar a análise temática de conteúdo, pois se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo (BARDIN, 2011). Porém, consideramos essencial ressaltarmos que uma das principais características desse método analítico, tal qual o da pesquisa qualitativa em si, é sua dinamicidade e flexibilidade, ou seja, a análise das narrativas não ocorre de forma linear, mas, ao contrário, envolve um constante ir e vir no material produzido/analísado, evidenciando, uma vez mais, seu caráter dialógico.

Para Minayo (2013), a análise temática é a que melhor se aplica a pesquisa qualitativa em saúde. Esta autora considera que a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante ao objetivo do estudo. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser graficamente apresentado por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2013). Logo, essa técnica tem como função de “verificação de hipóteses e/ou questões [...] e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2013, p.74).

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

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

- a) Ordenação dos dados: transcrição das gravações na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos;
- b) Classificação dos dados: reconhecimento e identificação das unidades temáticas;
- c) Análise final: articulação dos dados com os conceitos discutidos no estudo, seguindo os objetivos propostos.

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

Nesta perspectiva, informa-se que, para executar esta fase explicitada acima, as entrevistas realizadas com os profissionais educadores sociais das unidades de acolhimento foram gravadas e ouvidas atentamente, transcritas e, posteriormente, digitadas na íntegra dentro do Microsoft Excel versão 2018©, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço entre linhas 1,5, sendo compactadas e impressas em páginas, para posterior análise dos discursos. Após esse procedimento, foi realizado a fase de exploração deste material, que se refere a operações de codificação, a qual se realiza na transformação dos dados brutos visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011).

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

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

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização do perfil sociodemográfico das educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional

No sentido de melhor compreensão dos resultados e a fim de analisarmos a categoria analítica “A Saúde Sexual Sob o Olhar dos Educadores Sociais” que emergiu a partir da análise de conteúdo, apresentaremos o perfil das 10 educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes de duas unidades de acolhimento do Município de Duque de Caxias/RJ. Entendemos que a apresentação deste muito contribui para a análise qualitativa de suas percepções sobre saúde sexual. Em relação ao perfil sociodemográfico das participantes do estudo, destacaremos sua idade, escolaridade, religião, estado civil, cor da pele e tempo de atuação na unidade de acolhimento, conforme pode ser visto na Tabela abaixo.

Tabela – Apresentação do perfil sociodemográfico de educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional

Participantes	N=10
Idade	-
42 a 49 anos	06
51 a 64 anos	04
Escolaridade	-
Ensino Médio	07
Superior completo	03
Religião (Autodeclarada)	-
Evangélica	06
Católica	04
Estado Civil	-
Casada	05
Viúva	01
Solteira	01
União Estável	01
Cor da Pele (Autodeclarada)	-
Branca	01
Parda	04
Preta	04
Morena Clara	01
Tempo de trabalho na unidade de acolhimento	-
1 a 5 anos	07
6 a 10 anos	01
>11 anos	02

Fonte: A autora, 2020.

No tocante a idade observou-se mulheres de 42 a 64 anos, sendo seis (60%) das educadoras sociais em idade fértil. Este é um dado importante considerando a preocupação da Organização Mundial da Saúde com a saúde das mulheres durante a idade reprodutiva entre (10 e 49 anos) é relevante não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na saúde e no desenvolvimento da próxima geração, entendendo que a decisão quanto à reprodução é da mulher. Muitos são os desafios de saúde encontrados nesta faixa etária, que afetam esse segmento da população, que não somente as mulheres desta faixa etária enfrentam. Por exemplo, HIV/AIDS, câncer de mama, câncer cervical e as complicações de gravidez e parto representam a principal causa de óbito em mulheres jovens com idade entre 15 e 49 anos nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

A cor da pele por autodeclaração apontou que oito participantes se declararam como pretas e pardas, uma se declarou “morena clara” e uma como branca. Historicamente a cor da pele foi introduzida como critério fundamental para diferenciar as chamadas raças humanas no século XVIII na Europa Ocidental. Nessa ocasião foi proposto a classificação das raças humanas, associando cor de pele e região geográfica de origem em cinco tipos: branca ou caucasiana; negra ou etiópica; amarela ou mongol; parda ou malaia e vermelha ou americana. Parte dessa terminologia passou a ser adotada no Brasil e em outros países do mundo (ROCHA; ROSEMBERG, 2007).

Ainda neste contexto os autores referem que o uso do vocabulário racial assentado em “cor da pele” foi introduzido no Brasil Colônia e se mantém até os dias atuais. Sendo as mesmas alternativas de cor incluídas nos inquéritos populacionais, com pequenas variações, desde o primeiro Censo Demográfico de 1872. Isto não significa, porém, que o mesmo termo, por exemplo, branco ou preto, evoque os mesmos sentidos nos diferentes contextos sociais e históricos em que têm sido empregados para diferenciar grupos humanos (ROCHA; ROSEMBERG, 2007).

Cabe ressaltar que, o Brasil possui imensa diversidade linguística e étnica, em relação à cor/raça auto referida, a referência do termo “morena clara” não é contemplada no rol de informações designadas para raça/cor nas pesquisas do IBGE. As opções são: brancos, pretos, pardos, indígenas e amarelos (IBGE, 2015). Interessante destacar as questões que envolvem o quesito raça/cor, há uma dificuldade em se reconhecer como indivíduo preto ou pardo. No país o racismo se manifesta de maneira velada, e para o indivíduo que está numa classe

socioeconômica desfavorável, com pouca escolaridade, se autodeclarar como preto ou pardo não é fácil (GOMES, 2005).

O termo “morena clara” traz o nítido conceito do eufemismo, um mecanismo utilizado para amenizar palavras que tragam a ideia de ofensa. A identidade negra é entendida, aqui, como uma construção social, histórica, cultural e plural. Implica a construção do olhar sobre si mesmos, a partir da relação com o outro. Construir uma identidade negra positiva em uma sociedade que, historicamente, ensina aos negros, desde muito cedo, que para ser aceito é preciso negar-se a si mesmo é um desafio enfrentado pelos negros (GOMES, 2005).

Daflon, Carvalhaes e Feres Junior (2017) destaca que as identidades de pardo e moreno estão associadas à negação, consciente ou não, da condição de alvos de discriminação racial, a maneira como constatamos que a “morenidade” modera essa percepção, parece fornecer um caminho onde o ideário da “morenidade” aparece na literatura sobre relações raciais associado à ideia de “mestiçagem” e à noção de que a “mistura racial” teria diluído as fronteiras entre negros e brancos e, se não eliminado, ao menos amenizado a discriminação racial. Quando a participante se autodeclara “morena clara” pode inferir ausência da noção identitária. Acredita-se que possa causar uma sensação menos desagradável, é difícil se declarar preto ou pardo, primeiramente, pelo estigma social causado pelo racismo (ARRAES, 2015; DAFLON; CARVALHAES; FERES JUNIOR, 2017; FREYRE, 1997).

A escolaridade é fator positivo de conexão entre as condições socioeconômicas e a percepção da saúde dos indivíduos. Em relação à escolaridade das participantes, houve uma predominância no ensino médio completo. Onde sete participante declarou ter concluído o ensino médio e três se declararam com formação no ensino superior em Pedagogia e História. Apesar de três participantes da formação superior apenas uma participante exerce a função fora da unidade de acolhimento.

No contexto dessa discussão, é relevante salientar que de acordo com o documento que reúne orientações técnicas para a gestão adequada desse tipo de serviço o perfil exigido para atuação na unidade de acolhimento como educador, visa a formação mínima em nível médio com histórico de experiência prévia no atendimento a crianças e adolescentes, para que sejam capazes de desenvolver a suas competências e habilidades no cotidiano da unidade de acolhimento (BRASIL, 2009a; CAVALCANTE, 2012).

Dessa forma, a correlação da idade média com o nível de escolaridade referida neste estudo, apresenta uma característica positiva, pois os educadores sociais com ensino superior completo, podem predispor profissionais com maior nível de discernimento quanto à sua

prática profissional no atendimento nas instituições de acolhimento. Podendo esses dois aspectos estarem intimamente relacionados à qualidade de atendimento na unidade de acolhimento (BRITO; SOUZA, 2011).

Este fato nos chama atenção em virtude das orientações da NOB-RH/SUAS e se alinham com a diretrizes da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), porém a partir do Projeto de Lei (PL) do Senado Federal de nº 328, de 2015, aprovado em abril de 2019 passa a exigir formação superior para a atuação de Educador Social nas unidades de acolhimento (BARROS; NAIFF, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Quanto à condição de estado civil, a maioria das participantes se auto declarou casada num total de cinco perfazendo, três solteiras, uma na condição de viúva, e uma em união estável, seis participantes encontram-se numa relação tida como estável com os laços matrimoniais. Ser casada foi uma afirmativa trazida pelas participantes, e essa condição confere a esse grupo de mulheres segurança e o status de ter um “esposo”. O casamento para esse grupo de mulheres nos parece, ainda estar inspirado em valores históricos que são transmitidos de geração para geração. Todavia não podemos afirmar que o discurso sobre o casamento seja homogêneo entre as mulheres dessa época. Indica-nos esses dados que esse casamento está atrelado ao amor e a dominação do homem para sobre a mulher.

Desta feita no “amor romântico ocidental”, como todas as construções criadas social e culturalmente, é atravessado por uma ideologia hegemônica patriarcal. As principais características da ideologia romântica burguesa são as de um sistema baseado em casais adultos monogâmicos, heterossexuais, regulados, orientados para a procriação e abençoados pela sociedade, pela Igreja e pelo Estado (GÓMEZ, 2011).

No tocante ao tempo de trabalho na função de Educadora Social, destacam-se duas participantes que possuem entre 18 e 17 anos de vínculo trabalhista na mesma instituição, e as demais entre 15 a 24 meses no vínculo trabalhista. As participantes trabalham numa escala por plantão numa escala 12/36 horas de serviço. E, por estas atividades elas recebem uma remuneração que varia entre R\$ 1.500,00 a 1.600,00 reais mensais.

Os dados acerca do tempo de vínculo empregatício das participantes nas unidades de acolhimento indicam haver uma rotatividade na mão de obra, sugerida pela condição de subempregos. Do total de educadoras sociais 80% possuem um tempo menor de permanência. Para Cohen (1995 apud ACIOLI *et al.*, 2018), em que instituições apresentam dificuldade de retenção de profissionais qualificados e pessoal competente, o autor afirma que a natureza do trabalho é altamente exigente, com pouca oportunidade e promoção na carreira, o que representa uma das principais causas da alta taxa de rotatividade.

No que se refere à religião autodeclarada pelas participantes, observou-se que houve um predomínio na religião evangélica. Encontramos seis educadoras sociais que se autodeclararam evangélicas e quatro autodeclararam como católicas. Etimologicamente, o termo derivaria do latim *relegere* (respeitar e, por extensão, dedicar a um culto), quer do verbo *religare*, que significa religar; ou seja, a religião constitui então um laço que une o homem a Deus como à fonte de sua existência. Onde um sistema de crenças, estabelece as relações dos grupos sociais com um ser transcendente. palavra religião, por estabelecer relações com o coletivo, entende-se que tem um aspecto público (DUROZOI; ROUSSEL, 1993).

Segundo Murakami e Campos (2012), a religião também influencia positivamente sobre o estado de saúde, porque ensinam e cobram de seus fiéis, comportamentos de proteção, e de condução à saúde. Para os autores, através dos preceitos religiosos, os devotos tendem a mudar hábitos que influenciam negativamente à saúde como, o uso de tabaco, ingestão bebida etílica, fazer sexo com múltiplos parceiros sem proteção, uma vida estressada e outros fatores que podem influenciar na perda da saúde física, mas, a partir de uma prática religiosa foram eliminados de suas vidas.

Nesta questão há situações importantes a serem discutidas, no tocante à localização da população investigada, educadoras sociais moradoras do município de Duque de Caxias. Este município e os demais municípios que englobam a Baixada Fluminense, possuem a maior população de evangélicos quando comparados, por exemplo, o município do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro passou a liderar o processo de transição religiosa, pois atingiu 20 municípios com maioria evangélica, em especial cidades grandes como Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Belford Roxo (os 20 municípios fluminenses com maioria evangélica tinham uma população total de 3,5 milhões de habitantes em 2010 (IBGE, 2010). Em volume de população, o estado do Rio de Janeiro, especialmente a periferia da região metropolitana, encontra-se na dianteira da transição religiosa (ALVES *et al.*, 2017).

A transição religiosa é um fenômeno geral, e continua a ocorrer de forma mais intensa e acelerada nas aglomerações urbanas, mas avança também no meio rural.

Em todo o território nacional, a maior diversidade religiosa é encontrada no Rio de Janeiro, que é um estado que dita várias tendências sociodemográficas no Brasil. O Estado do Rio de Janeiro tem apresentado a menor percentagem de filiações católicas, a mais elevada percentagem de sem religião e a maior percentagem de outras religiões. A difusão é muito rápida em Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Queimados, até Seropédica (ALVES, 2012; ALVES *et al.*, 2017).

Vale ressaltar, que a religião faz parte do conceito mais ampliado de saúde para o indivíduo, entendendo que o ser humano é construído baseado nas crenças e valores a partir do contexto social ao qual está inserido. E, tanto que a religião pode interferir de maneira positiva e/ou negativa na vida do indivíduo, bem como, numa sociedade, dependendo do local onde se observa a temática. Nos aspectos positivos, Stroppa e Moreira-Almeida (2008), afirmam que quanto maior forem os níveis de envolvimento do religioso, mais estão associados de forma positiva para contribuir para o bem-estar psicológico, como felicidade, satisfação com a vida, afeto positivo e moral elevado (LEMOS, 2019).

Historicamente, a religião e o poder sempre estiveram intimamente ligados e, sempre causaram polêmicas por estabelecer papel cívico-educativo, desempenhando uma função normativa, educadora, estabelecendo hierarquias e ordenamentos organizacionais. É comum observar a religião como ferramenta para ‘conduzir’ manipular as classes determina, através da cultura, ideologias e costumes sociais, em especial, aqueles que envolvem a temática da sexualidade. Aproveita-se da obediência do povo e do medo para manter o cumprimento das leis e persuadir o povo sempre a segui-los, assim, o temor de um castigo está sempre presente. Se por um lado, a religião tem uma natureza espiritual e libertadora, por outro, percebe-se sendo utilizada como instrumento de dominação por aqueles que detinham o poder (SOBOLESKI, 2011).

A outra está ligada intimamente com a primeira, as questões que envolvem os credos religiosos estão atreladas aos aspectos sociais, culturais, políticos e de saúde que geralmente influenciam o modo ser e estar no mundo de cada indivíduo. De fato, o desenvolvimento do ser humano está ligado à construção do lugar onde ele habita que envolve desde o ambiente natural as influências que o indivíduo recebe na vida pretérita (BERNARDI; CASTILHO, 2016).

Ao longo dos tempos, o controle do sexo esteve agregado a um rígido domínio de relações de poder, ou seja, da tríade de aliança entre Igreja, Estado, e da Medicina, com seus discursos sobre o sexo, que determinavam o padrão social de homens e, principalmente as mulheres, fazendo-as de objeto do poder disciplinar. Desta forma, as instituições referidas no parágrafo anterior controlavam, vigiavam e criaram regras e normas que se transformaram em valores em interesses próprios (FONSECA, 2011). Nesse aspecto, usam discursos controladores para difundir a aversão ao sexo por prazer, negando à mulher a sexualidade existente. Dessa forma, a religião deve ser entendida como um fator cultural que causa impacto no comportamento sexual das mulheres.

Dando continuidade à apresentação dos resultados sobre a categoria analítica “A Saúde Sexual Sob o Olhar dos Educadores Sociais” apresentaremos a seguir suas subcategorias.

3.2 A saúde sexual sob o olhar das educadoras sociais

A categoria “A Saúde Sexual Sob o Olhar das Educadoras Sociais” (427 UR) destaca-se por apresentar a perspectiva das educadoras sociais sobre a saúde sexual de modo geral, a sua própria saúde sexual e as ações de cuidado para a promoção de sua saúde sexual.

Para melhor apresentação da discussão dessa categoria a mesma é subdividida em três subcategorias: a) a ótica conceitual da saúde sexual pelas educadoras sociais; b) a percepção da condição pessoal da saúde sexual das próprias educadoras sociais c) ações de autocuidado com a saúde sexual, apresentadas no Quadro 1, a seguir (APÊNDICE D).

Quadro 1 - Apresentação da distribuição das subcategorias de Análise

3.1.1 A ótica conceitual da saúde sexual pelas educadoras sociais (144 UR)	Saúde sexual e as relações afetivas íntimas (57)	Ter parceiro fixo (9/24UR)
		Usar preservativo (8/21UR)
		Ter vida sexual ativa (3/8UR)
		Não confiar no companheiro (2/4UR)
	Cuidar da Saúde (39)	Cuidar de si (10/20UR)
		Estar saudável (7/16UR)
		Ir ao médico buscar tratamento A partir de sinais e sintomas (3/3UR)
	A sexualidade Como Saúde Sexual (48)	Sexualidade como tabu (5/11UR)
		Sexualidade como temática ensinado na família (4/8UR)
		Sexualidade como aflorada na adolescência (3/11UR)
		Sexualidade como o corpo (5/8UR)
		Sexualidade como conceito ampliado (4/7UR)
		Sexualidade como Construção da identidade (4/3UR)
3.2.2 Percepção da condição pessoal de saúde sexual das próprias educadoras Sociais (110 UR)	Saúde Sexual Satisfatória (38)	Inexistência de doenças relacionadas a saúde sexual (10/23UR)
		Percepção saúde sexual satisfatória (3/6UR)
		Relação com o corpo positiva (3/4UR)
		Não realizou cirurgia ou tratamento ginecológico (2/5UR)
	Saúde sexual Afetada (72)	Diminuição da Libido (3/18UR)
		Dispareunia (2/16UR)
		Problemas ginecológicos (3/16UR)
		História de hemorragia uterina com uso de anticoncepcional (2/16UR)
		Relação com o corpo negativa (2/6UR)
3.2.3 Ações de autocuidado com a saúde sexual (173 UR)	Ações Biomédicas (85)	Ir ao Médico Ginecologista periodicamente(10/36UR)
		Realização de exames periódicos(10/28UR)
		Realiza tratamento ginecológico (10/21UR)
	Ações Anticoncepcionais (34)	Uso anticoncepcional (10/2UR)
		Laqueadura das Trompas como Método Definitivo (9/09UR)
	Ações de Não Cuidado Com a Saúde Sexual (54)	Não Prevenção de IST/Não uso do preservativo (10/34UR)
		Não ir ao Ginecologista (10/20UR)

Fonte: A autora, 2020.

3.2.1 A ótica conceitual da saúde sexual das educadoras sociais

As participantes ao discursarem sobre sua percepção e ou compreensão acerca da saúde sexual verbalizaram questões basicamente referentes às suas relações afetivas íntimas como: ter um único parceiro; utilizar preservativos, ter vida sexual ativa, não confiar no companheiro; também referiram o cuidado com a saúde de um modo geral, tais como: ir ao médico, cuidar de si, estar saudável. Ainda destacaram como saúde sexual as questões referentes às sexualidades.

Ao mencionarem que saúde sexual está diretamente relacionada com as relações afetivas íntimas destacaram que está centrada na escolha do parceiro e ter relacionamentos estáveis. Ter um parceiro fixo, ou seja, uma relação monogâmica é para essas mulheres um padrão de proteção e cuidado com a saúde sexual. Geralmente, para as mulheres a condição de um parceiro fixo tem relação direta com proteção social, proteção de saúde bem como estabilidade emocional. Observa-se que seus discursos apresentam-se entrelaçados de sua experiência pessoal de vida, da influência social principalmente sobre as questões de gênero, tendo a fidelidade como um fator importante de garantia da saúde sexual.

É buscando estar com um único [...] exatamente isso, ter um parceiro fixo... Bom parceiro fixo né no meu entender né, na minha vivência fixa, é isso? (P7)

Só ele, nunca tive mais ninguém. (P10)

Entretanto, cabe ressaltar que, mulheres que possuem apenas um único parceiro também são consideradas susceptíveis a agravos à sua saúde, em particular a IST, caso não adotem medidas preventivas com seu parceiro fixo. Para elas as relações afetivas e sexuais são estruturadas por um conjunto de significados oferecidos pela cultura, sendo tecidas com base em questões de gênero, posições socioeconômicas e especificidades regionais e de fatores influenciadores.

As mulheres quando inquiridas acerca de saúde nas relações sexuais, não só reafirmam que estas são românticas e idealizadoras em relação à vida conjugal, mas também sugerem que esta dimensão subjetiva da vida é de extrema relevância à sua saúde sexual (CUNHA *et al.*, 2011). A ideia de romantismo nos leva a pensar neste modelo de casamento perfeito, heterossexual, com frases que trazem mensagens cristalizadas como: “felizes para sempre”, “até que a morte nos separe”. No estudo realizado, Cunha *et al.* (2011) referem que as mulheres estão mais próximas do prazer no ato sexual quando se sentem com garantia de envolvimento

amoroso recíproco e da fidelidade por parte do parceiro. Esta confiança acerca do parceiro pode também incidir o abandono do preservativo em pelo fato de ter parceiro fixo.

Plutarco *et al.* (2019) corrobora com seu estudo nesse aspecto para as mulheres no contexto dos relacionamentos estáveis trazerem maior confiança no parceiro, o que pode levar a uma despreocupação em relação à contaminação pelas IST e, conseqüentemente, ao abandono do uso do preservativo de barreira, único método contraceptivo capaz de realizar a dupla prevenção. Porém, ainda há mulheres que têm práticas sexuais desprotegidas, e, em sua maioria, são casadas.

Entretanto, esse grupo apresenta dificuldade em negociar, durante a relação, o uso do preservativo com seus parceiros. Percebe-se, entretanto, que os empecilhos de adoção do sexo seguro entre as mulheres estão relacionados com a dificuldade de negociação do uso do preservativo com seus parceiros, concordando com a ideia de que essa dificuldade está permeada pelas relações de gênero que determinam as posições sociais a serem ocupadas por homens e mulheres, ou seja, a vulnerabilidade feminina ao HIV remete, necessariamente, às questões sociais e relações patriarcais que ainda persistem na atualidade (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Nas concepções de Figueiredo *et al.* (2013), no caso do HIV, um dos pressupostos do amor romântico é crucial para a compreensão da feminização da epidemia. Pode-se supor que usar o preservativo é como estar mandando uma mensagem para o outro de que agora é possível haver infidelidade.

O preservativo masculino mostra-se como a maneira mais viável para o enfrentamento das (IST), tendo em vista sua fácil acessibilidade, baixo custo e oferta gratuita nos serviços de saúde. De acordo com Jaques *et al.* (2014), o uso do preservativo envolve uma série de valores impostos socialmente, tornando importante enfatizar a associação entre o preservativo, o prazer e a segurança, para que prevaleça a negociação e o respeito nas relações sexuais.

Em outro estudo realizado por Meneses *et al.* (2017) percebeu-se que, as mulheres com parceiros fixos tem baixa percepção do risco para uma a IST. Este fato geralmente está relacionado à sensação de proteção, principalmente, quando as mulheres são casadas ou têm parceiro fixo e estável, assim como quando não têm mais a possibilidade de engravidar.

Entretanto, as questões de gênero demarcaram transformações no perfil epidemiológico dessa infecção, incluindo grupos que não se percebiam em risco de adquirir a doença, como as mulheres heterossexuais casadas ou em união estável. Essa situação de vivenciarem relacionamentos estáveis com um único parceiro contribui para limitar a visão das mulheres sobre a auto percepção do risco (FIGUEIREDO *et al.*, 2013).

Ao se perceberem saudáveis com vida sexual ativa com um único parceiro, não se sentem vulneráveis a uma doença e possivelmente podem não aceitar as medidas preventivas recomendadas para estas. A confiança depositada no parceiro fixo faz com que a mulher deixe de utilizar o preservativo, visto que não identifica possíveis riscos advindos de uma relação estável. Cabe destacar que oito das participantes mencionaram que a saúde sexual também está diretamente relacionada ao uso do preservativo. Tal fato aponta um aspecto importante no comprometimento com o cuidado com a saúde sexual delas, que nessa perspectiva compreenderam a importância do sexo seguro quando fazem uso do método de barreira contra a IST.

[...] Uso da camisinha só. (P3)

Usar camisinha e outras coisas mais que a gente tem disponível para estar evitando contrair alguma uma doença ou até estar passando para o parceiro. (P2)

[...] A prevenção com a camisinha. (P7)

E a camisinha né, acho que isso é importante né sempre, tem que sempre estar se prevenindo. (P8)

O uso de preservativo durante as relações sexuais é uma questão discutida mundialmente. O fenômeno crescente de feminilização do HIV associa-se ao não reconhecimento de pertencimento das mulheres ao risco de contrair o vírus que, no início da epidemia, era atribuído a grupos com práticas e comportamentos socialmente reprováveis (SANTOS *et al.*, 2018). Segundo os dados globais estatístico de 2019, existem 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com vírus da imunodeficiência humana (HIV).

No Brasil, de 1980 até junho de 2019 foram registrados 633.462 (65,6%) casos de aids em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids, principalmente entre as mulheres. Observou-se tendência de queda dessa taxa nos últimos 10 anos, que passou de 17,0 casos/100.000 habitantes em 2008, para 10,5 em 2018, representando uma redução de 38,2%. Entretanto, no que tange a população feminina, as disparidades na relação de gênero, principalmente, no tocante à prática sexual e à concepção, colaboram com os dados estatísticos nos últimos 10 anos, os números ainda são consideráveis.

Para Santos *et al.* (2018), o uso correto e frequente do preservativo está diretamente relacionado à questão de gênero como fator determinante no desenvolvimento da autonomia pessoal, além de ser uma das estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva,

especialmente nas mulheres. O desenvolvimento de habilidades pessoais define o que as mulheres sabem, pensam e praticam acerca de comportamentos sexuais e uso do preservativo.

Considerando ainda a perspectiva das educadoras sobre Saúde sexual, estas ainda indicam a saúde sexual como se cuidar e cuidar do corpo. A saúde do corpo está intimamente ligada ao autocuidado e como se relaciona com ele. Na fala das participantes o cuidado é apontado como um fator importante para a qualidade da saúde sexual.

Saúde sexual é como você cuida do seu corpo, como me protejo sexual. (P3)

É se prevenir. (P2)

É você se cuidar, é você se cuidar. (P5)

O cuidar do próprio corpo. (P7)

Olha é importante a gente cuidar, a gente sabe que está bem, mais não está lá dentro para ver. (P9)

A valorização do corpo surgiu dos movimentos sociais dos anos 1960, com destaque para o feminismo, para os movimentos pela igualdade racial e para a contracultura que o transformaram em objeto de estudo (GUALDA *et al.*, 2009). Entende-se que o corpo representa um instrumento fundamental para aproximação dessas mulheres no cuidado com o seu corpo. De acordo com Louro (2013), o corpo é visto como o corte e o julgamento final sobre o que somos e o que podemos nos tornar. Os corpos constituem-se na referência, forçada, dos aspectos da sexualidade e da identidade sexual, sem ambiguidades ou inconsistências. Mas, o processo é muito mais complexo e essa dedução pode ser equivocada. Para a autora, uma vez que os corpos são significados pelas relações de poder. As fronteiras do corpo foram transgredidas.

Os corpos não são mais tão evidentes como usualmente pensamos, o que torna problemático o dualismo entre homem e máquina, mente e corpo, em uma evidente crise do modelo de sujeito moderno. Um corpo não é apenas um corpo (LOURO, 2013). Conhecer o próprio corpo e empoderar-se dele. Isso porque, ao entender como funciona cada parte do corpo é simples de reconhecer problemas, como se relacionar melhor consigo e cuidar melhor de si mesma.

Dessa forma, se reconhecer como agente responsável pelo próprio corpo, é importante para a valorização e *empowerment* das ações de promoção da saúde. Portanto, confere um facilitador para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde sexual, tais como ir ao médico, observar sinais e sintomas sobre seu corpo e buscar cuidados. A promoção da saúde

percorre todos os níveis de atenção à saúde possibilitando mudanças no modo de pensar e agir as questões de envolvem a saúde.

O conceito de prevenção está articulada com a ideia de promoção da saúde que se alinha a carta de Ottawa (OMS, 1986), refere-se aos aspectos mais amplos, conferindo maior enfoque aos processos de saúde e condições de bem-estar gerais dos indivíduos, em detrimento da simples busca por eliminação de doenças ou diminuição de incidências. Este processo envolve a capacitação da comunidade de forma coletiva, ou seja, famílias, pessoas, para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida. Além disso, entende-se a saúde como um direito humano fundamental, que deve valer de maneira justa para todos os cidadãos (BUSS, 2003; CZERESNIA; FREITAS, 2003; SANTOS *et al.*, 2010).

De acordo com Tossin *et al.* (2016), a capacidade que uma pessoa tem de distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento, permite que as pessoas desempenhem de forma autônoma as atividades que visam à promoção da saúde, à prevenção de agravos e ao cuidado com a doença, envolvendo os aspectos espirituais, físicos, mentais e sociais, proporcionando qualidade de vida.

Para Farinatti e Ferreira (2006), promover saúde envolve o desenvolvimento de habilidades individuais, a fim de permitir a tomada de decisões favoráveis e a participação efetiva no planejamento e execução de iniciativas, visando à qualidade de vida e à saúde. Desta forma, a habilidade referida pelas educadoras sociais de pensar na saúde sexual na perspectiva da promoção da saúde muito, envolve autonomia para desenvolver habilidades para estreitar esta íntima relação com o corpo. Desta forma, entendemos que, para as educadoras sociais, cuidar do corpo tem relação direta com promover sua saúde que está pautada em transformar suas práticas, seus comportamentos individuais, desenvolver autonomia e buscar qualidade de vida.

Entretanto, nessa pesquisa, algumas mulheres não consideram importante atentar para a promoção de sua saúde, se não apresentarem sintomas ou perceberem alguma mudança na rotina da sua saúde sexual.

Bom, na parte ginecológica eu percebo alguma coisa quando começo a sentir alguma dor, algum tipo de incômodo na relação sexual e cólica, alguma coisa desse sentido. (P2)

Agora se você fala de saúde sexual eu entendo que é buscar médico, se está com alguma doença, procurar uma cirurgia eu entendo isso. (P5)

Só mesmo a coisa que eu percebo se tiver alguma coisa na minha saúde que eu vou e venho. (P8)

Se sentir algum incomodo você vir se tratar. (P9)

As educadoras sociais percebem a saúde sexual como “estar saudável” e buscar relações afetivas estáveis e respeitadas considerando a utilização de métodos de preservação, pode se inferir que para essas mulheres a saúde sexual é estar bem física e emocionalmente. Uma abordagem do conceito de saúde sexual numa visão, não direcionada apenas para o bem-estar físico e emocional, na sua concepção de saúde sexual, elas saem da perspectiva biológica e expandem o significado de saúde sexual, para uma perspectiva mais ampliada.

A percepção da saúde sexual na ótica das participantes foi descrita de maneira mais ampliada, levando em consideração as dimensões do indivíduo tais como: religião, valores, cultura, alimentação, habitação, educação, ambiente, emprego, lazer, acesso aos serviços de saúde, entre outros. Tais características conduzem e fazem parte do modo de andar a vida na sociedade (SOUZA E SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019).

Estar curado, sem dor, se for necessário estar medicado para você estar bem para ter uma boa resposta da saúde sexual. (P1)

Se você não estiver bem, estiver chateada, se você tiver ou com... você não vai estar bem, você não vai manter nada, um bom relacionamento, você vai ser como se fosse uma máquina. (P8)

A saúde sexual estar com seus órgãos todos perfeitos né [...]. É, no mínimo, é você estar bem. Eu sempre falo isso, você precisa estar bem com o outro. O meu planejamento é esse. Você está bem, é... o ambiente estar bom, um ambiente legal, né, um ambiente bom, é isso que eu faço. (P9)

Um dos primeiros conceitos de saúde foi produzido pela Organização Mundial da Saúde em 1946. Passaram-se mais de 70 anos desde essa formulação, porém ao se comparar ao perfil etário das participantes compreende-se a relação de abordagem, vivenciada nesta época, o conceito de saúde sexual era definido como conceito de saúde geral. De acordo com a referência do documento da OMS (1946), a saúde é: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Na atualidade, para a organização Mundial da saúde (WHO, 2015), a saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e às relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

Os direitos sexuais e reprodutivos, que inclui o direito decidir livremente sobre a vida reprodutiva foi anunciado pela primeira vez na Conferência de Direitos Humanos em Teerã. Realizada em 13 de maio de 1968, é um marco no planejamento familiar como um direito. Três décadas depois, os direitos reprodutivos foram estabelecidos formalmente e reconhecidos como

direitos humanos em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo. De forma completa, faz referência também ao exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção com autonomia de decisão (CUNHA *et al.*, 2011).

A percepção das educadoras sociais de saúde sexual como “não confiar no companheiro”, abre espaço para as questões de infidelidade. Ainda que os relacionamentos sejam construídos na perspectiva da religião, a infidelidade se faz presente no cotidiano do ser humano.

[...] Você tem seu esposo, mesmo assim você tem que saber né, porque hoje em dia você não sabe, confiar muito também [...] foi meio complicado porque ele tinha várias mulheres na rua. (P2)

Ah aquelas coisas, brigas, traições o tempo todo e as crianças passando por aquele processo. (P8)

No estudo realizado por Santos e Cerqueira-Santos (2016), o fenômeno da infidelidade, quando analisado sob esta ótica, ganha interpretações diferenciadas, pois entende-se que existem influências importantes e um repertório sociocultural que conferem ao ato de trair particularidades e distinções. Aparecem principalmente as questões em torno de uma legitimação, pois apesar da infidelidade ser um fenômeno experimentado por homens e mulheres, os caminhos percorridos por ambos tendem a ser completamente diferenciados. Tais diferenças aparecem nas relações afetivo-sexuais, sustentadas justamente por uma construção social dos gêneros, fomentada por estereótipos de gênero. Pode-se dizer que tais questões modelam as práticas sexuais, as formas de relacionamento e romper com esse constructo ainda se mostra uma tarefa árdua (SANTOS; CERQUEIRA-SANTOS, 2016).

Para Scheeren, Apellániz e Wagner (2018), a infidelidade é definida como um ato sexual e/ou emocional exercido por uma pessoa que está em uma relação de compromisso, sendo que este ato ocorre fora desta relação primária e constitui uma quebra de confiança e/ou violação das normas acordadas pelo casal, por um ou ambos os indivíduos numa relação de exclusividade emocional e/ou sexual. As razões que levam as pessoas a se envolverem com alguém fora do relacionamento são as mais variadas e complexas ao longo do tempo. O fenômeno da infidelidade também é visto como algo que fere e rompe com os ideais do amor romântico, do comprometimento e da exclusividade na relação, é um rompimento no contrato social que se estabelece quando duas pessoas iniciam um relacionamento (SANTOS; CERQUEIRA-SANTOS, 2016).

Nas concepções de Vieira *et al.* (2016), a mulher no seu cotidiano, com diversas atividades domésticas acabam pelo cansaço diminuindo a atividade sexual, até mesmo pelo estresse, que pode prejudicar sua libido. Portanto, devido aos tantos papéis que a mulher assume durante seu dia a dia, algumas vezes ficam cansadas, e com pouca disposição para a atividade sexual.

Dessa forma, como foi percebido nas falas das participantes o conceito de saúde sexual como “vida sexual ativa” para as educadoras emerge como fator importante para o relacionamento, para o bem-estar e para a manutenção da relação saúde sexual com o companheiro. É importante destacar que em nenhum momento há uma associação entre as participantes de uma vida sexual ativa ‘*com prazer sexual*’ que faz parte do conceito de saúde.

[...] Sempre manter a relação né. (P7)

Eu entendo que é normal acho que é normal vida sexual. (P2)

Eu entendo que é aquela que... completa, né? Que completa o casal seja que qual a posição da mente, né, o... como que posso dizer? Dá preferência. É aquilo que completa um relacionamento. O casal precisa dessa interligação para poder estar bem um com outro. Pelo menos eu entendo assim, não é tudo, mas é importante. (P9)

Nessa perspectiva, as considerações da pesquisa de Vieira *et al.* (2016), reconhecem os efeitos potencializadores das vivências sexuais, uma vez que a sexualidade pode ser compreendida como uma atividade natural que contribui positivamente para a qualidade de vida do indivíduo. Entretanto, a literatura atual tem demonstrado não existirem razões fisiológicas que impeçam as pessoas idosas, em condições satisfatórias de saúde, de apresentarem uma vida sexual ativa. Entendemos que a sexualidade é um componente fundamental da qualidade de vida, essencial para manter as relações interpessoais saudáveis, o autoconceito e um senso de integridade. Está ligada ao senso de autoestima e, se negada, pode ter efeitos deletérios não só sobre a sexualidade em si, mas também em uma autoimagem, relações sociais e saúde mental (BAUER *et al.*, 2007).

Ainda considerando a descrição das participantes sobre sua percepção acerca da saúde sexual, as mesmas destacaram também, que esta possui relação direta com a sexualidade. A compreensão do conceito de sexualidade pelas participantes do estudo demonstra que esta é fortemente associada aos padrões aprendidos na família no que diz respeito as relações afetivas íntimas, emergindo de um entendimento cultural permeado por tabus e padrões sociais indicando uma visão restrita a respeito do seu significado.

Para as participantes, a sexualidade é cercada de tabu, mistérios e preconceitos, vivenciados ao longo de suas histórias, por diálogos negados ao longo de suas vidas apoiados em normas, regras que sofrem influência da sua cultura e visão de mundo. Bernardino (2011) e Vieira, Miranda e Coutinho (2012) ressaltam que, embora a sexualidade seja algo inerente à vida e à saúde, manifestada desde o nascimento do ser humano até a morte, este é um assunto que no cotidiano é discutido com restrições, tabus e preconceito, sobretudo, quanto à sexualidade feminina, fazendo com que muitas mulheres não falem a respeito, por influência do meio externo, essas mulheres, desenvolvem bloqueios advindos do discurso da família, da religião, da mídia, entre outros, razão porque é necessário um trabalho de desconstrução e/ou desmistificação das crenças e dos estereótipos veiculados.

A etimologia da palavra tabu está relacionada com a proibição, censura, perigo e impureza de determinadas atividades sociais. De acordo com Martinez (2018), a temática da sexualidade ainda é considerada tabu quando associado à cultura, vivência do indivíduo. Podendo estimular discussões polêmicas ou apenas emudecer ou motivar reações de medo, vergonha e humilhação.

A sexualidade além de ser uma questão pessoal, é plural, porque sofre a interação de fatores sociais e políticos, biológicos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais, construída ao longo de toda a vida de diversos modos, por todos os sujeitos, traduzida em aspectos físicos, psicoemocionais e socioculturais entre outros. Constitui um aspecto fundamental do ser humano, envolvendo as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (ECCARELLI; ANDRADE, 2018; LOURO, 2000).

[O que você entende por sexualidade?] Era meio que um tabuzinho, não era muito divulgado. É ainda né! [Tabu]. (P1)

Eu acho que tem muito... Muito, vou usar o termo para sexualidade, tabu, entendeu? Tem tabu, tem! por mais maneiras... A maioria dos lugares, até às vezes profissionais que são formados, eles não... Se acham preparados para falar, alguma coisa assim, é tabu. (P8)

Até mesmo a forma de transar eu tinha medo porque, o pai das minhas filhas falava que eu era “larga”, isso era uma coisa que eu fiquei com isso na cabeça por muitos anos, nossa ...eu fique três anos sem ter relação com ninguém por causa disso. (P3)

Oliveira, Rezende e Gonçalves (2018) referem que apesar das mulheres terem conquistado autonomia, ainda existe certo “receio” em abordar a sexualidade feminina na busca de satisfação sem culpa. Aspectos sociais, religiosos e culturais continuam intermediando esta relação, acarretando bloqueios para um desempenho satisfatório sem culpa

ou obrigação. Nota-se que essas mulheres ainda não conseguem expressar a sua sexualidade seja para o parceiro ou para si, devido ao medo e ao papel ainda da mulher ter influência do passado de subordinação. As participantes apontam suas limitações diante dos padrões vividos em família.

Contudo, demonstram sua perspectiva sobre a vivência da sexualidade, como algo importante para a qualidade de vida. Como algo que permite a construção de relações pessoais.

Eu assim no caso, a pessoa sem sexualidade é tipo uma pessoa não vou falar perdida mais vazia né. (P9)

Para mim sexualidade é... um complemento de um amor, de um relacionamento amoroso. (P7)

É entendo que é tudo, o que te faz viver como se fosse uma mola né, não vou dizer que é tudo porque tudo é muita coisa, mas, o que dá sentido à vida, a minha vida, está se relacionando a mim. Um conjunto ... tudo que você faz no dia a dia...Um conjunto de sentimentos de encontro, onde homem se encontra. (P8)

Sexualidade é o interesse do indivíduo no outro. Eu acho que é esse caminho acho que poderia acrescentar... não só isso. (P2)

O conceito de sexualidade é amplo e não se limita às relações sexuais (coito) e envolve gestos, atitudes, comportamentos, predisposições e interações da significativa participação da cultura na expressão da sexualidade uma vez que ela envolve papéis sociais e é permeada por crenças, mitos, valores e atitudes (CREMA; DE TILIO; CAMPOS, 2017). Esta perspectiva está diretamente relacionada pelo conceito empregado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quando define sexualidade como “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contato, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual”.

A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influência também a nossa saúde física e mental, enquanto entendemos que a sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos ao longo da vida (WHO, 2015).

Sendo assim, a sexualidade é uma experiência individual, porém inserida em específicos contextos sociais e coletivos, por suas características e ultrapassa os aspectos biológicos e reprodutivos, visto que é parte integrante da personalidade e envolve todo o comportamento do indivíduo e expressa-se numa diversidade grande de manifestações, tais

como: carícias, beijos, abraços, olhares, sentimentos, afetos, fantasias, desejos, sonhos, prazer além de abranger a estética, a genética e a identificação por meio da reprodução de modelos e desempenhos de papéis sociais.

A sexualidade é compreendida como um elemento natural da vida tanto de homens como das mulheres, é o que dá sentido e significado à existência humana, representando uma função vital do indivíduo, da qual fazem parte múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, transmitidos de geração em geração. Com o envelhecer as pessoas não perdem suas habilidades sexuais. O que acontece é que a atividade sexual, assim como várias outras, pode tornar-se menos valorizada com a idade. Consequentemente, haverá uma diminuição da frequência das práticas sexuais, não significando, porém, o término do desejo sexual (VIEIRA *et al.*, 2016). Entretanto, a idade não retira a sexualidade do ser humano.

As participantes destacam também a relação de aprendizado sobre sexualidade como temática aprendida e reforçada na família, geralmente a partir da visão de mundo desse grupo estudado.

Eu entendo assim, que você é educado desde o início lá de pequenininho que você é educado a aceitar a tua vida sexual. Tem que você cresce, você namora e você se casa. (P1)

Olha, eu acho que já vem lá início, bem lá iniciozinho, papai e mamãe que ensina, já mostra para a gente como é que é as coisas, como tem que ser. (P2)

Igual meu filho, quando eu fui levar ele para fazer [vacina] HPV, ele falou “pra quê essa vacina” aí eu tive que explicar, a enfermeira também estava lá, conversou com ele. (P6)

Para Nery *et al.* (2015), os pais reproduzem o discurso que abrange apenas a visão reprodutiva da sexualidade. Nota-se a limitação no diálogo intergeracional e as orientações recebidas eram dadas como se fossem por meio de repressão. Essa constante dificuldade em dialogar sobre a sexualidade, praticada pelos pais e repetida no ambiente escolar, exclui a subjetividade dos diálogos, tornando as conversas monótonas e repetitivas. Dando-se, assim, o controle social e cultural.

As participantes reconhecem a importância em se abordar a temática sexualidade na família. Os ensinamentos sobre a sexualidade já na infância contribuem para a construção da identidade. É fato que a sexualidade é uma necessidade básica do ser humano, influenciada por padrões culturais, sociais e religiosos e que não pode ser dissociada dos outros aspectos e necessidades da vida. Porém, normalmente, as discussões sobre a sexualidade humana no

ambiente familiar se convergem a um ponto de conflito: normas e padrões de comportamentos já existentes que se chocam com as normas e padrões atuais, ou seja, choque de gerações (MAERRAWI; KHATER FILHO, 2018).

O desenvolvimento da sexualidade é um processo que segue por toda a vida, incorporando a ele vivências, sentimentos, valores e conceitos que podem se modificar ao longo do tempo e de acordo com cada período da vida. A vivência da sexualidade é uma junção de vários aspectos, sejam eles individuais, sociais, econômicos, familiares ou ambientais, desta forma, o desenvolvimento da sexualidade é passível de interferência, influência, conceitos e pré-conceitos adquiridos, que podem interferir nos comportamentos e nas expressões da sexualidade atuais ou futuras (MAERRAWI; KHATER FILHO, 2018).

A sexualidade na sociedade está diretamente relacionada a padrões socioculturais. O termo cultura faz referência a padrões de comportamento aprendidos e valores que são compartilhados entre membros de um grupo e que são capazes de sobreviver ao passar do tempo que poderá influenciar de forma positiva ou negativa o desenvolvimento do adolescente.

A construção da sexualidade é processual, sendo influenciada desde o nascimento. Na adolescência essa construção tende a ser influenciada pela escola, família, ambientes coletivos e sociais e seus vínculos. A família é o contexto ideal para formação desses indivíduos, por se configurar historicamente, no principal meio de aquisição de valores necessários para se viver em sociedade. No entanto, a forma como isso ocorre depende em muito das peculiaridades de cada família, que pode sentir-se despreparada para a abordagem do tema. Frene a esta questão os pais sentem-se impotentes e delegam essa função a terceiros, como a escola, os profissionais da saúde e a sociedade (NERY *et al.*, 2015).

As percepções dos adolescentes refletem os padrões e normas estabelecidos na construção histórica da sociedade. A maneira de se comportar na sociedade é ensinada de forma diferente para homens e mulheres. Os homens são estimulados a exercerem sua sexualidade com prazer, focando na prática sexual sem expressar emoções ou afetividade. Entretanto, existe maior controle da sexualidade feminina (AMARAL *et al.*, 2017).

Amaral *et al.* (2017) apontam em seu estudo que, nas escolas, ainda é construída uma pedagogia sexista e desigual, podendo proporcionar a construção de diferenças entre os gêneros. A escola ainda é um espaço no qual há a reprodução da padronização de comportamentos, determinando estereótipos para os adolescentes, considerando que meninos devem ser mais ativos, racionais, agressivos, enquanto as meninas devem ser dóceis, quietas e caprichosas.

Nesse sentido, os padrões culturais da sociedade impõem comportamentos e atividades referidas como normal e adequada para homens e mulheres. Dessa forma, as atribuições referentes ao homem têm sido relacionadas à realização de atividade que exige força física e tomadas de decisão, paternidade, ao provedor e protetor da família, à racionalidade, à violência, à virilidade e à incapacidade de controlar os desejos sexuais. A beleza, a sensualidade, a delicadeza, a docilidade, a discrição, a subordinação ao homem, a monogamia e a maternidade são atributos associados à mulher (AMARAL *et al.*, 2017).

Existe ainda a necessidade de se falar sobre o assunto de modo responsável com aqueles que de algum modo acompanham ou cuidam desses adolescentes. Nas famílias, nas escolas, e nas unidades de acolhimento, pois esses espaços, com seus valores e padrões, fazem parte do desenvolvimento das identidades e constroem as visões sobre os sexos e o gênero. Nas sociedades socioculturalmente patriarcais, as regras sociais indicam padrões heteronormativos, que além de produzirem narrativas que afetam subjetividades, que podem aprisionar aos estereótipos de homens e mulheres, bem como a reprodução de discursos que reforçam os mitos, preconceitos e tabus. Infelizmente, a construção da sexualidade e das questões de gênero na adolescência, socialmente, ainda se caracteriza pelo compartilhamento de saberes e experiências de pais, mães, responsáveis e aqueles do seu convívio social.

A sociedade, de um modo geral, adota um formato desigual das relações de gênero, que certamente tem como reflexo a vulnerabilidade desses adolescentes. A vulnerabilidade se caracteriza por um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, que aumenta ou reduz o risco e a proteção de uma pessoa por circunstância de uma determinada doença. Atualmente dentre os agravos de saúde, destacam-se, às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre elas a Sífilis tem se destacado na adolescência com um aumento de casos notificados em 2019. Para Carvalho, Pinto e Santos (2018), este aumento está associado a não adesão às medidas de prevenção para IST, associada ao início precoce da vida sexual, tornam os adolescentes mais suscetíveis a estas infecções e a gravidez não intencional na adolescência.

A gravidez não-intencional na adolescência apresenta relação com iniquidades sociais, sendo mais frequente entre mulheres em grupos sociais de maior vulnerabilidade. Está associada à escolaridade, a diferenças regionais e de territorialidade, assim como a questões raciais, étnicas, culturais e econômicas. O acesso a informações confiáveis sobre saúde e direitos sexuais e reprodutivos assim como a programas de educação integral em sexualidade podem contribuir para a reversão dos altos índices de gravidez não-intencional na adolescência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2013).

Além dos agravos de saúde, a vulnerabilidade também se estabelece nas relações sociais. O homem, pressionado pela sociedade, deve sempre estar pronto para o sexo, afirmando sua masculinidade e a mulher deve ser submissa ao desejo do parceiro e não ter autonomia sobre suas escolhas e seu corpo (AMARAL *et al.*, 2017). Por essas questões a temática que envolve a sexualidade deve ser abordada pelos pais, respondendo seus questionamentos desde a infância, preparando-os para a adolescência. Apesar de muitas famílias não se sentirem preparadas para abordar este assunto.

De acordo com Savegnago e Arpini (2013), para os pais existe uma preocupação sobre o diálogo com os filhos, perante os problemas da sociedade atual, mas eles não se sentem preparados para debater e conversar a respeito de questões relacionadas à sexualidade por considerá-las delicadas o que os distânciam dos filhos adolescentes. Esta atitude foi percebida pelas educadoras pois vivenciaram também na adolescência a falta de diálogo com os pais em relação a saúde sexual chegando a serem repreensivos nos assuntos sobre a educação sexual.

Falar sobre sexualidade vai além da simples transmissão de informações, pois demanda que os pais ultrapassem várias barreiras para alcançar uma proximidade das experiências do filho adolescente e uma sintonia com seu momento existencial (SAVEGNAGO; ARPINI, 2013). Ademais, é um desafio para os pais encontrar um equilíbrio na transmissão das mensagens sobre sexo/sexualidade aos filhos, no sentido de que estas não sejam tão restritivas, nem demasiado permissivas.

No discurso das educadoras a visão da sexualidade como aprendizado na família é limitada e cercada de tabus, com discursos normativos e reprodução do discurso dos padrões de gênero com referência a vida sexual com alusão ao casamento e submissão feminina. A herança de sexualidade como aprendizado na família é um recurso de manutenção da educação para a submissão de forma não consciente (SAVEGNAGO; ARPINI, 2013).

A sexualidade, elemento integrante da saúde sexual é apontada pelas participantes a partir da sua visão sobre as adolescentes. Elas destacam em seus discursos o quanto é aflorada na adolescência. Em suas falas é possível identificar um olhar preconceituoso principalmente sobre a sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento. Elas destacam características biológicas das adolescentes acolhidas como algo natural, intrinsicamente ligada aos hormônios sexuais, porém criticam seus desejos e comportamentos sexuais.

Para Roehrs, Maftum e Zagonel (2010), na adolescência, a sexualidade se apresenta como mudança física, psicológica e social ao mesmo tempo, pois a nova conformação do corpo e suas atitudes impõem-lhes uma nova relação com a sociedade. Essa mudança social pode ser agravada e potencializada, se junto ao processo natural de se abrir ao mundo com a

expressão física de um novo corpo, atitudes e comportamentos de risco, o que pode alterar o viver do adolescente em relação a si mesmo, à família, à escola e tudo o mais que o cerca.

A puberdade surge acompanhada de novas sensações e sentimentos sexuais originados pelo aumento da produção hormonal, que faz com que adolescentes passem a sentir mais intensamente desejo e excitação sexual e com e os hormônios à flor da pele, que e em geral, surgem as primeiras experiências sexuais. Percebe-se uma certa dificuldade em aceitar essa questão da sexualidade na adolescência, procurando-se manter a falsa ideia de sua inocência e pureza que está diretamente ligada à figura infantil. Estas atitudes contribuem para a formulação de visões preconceituosas e equivocadas sobre o assunto (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010).

A sociedade moderna está ciente da importância de abordar as questões da sexualidade, principalmente na adolescência. Porém percebemos que na prática, nas famílias, nas escolas o assunto ainda causa impacto. No momento da entrevista, na fala das educadoras sociais percebeu-se preconceito e o tabus, a temática sexualidade provocou um extremo desconforto nas educadoras sociais. Evitando falar da sexualidade delas, direcionavam o discurso em alguns momentos, para a percepção delas sobre a sexualidade dos adolescentes acolhidas.

Esse momento é em que elas estão vivendo aqui, e muitas vezes aflora desde criança ainda se descobrindo, bom é um momento difícil. Mas eu acho que a sexualidade está um pouquinho aflorada demais, muito cedo, é o assunto preferido dos adolescentes. (P1)

O que que eu entendo, bom a sexualidade aflora mais nesse momento da adolescência... Hoje uma menina com 12 anos só sabe falar de namorado, de menino de transar, de beijo, disso daquilo. (P6)

Não tinha essa coisa toda de aflorar a sexualidade muito cedo mais [...]. (P9)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência delimitam a idade etária referindo-se a meninos e meninas entre 10 e 19 anos. Esse período é marcado pelo crescimento em vários níveis. De forma holística, pode-se apreciar o desenvolvimento entrelaçado de um adolescente nos domínios físico, psicológico, social (BRILHANTE; CATRIB, 2011).

Para Roehrs, Maftum e Zagonel (2010), a sexualidade em todas as suas formas de expressão, sempre foi assunto polêmico e não seria diferente no contexto e nas escolas, nas famílias e nas unidades de acolhimento institucional. Pois esses espaços fazem parte da transmissão de normas e valores culturalmente situados que constroem gênero, além de

produzir narrativas que afetam subjetividades, de modo a não as aprisionar os estereótipos de homens e mulheres, heteronormatividade, bem como a reprodução de discursos que reforçam os mitos, preconceitos e tabu.

Na adolescência, a sexualidade se apresenta como mudança física, psicológica e social ao mesmo tempo, pois a nova conformação do corpo e suas atitudes impõem-lhes uma nova relação com a sociedade. Essa mudança social pode ser agravada e potencializada, se junto ao processo natural de se abrir ao mundo com a expressão física de um novo corpo e atitudes, vier a gravidez precoce, o que altera o viver do adolescente em relação a si mesmo, à família, à escola e tudo o mais que o cerca. Nessa fase, observa-se também mudanças psicológicas que envolvem alteração de humor, desejo de viver intensamente, atração sexual, questionamentos sobre a vida, necessidade de aceitação, formação de grupos, afirmação da identidade pessoal e sexual e a iniciação na vida sexual (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010).

A maneira de se comportar na sociedade é ensinada de forma diferente para homens e mulheres. Os homens são estimulados a exercerem sua sexualidade com prazer, focando na prática sexual sem expressar emoções ou afetividade. Entretanto, existe maior controle da sexualidade feminina. Existe ainda a necessidade de falarmos sobre o assunto de modo responsável com aqueles que de algum modo acompanham ou cuidam dos adolescentes.

Portanto, é necessário estabelecer diálogo sobre sexualidades com esse segmento da população a fim de romper barreiras e tabus e favorecer com que cada jovem possa, de forma responsável, escolher como, onde e quando vão iniciar sua vida sexual, inclusive, respeitar quem desejar não iniciá-la nesta fase da vida.

A construção da identidade é apontada como parte integrante da saúde sexual e surge na fala das participantes associada ao conceito de sexualidade, indicando essa fase como um momento “difícil”, momento de dúvidas. Nessa perspectiva, as participantes compreendem que a identidade dos acolhidos ainda está em construção e, por isso o comportamento pode ser influenciado. A construção da identidade para algumas das participantes não é uma característica somente da adolescência, a construção da identidade perpassa também pela fase adulta.

É um momento em que se está buscando identidade[...] um momento complicado né, onde surge muitas dúvidas, não só na fase da adolescência mais também do adulto né. (P6)

É um momento em que se está buscando identidade. (P7)

Roehrs, Maftum e Zagonel (2010) referem que o adolescente vive várias perdas e conquistas em uma transição da identidade infantil para a adulta, é a busca de si mesmo, influenciando na consolidação da estrutura básica da personalidade. Isso ocorre em função das aquisições progressivas da personalidade. O pode-se afirmar que o adolescente no seu processo de configuração de identidade passa pelas crises de definir escolhas dentro do mundo, e por isso este é um momento marcado por dúvidas e incertezas.

Para Erikson (1972) e Hall (2006), a construção da identidade pessoal é considerada uma das tarefas mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente em adultos. A formação da identidade implica em definir quem a pessoa é, quais seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. A formação da identidade não começa nem termina com a adolescência. É um processo que dura toda a vida, amplamente inconsciente para o indivíduo, as suas raízes remontam à infância com a experiência de reciprocidade entre pais e filhos. A construção da identidade é um processo constante de transformação.

3.2.2 Percepção da condição pessoal de saúde sexual das próprias educadoras sociais

Esta subcategoria é caracterizada pela percepção das próprias educadoras acerca de sua própria saúde sexual. Ao discursarem sobre essa perspectiva apresentaram uma visão mais biologistica dando ênfase à saúde sexual como ausência de doenças e ou a busca pelo acompanhamento médico/sanitário.

A serem questionadas acerca de sua saúde sexual, as educadoras sociais apontaram estar saudáveis, tendo por base o fato da inexistência de doenças sexuais, possuir uma saúde sexual satisfatória, não realizar cirurgia ou tratamento ginecológico e ter uma relação positiva com o corpo.

Não! Não Nunca tive (P1).

Não! Não Nunca tive doença nenhuma assim não (P2).

[...]Nesse sentido eu fico tranquila. Não! não fiz retirada de nada útero, lance de trompa essas coisas não. (P3)

Mais nunca tive doença nenhuma nada nada absolutamente nada. (P4)

Sendo que... mais a minha menopausa não me deu efeito nenhum, assim de nervosismo, de calor eu não sinto nada é uma coisa bem estável, não tive ressecamento fora isso. Entendeu assim problema de saúde não. (P6)

Eu nunca tive não, graças a Deus, sempre se cuidando. (P7)

Apesar de compreenderem e explicitarem um conceito de saúde sexual ampliado, quando se referem à compreensão da saúde sexual apresentam algumas limitações focadas no biológico, na presença ou ausência de doenças. Observa-se que falar da saúde sexual é não ter nenhum problema de saúde, sinais e sintomas, ter uma vida regrada, dentro dos padrões ditos “normais”.

De acordo com Laurel (1983), a saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo resultante, esta determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (PRIMO *et al.*, 2012).

Batistella (2007) destaca que na percepção da maioria da população, saúde é não estar doente. Sabemos, porém, que esta é uma definição muito limitada. Nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável. Porém, na perspectiva das educadoras sociais, a inexistência de doença relacionada à sua saúde sexual ou até mesmo de sinais e sintomas denota uma condição de saúde sexual saudável.

A percepção da doença é definida como a forma que os indivíduos compreendem diversos aspectos relacionados à saúde e a doença levando em consideração suas experiências individuais e coletivas uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. A percepção sobre a doença depende do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido. Nesse sentido, o entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e o momento histórico indivíduo (BATISTELLA, 2007).

A vinculação do sexo saudável à ausência de problemas relacionado a saúde sexual e ginecológica como por exemplo (IST), pode estar relacionada, dentre outras possibilidades, ao fato de as IST terem deixado marcas profundas na sociedade, principalmente pelos comportamentos sexuais atribuídos as questões morais, promíscua, desviante como acontece com a aids e a Sífilis (CUNHA *et al.*, 2011).

Para Albuquerque e Oliveira (2002), a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal quando afeta a capacidade de produzir, de amar e divertir-se está

relacionado com a saúde física e mental da pessoa. É social, quando a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativamente.

Ao mencionarem que saúde sexual é ter uma relação com o corpo de maneira positiva, demonstram a associação com a saúde física e mental relacionada com a imagem corporal a autoestima.

As participantes expressaram que a percepção positiva sobre a imagem corporal, tem relação direta com manutenção da saúde sexual. A aceitação dos limites do corpo. Segundo Aguiar (2014), a autoestima, tal como a satisfação com a imagem corporal, assume uma importância extrema durante esta fase da vida do sujeito. A autoestima vai estar significativamente correlacionada com a imagem corporal, principalmente no sexo feminino.

Assim eu não tenho problema nenhum com o meu corpo sempre fui gordinha. (P3)

[...] aí quando de repente hoje eu tenho o corpo que eu estou curtindo dos 40 anos pra cá não tinha peito pra comprar blusa pra mim tinha que comprar na C&A blusa de criança, hoje meu manequim é 42. (P6)

Eu não tenho o que falar não, acho que graças a Deus, eu sou satisfeita, porque a gente chega numa idade, a gente já não vai ficar mais 100% né. (P8)

Segundo Aguiar (2014), a autoestima, tal como a satisfação com a imagem corporal, assume uma importância extrema durante esta fase da vida do sujeito. A autoestima vai estar significativamente correlacionada com a imagem corporal, principalmente no sexo feminino. Sendo assim, a imagem corporal é um conceito multidimensional, que revela a percepção do sujeito relativa a seu corpo influenciada por constructos sociais como as representações comportamentais da personalidade e os estados emocionais (BOUFLEUR *et al.*, 2012).

Ainda, considerando a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais, verificou-se, ainda, que elas destacaram sua percepção sobre a condição afetada da saúde sexual.

A percepção das mulheres sobre possuírem sua saúde sexual afetada é caracterizada por algumas delas, ao apresentarem situações/problemas referentes à sua saúde sexual, dentre eles: a diminuição da libido, dispareunia, relação com o corpo negativa, cirurgias ginecológicas, problemas ginecológicos, hemorragia uterina pelo uso de anticoncepcionais.

E voltar o prazer, como te falei, voltar a ser aquela pessoa ativa aquele fogo. Não é aquela coisa prazerosa mais [o ato sexual]. (P6)

Bom, depois de um casamento de 27 anos as mudanças são: falta de vontade [...] A mudança foi que eu virei uma geladeira ... assim esfriou bastante[...] na minha saúde sexual?... é eu tive esses problemas agora devido a menopausa. (P8)

A diminuição da libido e dispareunia aparecem como uma situação problema que para algumas das entrevistadas interferem na qualidade de vida e no relacionamento conjugal. Tais situações podem ser um fator impeditivo para o desempenho da relação sexual e para a qualidade de vida dessas mulheres. Essas situações geram sentimentos de inadequação, incapacidade e frustração, impactando na relação com o parceiro. Nas relações afetivas íntimas saudáveis, busca-se geralmente, a satisfação mútua e, quando esta não ocorre, que pode causar desavenças e interferir na convivência. Provocando mudanças percebidas que comumente causam desconforto e até mesmo desconfiança por parte do parceiro conforme apontado por uma das participantes.

A gente se sente mal né, porque "o marido falou o que tá havendo?" "o que está acontecendo?" Mas ele está vendo que não é porque eu não quero. Porque não está normal (desejo sexual) a pessoa que tinha uma vida sexual ativa, aquele fogo, de repente a pessoa ficar desse jeito, é uma coisa que não está normal. (P7)

Para Wolpe *et al.* (2015), as disfunções sexuais femininas são consideradas um problema no cotidiano das mulheres, pois afetam, em curto ou longo prazo, a vida social, psicológica, doméstica, ocupacional e física das mulheres e de seus companheiros. Consistem em múltiplas desordens, como: distúrbio da excitação feminina, distúrbio do desejo sexual hipoativo, transtorno sexual do orgasmo feminino, dispareunia e vaginismo.

Estas desordens são classificadas dentro de categorias diagnósticas que incluem o desejo ou libido, a excitação, a dor ou desconforto e a inibição do orgasmo. São caracterizadas como distúrbios multicausais e multidimensionais, combinando determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais (WOLPE *et al.*, 2015).

Que eu fiquei com esse esfriamento, fiquei com (não identifiquei a palavra) horríveis, aí foi ruim. Foi um momento muito ruim que eu vivi. Porém, eu fiz, tô fazendo o tratamento e isso tem estabilizado. Foi muito ruim. (P9)

Às vezes não tenho muita vontade [desejo sexual]. (P10)

O climatério foi percebido pelas participantes como um dos motivos para a diminuição do desejo e a dispareunia. Cabe ressaltar que a maioria das participantes encontra-se na faixa etária entre 42 a 64 anos, ou seja, apresentam hormonal, pessoal/social e emocionalmente influências desse período que é o climatério.

O conceito de dispareunia refere-se a queixa de dor recorrente ou persistente na tentativa ou durante a penetração, porém não há espasmo da musculatura externa da vagina, o que se diferencia do vaginismo, pois, neste caso, há espasmo involuntário dessa musculatura

e, às vezes, de toda pelve à introdução (ou tentativa) vaginal. Enquanto o desejo sexual é uma sensação de vontade de ter relação sexual que gera bem-estar.

A palavra climatério se origina do grego *klimacter*, cujo significado é período crítico, sobre a origem dos conceitos de climatério e menopausa, discorre que o conceito de menopausa surgiu a partir de um artigo publicado em 1816, denominado *La menopause*. Menopausa é a soma de duas palavras gregas que significam mês e fim (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

O climatério é um período abrangente da vida feminina, caracterizado por alterações metabólicas e hormonais que trazem mudanças envolvendo o contexto psicossocial. Tendo como referência as alterações de sexualidade vivenciadas no climatério. Nessa fase, ocorrem alterações hormonais importantes, principalmente a diminuição dos níveis dos hormônios estrogênio e testosterona. Essas mudanças podem resultar em significativas disfunções sexuais e repercussões para o funcionamento sexual de muitas mulheres (CREMA; DE TILIO; CAMPOS, 2017).

De acordo com Lara *et al.* (2019), há mulheres que apresentam redução da libido nessa fase da menopausa, cuja explicação está na redução de testosterona, não de estrogênio. No entanto, a queda da produção de estrogênio torna lenta a lubrificação vaginal, a atrofia vaginal (por diminuição das dimensões e da capacidade expansiva da vagina) pode provocar dispareunia; cistites podem ser causadas por uma maior exposição à ação mecânica do coito no adelgado coxim tissular da parede superior da vagina, que serve de proteção à uretra e à bexiga. Provocando desconforto durante o ato sexual (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). Neste estudo, a dispareunia foi relatada de diferentes formas pelas participantes, tais como ardência e queimação, por exemplo, são modos de interpretar o desconforto que as participantes vivenciam no seu cotidiano.

Saúde para mim agora seria amenizar um pouco essas ardências entendeu [...] e diminuir o incomodo da menopausa [falta de prazer e ardências]. (P6)

Falava mais assim dá... para ver que as vezes eu tinha muitas dores né, umas cólicas umas dores, uma cólica forte uma dor horrorosa. (P10)

Para Valença, Nascimento Filho e Germano (2010), o sexo é uma função biológica importante para o bem-estar físico e emocional da pessoa. Pode-se inferir que a capacidade e o direito de sentir prazer sexual está intimamente relacionada com inúmeros aspectos, dentre eles, o desenvolvimento sexual saudável, o prazer sexual, a ausência de enfermidades,

deficiências, violências e outras práticas de risco relacionadas à sexualidade dessas mulheres, conforme já anteriormente mencionado no conceito de saúde sexual.

Considerando a maneira como um casal se relaciona ou dialoga sobre a saúde sexual de ambos os parceiros, pressupõe-se que, em períodos como o climatério, onde há maior dificuldade em se estabelecer as relações sexuais essas mulheres apresentem mais queixas no que diz respeito a sua intimidade conjugal. Assim, a informação em saúde torna-se um aspecto fundamental para essas mulheres; informação sobre o seu corpo, o autocuidado e o relacionamento com o companheiro, a fim de vencer os conflitos que permeiam essa fase da vida feminina (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

A relação negativa com o corpo emergiu na fala das participantes como uma preocupação e reconhecida como uma saúde afetada. Possivelmente, esse destaque se deve ao fato de que nas sociedades contemporâneas há uma intensificação do culto ao corpo, onde os indivíduos experimentam uma crescente preocupação com a imagem e a estética. Entendida como consumo cultural, a prática do culto ao corpo coloca-se hoje como preocupação geral, que perpassa todas as classes sociais e faixas etárias, apoiada num discurso que ora lança mão da questão estética, ora da preocupação com a saúde (CAMARGO, 2013).

A sociedade contemporânea cultua o corpo; os padrões de beleza são cobrados muito mais por uma questão de ser esteticamente ‘bonito de se ver’ do que por preocupações com a saúde. A todo tempo surgem exemplos de pessoas que se dizem insatisfeitas com seus corpos e procuram algum tipo de intervenção para modificá-lo ou melhorá-lo.

Mais ou menos! E acho que meu corpo poderia emagrecer e cuidar dele melhor. (P2)

Porque o homem é muito visual né, o homem ele ... ah, mulherão, cabelão, que corpão, não sei o que, e nos mulheres é aceitar isso, porque nós não temos aquela coisa. (P3)

Ah, a gente muda né, o corpo. (P8)

Agora tá normal, emagreci um pouco estava com um barrigão feio [te incomodava?] Incomodava, achava chato falei que que isso, eu era magrinha vestia 38, de repente comecei a engordar 68k que que isso por esse tamanho? Sou muito pequena para pesar tanto, comecei ficar baixinha demais. (P10)

Na modernidade as mulheres são particularmente afetadas, uma vez que, como objetos centrais de desejo e de consumo num mercado heteronormativo, sofrem pressões constantes de inúmeros discursos persuasivos para adequarem-se ao padrão hegemônico de beleza feminino (FIGUEIREDO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2017).

De acordo com Valença, Nascimento Filho e Germano (2010), durante a vida, o ser humano e sua visão sobre o próprio corpo delineiam-se de acordo com uma conjuntura sócio-

histórico-cultural, o corpo é emblemático de processos sociais. Na cultura de consumo, a mulher é estimulada a parecer eternamente jovem, magra e bonita. Ao disciplinar e manipular seu corpo, a mulher contemporânea se transforma e, dessa forma, medeia a relação entre a uma identidade própria e uma identidade social imposta pela sociedade de consumo (FIGUEIREDO; NASCIMENTO; RODRIGUES, 2017).

As participantes ao verbalizarem sobre a promoção de sua saúde sexual, referem procurar o profissional médico para algum tratamento ginecológico. Percebeu-se no momento da entrevista preocupação com a saúde geral, sentimento de perda, insatisfação e até mesmo não querer dar continuidade sobre o assunto.

[...] Sim! Eu fiz histerectomia eu tirei ... Eu fiz retirada do útero as outras partes ...
[quer falar mais sobre o assunto isso?] Não! (P4)

Fiz também para uns miomas que eu desenvolvi há alguns anos, Cheguei a retirar o mioma. Fiz cirurgia só o mioma **não o útero**. Também aí eu descobri o mioma e aí o médico me explicou que isso dificultaria né e aí foi chegando à idade e bom eu passo um bom tempo sem pensa muito nisso. (P7)

Percebe-se na reação corporal e emocional de uma das participantes, frente à perda do útero, o surgimento de momentos de ansiedade e até mesmo de irritabilidade ao falar sobre a temática abordada, quando questionada se gostaria de falar mais sobre a questão, imediatamente respondeu que *não*.

Esta atitude denota que a experiência vivenciada com a cirurgia de histerectomia ainda lhe causava angústia, incômodo, e acompanhada de resignação sobre a perda do útero e as outras partes conforme foi referido. As doenças do aparelho reprodutor feminino e de mama são responsáveis por um elevado número de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo. A histerectomia, por exemplo, é a cirurgia ginecológica mais realizada em países desenvolvidos (COUTINHO E SILVA; VARGENS, 2016).

A histerectomia representa a remoção total do útero, quando se retira o útero e o colo uterino, ou parcial, em que há preservação do colo uterino, sendo considerada a segunda cirurgia ginecológica mais realizada no mundo entre mulheres em idade reprodutiva. Entretanto, para muitas mulheres, apesar da frequência alta com que é realizada, é uma cirurgia mutiladora, e que envolve aspectos emocionais, psicológicos e culturais (PRIMO *et al.*, 2012).

No que tange aos problemas ginecológicos, tanto malignos quanto benignos, estes podem necessitar de tratamentos cirúrgicos. Entre os benignos, temos, por exemplo, a miomatose uterina, cistos ovarianos, endometriose, distopias, salpingites, problemas

intraparto, e outros. Dentre os malignos, encontram-se os diversos tipos de câncer que podem necessitar de intervenções cirúrgicas, muitas vezes apresentando-se como um tratamento longo e difícil para a mulher (PRIMO *et al.*, 2012).

Observamos ainda no que diz respeito a saúde sexual afetada que duas das participantes referiram história de hemorragia uterina com uso de anticoncepcional (sangramento uterino anormal), condição que impactou o cotidiano dessas mulheres.

Constatou-se a partir dos discursos que o motivo do sangramento de uma das participantes foi ocasionado pelo uso inadequado da pílula indicada para contracepção de emergência. Culturalmente, a utilização dessa medicação vem acontecendo com frequência, muito comum no cotidiano dos adolescentes e mulheres adultas, as quais recorrem ao medicamento após uma relação sexual desprotegida, não uso ou falha de preservativos e em casos de violência sexual.

Tive hemorragia Uterina com o uso do contraceptivo de emergência. Tive hemorragia fui pro médico eles disseram com essa idade você não pode tomar mais isso aí também o envolvimento acabou parei de tomar e tô tranqüilona. (P5)

E foi depois que eu liguei que eu fiquei com esse problema de ficar com sangramento forte, Porque do meu filho, eu descobri que tinha varizes em volta do útero na hora da cirurgia, então causou hemorragia, eu fui até para o CTI na época, no Fernando Magalhães, Porque eu tinha muita hemorragia e agora tá voltando de novo... aí eu tirei um cisto, mas tá voltando de novo a hemorragia, não muito, mas tem mês que vem bastante, mas antes de eu tirar o cisto de ovário era bem pior, de sair pedaços e o médico falando que isso era normal, porque é do anticoncepcional. (P8)

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2017), o sangramento uterino anormal é a denominação utilizada atualmente para nomear as alterações da menstruação decorrentes de aumento no volume, na duração ou na frequência. Termos como hemorragia uterina disfuncional ou menorragia estão abandonados. Tem grande importância pela sua frequência e por afetar negativamente aspectos físicos, emocionais, sexuais e profissionais, piorando a qualidade de vida das mulheres.

O tema da contracepção de emergência desperta bastante inquietação social no Brasil. Categoria adotada no meio científico e acadêmico para designar “pílula do dia seguinte”, como é conhecida no senso comum, o próprio termo engendra a noção de “emergência”, frequentemente associada no imaginário/universo da saúde pública às noções de “risco”, “perigo”, epidemia”, “acidente”, entre outros que evocam certa preocupação com algo iminente que deve ser evitado ou combatido (BRANDÃO *et al.*, 2017).

O acesso das mulheres à contracepção de emergência foi aprovado no Brasil em 1996 e o método foi incorporado às normas técnicas de assistência ao planejamento familiar do Ministério da Saúde desde 2005 (CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013). Para Brandão *et al.* (2017), no Brasil a contracepção de emergência é utilizada por usuárias nas adolescentes e juventude. A maioria dessas usuárias têm baixo ou médio poder econômico e utilizavam a pílula do dia seguinte sem qualquer orientação ou prescrição de um profissional da saúde. Tais informações sobre o uso desses medicamentos eram oriundos de amigos, familiares e mídia, o que causa extrema preocupação, visto o fácil acesso nas farmácias comerciais e eventuais riscos com o uso inadequado.

Para as participantes, os problemas ginecológicos emergem como condição que afeta a saúde sexual das participantes. Referiram histórico de problemas ginecológicos tais como corrimento, candidíase e gardnerella.

Porque a relação sexual causa esses danos de gardnerella. E outras coisinhas e no mais que ele tenha falado é isso mesmo qualquer outra coisa. Ah! Tem essa gardnerella, mas o médico falou que é normal os dois tem que tomar o remédio para evitar. (P2)

Já tive sim é candidíase. Ahh umas três vezes. Tratei. (P7)

Porque quando ocorre, algum assim corrimento, o meu corrimento as vezes vem na urina, não vem por dentro, mas geralmente quando eu vou, não tem nada assim grave não, um “corrimentozinho” que a gente sempre possa ter e mais nada graças a Deus. Sempre limpinho (Corrimento), entendeu? (P8)

De acordo com Pereira *et al.* (2018), a vaginose bacteriana é um distúrbio do ecossistema vaginal de etiologia multivariada de microrganismos, em que há predomínio de micro-organismos anaeróbios. É a mais frequente causa de corrimento genital, responsável por 40 a 50% dos casos, sendo que cerca de metade das mulheres portadoras são assintomáticas. Considera-se que as queixas clínicas decorrentes das afecções vaginais, causadas por agentes microbiológicos, são um problema importante relacionada à saúde, já que transtornos de origem íntima podem repercutir em agravos a saúde das mulheres acometidas.

Neste contexto, esses problemas ginecológicos são enfermidades relevantes à saúde da mulher, pela sua elevada frequência e multiplicidade de agentes, como também pelo seu reflexo negativo no aspecto emocional e reprodutivo (ANDRADE *et al.*, 2014). Para Andrade *et al.* (2014), os referidos sintomas provocados por afecções vaginais, podem prejudicar a dinâmica sexual do casal. Esse aspecto, é importante enfatizar que, além dos danos físicos, o desconforto e constrangimento afetam, sobretudo, a condição emocional e psicológica da

paciente e seu companheiro. Este aspecto pode influenciar a procura pelo serviço de saúde específico para tratamento da vaginose.

3.2.3 Ações de autocuidado com a saúde sexual

Esta subcategoria é constituída pelas ações de autocuidado apontadas pelas participantes para a manutenção de sua saúde sexual. Dentre os comportamentos e atitudes apresentados como ações satisfatórias para a promoção da saúde sexual destacam-se: ir ao médico ginecologista e realizar exames periodicamente.

Vou sempre ao ginecologista, sempre faço os tratamentos que o ginecologista me passa. (P1)

E se for para assunto ginecológico eu vou nas datas certas. (P2)

Vou ao médico uma vez por ano. (P3)

Eu vou [ao ginecologista] umas duas vezes ao ano. (P8)

Eu estava quase nunca, mas agora eu estou indo mais direitinho, né. Eu fiz essa[consulta], pretendo ano que vem continuar, né. De um ano em ano a gente vai e faz. Embora quem faça essa cirurgia [histerectomia] não precisa ser todo ano, né. Mas eu pretendo ser de ano em ano. Uma vez a cada ano. (P9)

O comportamento adotado pelas participantes de acompanhamento periódico para rastreamento do câncer vai ao encontro as proposições do Ministério da Saúde e revela um contingente de mulheres que realizam controle além do recomendado pelas diretrizes nacionais e outro, que não realiza controle. Reforça-se que a periodicidade dos exames como rotina, auxilia no diagnóstico precoce de doenças ginecológicas ou alterações benignas e malignas, que muitas vezes levariam anos para os sintomas aparecerem (AGUILLAR; SOARES, 2015).

De acordo com a pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Ginecologia (Frebrasgo), que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa, investigou 1089 mulheres de 16 anos ou mais, pertencentes a todas as classes econômicas, em 129 municípios de todas as regiões do país. O estudo evidenciou que a maior parte das brasileiras (76%) buscou o ginecologista no último ano. Dentre elas, seis em cada 10 foram atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse hábito é mais comum entre as moradoras de regiões

metropolitanas da região Sudeste e cresce conforme aumentam a escolaridade e o poder aquisitivo e 54% das pacientes procuram o médico para fazer prevenção (MARTINS, 2019).

A ação de autocuidado “realização de exames periódicos” emerge como outra ação satisfatória de promoção e do autocuidado para a saúde sexual das participantes. A realização de consultas preventivas consiste em ações para a promoção da saúde sexual direcionados para a realização dos exames preventivos. É perceptível a variação que ocorre entre a periodicidade da realização do exame Papanicolau. Observa-se nesse contexto, uma preocupação com a prevenção do câncer de colo útero, de mama e com o diagnóstico de IST.

Faço preventivo e mamografia. (P1)

Eu faço meus exames todo ano né... Mas fiz todos exames para as [IST] aí graças a Deus deu tudo negativo. (P2)

Faço preventivo tento ter o controle disso. (P3)

Fazendo os preventivos entendeu. (P6)

Mantendo os exames em dia, é tá conversando a respeito. (P7)

E essa semana, a semana passada eu fiz o preventivo, mas eu estava bem relaxada, por conta de ter feito o... a histerectomia, então eu, né, aí descansei. (P9)

Percebe-se por meio dos seus discursos que as participantes têm o conhecimento sobre alguns tipos de exames como forma de prevenção e promoção da saúde, especialmente Papanicolau e mamografia como forma de promoção para a saúde sexual. Estudo resultados de origem brasileira, evidenciam alta valorização do Papanicolau, que é realizado como parte de exames de rotina, além disto destacam ainda as questões da acessibilidade aos serviços de saúde e da qualidade destes, bem como outros fatores que interferem na forma como essas mulheres significam a prevenção do câncer do colo do útero. A realização continuada do Papanicolau faz parte da construção da feminilidade, que é associada com maturidade e responsabilidade pessoal pelo cuidado de si em um contexto de medicalização do corpo feminino (RICO; IRIART, 2013).

As ações de integralidade se expressa pela atenção à saúde dos usuários, sob a ótica da clínica ampliada, com a oferta de cuidado à pessoa, e não apenas a seu adoecimento. Isso inclui também a prestação de cuidados abrangentes, que compreendem desde a promoção da saúde, a prevenção primária, o rastreamento e a detecção precoce de doenças até a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária (BRASIL, 2016).

Isto é, o alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe a superação da restrição do cuidado às mulheres a ações programáticas por meio do desenvolvimento de

ações abrangentes de saúde e de acordo com as necessidades de saúde das usuárias. De acordo com o Ministério da Saúde a assistência ginecológica, deve compreender o conjunto de ações e procedimentos voltados à identificação, diagnóstico e tratamento imediato de patologias, tais como IST e o câncer de colo do útero e de mama, bem como a orientação sobre planejamento reprodutivo e outros agravos a saúde da mulher (BRASIL, 2016).

Outra ação de cuidado foi o “Uso anticoncepcional” e “Laqueadura das trompas” que aparece como prioridades das participantes na prevenção da gravidez.

Nota-se que a maioria das participantes busca por assistência ginecológica basicamente para o planejamento reprodutivo e realização dos exames.

No que diz respeito a prevenção da gravidez, as participantes foram unânimes em mencionar que começaram a utilizar pílula no início da vida sexual, principalmente pela facilidade e praticidade do uso. Esse ponto é mencionado, principalmente, pelas mulheres que trocaram a pílula por outro método nesse caso apenas uma das participantes optou pelo método injetável. Na percepção das participantes a forma ainda mais segura no cuidado da saúde sexual e reprodutiva é a utilização de métodos contraceptivos, como descrevem os discursos abaixo:

Somente o anticoncepcional injetável. (P1)

Foi evitar filhos tomar anticoncepcional e assim mesmo ainda tive três. (P2)

Mais fácil de utilizar foi o anticoncepcional oral. (P3)

Escutando você falar nem me, assim eu só tomei meu anticoncepcional e acabou. (P4)

Tomava anticoncepcional! Para não engravidar. (P6)

E o anticoncepcional [Nordette]. (P8)

Os direitos sexuais e reprodutivos estão intimamente ligados com o Planejamento Familiar (PF), cuja regulamentação se deu no Brasil pela Lei nº 9263/96, que define o PF como o conjunto de ações para regulação da fecundidade de maneira igualitária à mulher, ao homem ou ao casal. Atualmente a nomenclatura PF está sendo substituída por Planejamento Reprodutivo (PR), tendo em vista que este é um direito de homens e mulheres a ter acesso às ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva independente da união sexual, vida sexual ou familiar.

De acordo com Santos *et al.* (2019), o planejamento reprodutivo consiste no direito à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e

conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a preferência pelo método anticoncepcional mais adequado, são opções que o casal deve ter, pois devem ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. As concepções de direitos sexuais e reprodutivos, que estão constituídas dentro da promoção da saúde sexual e reprodutiva, foram construídas recentemente, sendo inseridas na concepção dos direitos humanos, apresentando-se como frutos de intensas reflexões acerca dos direitos coletivos e individuais.

Assim, o profissional de saúde tem um relevante papel no auxílio à escolha livre e informada a fim de preservar os direitos sexuais e reprodutivos conquistados na Conferência do Cairo e Beijing em 1994 e 1995 respectivamente. O planejamento reprodutivo confere autonomia para as mulheres como escolha de querer ou não ter filhos e quando tê-los. Esta proposição está referenciada pelas Políticas de Promoção da Saúde no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens, no sentido de garantir e respeitar a participação e a liberdade de escolha a eles relacionada, como, por exemplo, do método contraceptivo que lhe seja oportuno (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2018).

Entretanto, a oferta pela rede pública não permite este direito de escolha. Associado ao conjunto de ações que permitem proporcionar direitos iguais de constituição, pelo casal, trata-se não só da oferta de métodos e técnicas para a concepção e a contracepção, mas também da disponibilização de informações e de acompanhamento periódico. Mesmo com a predominância de mulheres na demanda pelos grupos de planejamento familiar, não é garantido que elas sejam os agentes principais ou exclusivos da escolha do método contraceptivo. O Planejamento Reprodutivo é uma estratégia importante para a garantia do exercício dos direitos reprodutivos de forma saudável e responsável.

À prevenção da gravidez, surge como outra ação de autocuidado a “Laqueadura das trompas”. Ela emerge na fala de quatro participantes que utilizam a pílula anticoncepcional como forma de prevenção contra gravidez e fizeram opção pela laqueadura como método definitivo de prevenção da gravidez.

Os motivos foram relacionados à complicação nas gestações anteriores ou por não se adaptarem com a pílula ou não conseguirem negociar com o companheiro o uso do preservativo contínuo como método.

Tanto é que no meu terceiro filho eu liguei fiz ligadura das trompas e não tive mais filho. (P2)

E fiz ligadura de trompas. Liguei com 27 anos. (P4)

Hoje não uso porque sou ligada. (P3)

É, as trompas eu liguei há 14 anos, vai fazer 14 anos que eu ligue. Gravidez de alto risco, logo corri pra fazer a laqueadura, porque na hora poderia o neném nascer e eu não sobreviver, por causa da pressão né, esses problemas todos e 4 já é o limite né, minha filha quer ligar, eu falei, você é muito nova, eles não vão te ligar com 22 anos. (P8)

No que diz respeito ainda à indicação de ações de cuidado, destacou-se também nas falas das participantes realizar tratamento ginecológico. As participantes compreendem a importância da realização do tratamento na medida em que apresentem algum sinal e ou sintoma de anormalidade, como uma ação de autocuidado para a saúde sexual.

E o que sempre acusa é aquela gardnerella que faço tratamento. Mas graças a Deus nada sério só gardnerella. (P1)

Eles passam comprimido para tomar eu e meu marido, esse ano ainda não tá na data de repetir os exames. (P2)

Aí sempre uma vez por mês eu ia lá tomava injeção e usava o talssutin (Creme Vaginal) já prevenindo para que eu não viesse ter entendeu, tipo assim foi uma coisa que eu fixei na minha mente que eu tinha que imitar a ela [mãe]. (P6)

Não, eu... para dizer que não, eu andei tomando. Não, tomando não. Tô fazendo a auriculoterapia. [sintomas da menopausa] Fiquei tomando esses chás aí de amora, não sei o que, não sei o que. (P9)

Percebe-se, nesses depoimentos, que culturalmente se recorre à visão de mundo e aprendizados originados na família como influência para o cuidado com a saúde sexual. Medicamentos são importantes bens sociais. Sua utilização pela população brasileira é alta e influenciada por vários fatores. Soma-se a esses aspectos, a veiculação de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia, a presença da farmacinha caseira nos domicílios e a crença de que os medicamentos resolvem tudo, constituindo fatores importantes para a prática da automedicação. A automedicação está relacionada como a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão de um médico ou dentista, é um fenômeno mundial. A prática é adotada mais pelas mulheres em relação aos homens (ARRAIS *et al.*, 2016; MATOS *et al.*, 2018).

Matos *et al.* (2018) referem que os riscos da automedicação para o indivíduo são o atraso no diagnóstico ou o diagnóstico incorreto, devido ao mascaramento dos sintomas, possibilitando o agravamento do distúrbio; a escolha do medicamento inadequado; a administração incorreta, dosagem inadequada e uso excessivamente curto ou prolongado do medicamento; a dependência; a possibilidade da ocorrência de efeitos indesejados graves; o desconhecimento das interações com outros medicamentos; reações alérgicas, intoxicações; e,

ainda, o armazenamento incorreto e uso do medicamento fora de seu prazo de validade. Além do impacto sobre a vida humana, as reações adversas a medicamentos também influenciam significativamente nos custos despendidos com saúde.

Como forma de tratamento para as condições apresentada por algumas das participantes, surge em seus discursos o uso das práticas integrativas, que são comumente utilizadas por mulheres nessa fase para reposição dos hormônios, o que demonstra a relevância das práticas alternativas como estratégia para o alívio dos sintomas, melhora e compreensão dessa fase como constituinte e integrante do seu ciclo de vida (ROCHA; PEREIRA; CARNEIRO, 2018).

De acordo com Rocha *et al.* (2018), o climatério é a fase da vida em que ocorre a transição do período produtivo ou fértil para o não reprodutivo, devido à diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários. É um mecanismo interessante, pois a sexualidade ganha prioridades em relação à reprodução; enquanto a menopausa é um evento dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher. O climatério e a menopausa estão intrinsecamente ligados, ocorrendo em determinada fase na vida feminina, podendo trazer várias alterações, tanto psicológicas como fisiológicas.

A utilização de plantas medicinais é uma ferramenta importante para profissionais de saúde, usuários, pesquisadores e gestores, o que levou o Ministério da Saúde a criar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Posteriormente, também foram criados a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (ROCHA; PEREIRA; CARNEIRO, 2018).

O “cuidado com o corpo” emergiu nas falas das educadoras sociais como estratégia de autocuidado com a saúde sexual. Sabendo-se que a higiene é uma forma de prevenção de doenças e promoção saúde, para alguns participantes a higiene íntima é considerada importante para manutenção da saúde sexual, conforme as falas a seguir.

Então, sempre falam para gente usar um sabonete neutro para lavar as partes íntimas [...]. No geral, a higiene que é um cuidado também. (P3)

Higiene São essas já relatadas da higiene. Não faço mais nada além da higiene pessoal. (P7)

Os hábitos [de vida] são saúde, higiene, até esqueci de falar. (P8)

[...] é as outras partes mandavam usar sabonete o íntimo só isso remédio nunca passava porque não precisava, nem aquelas pomadas. (P10)

A importância da higiene para a saúde das mulheres se destaca para além dos cuidados comuns relacionados às mãos, pele, boca e outros, devido à complexa anatomia genital feminina e a disponibilidade desmesurada de artigos para a higiene íntima disponíveis hoje.

De acordo com Surber, Elsner e Farage (2011), existem hoje uma grande variedade de produtos usados por mulheres na área genital e, portanto, que entram em contato com a mucosa genital. A maior categoria desses produtos é utilizada para limpeza e controle de odores, como sabonetes, duchas, toalhetes e toalhetes umedecidos, pó de limpeza e sprays de desodorantes. Uma segunda grande categoria de produtos são aqueles destinados a absorver fluidos, como produtos usados para proteção menstrual (tampões, almofadas e forros de calcinha) e proteção contra incontinência. Lubrificantes e hidratantes e produtos estéticos (produtos para depilação e corantes) também são bastante comuns.

Além disso, medicamentos de balcão estão agora disponíveis para o tratamento de infecções por fungos. O microbiota vaginal influencia a qualidade de vida e a saúde. A composição da microbiota vaginal pode ser afetada por vários comportamentos de saúde, como ducha vaginal. De acordo com o comportamento do indivíduo pode influenciar a saúde e higiene vaginal/genital e o impacto desses comportamentos na saúde das mulheres, o uso de produtos caseiros e fabricados comercialmente para a saúde e higiene vaginal genital é comum (SURBER; ELSNER; FARAGE, 2011).

Outro destaque que emergiu dos depoimentos como uma ação de cuidado foi a condição de monogamia. As educadoras verbalizaram que manter relacionamento com um único parceiro sexual, desde a primeira experiência sexual, é estratégia para prevenção de IST. Desta forma não se preocupariam em utilizar proteção contra IST pois acreditam na fidelidade do parceiro.

Não ter outro parceiro, porque só tenho ele. Então, se também pegar [IST] então não vai dizer a culpa foi sua. (P1)

Com as informações que eu obtive eu botei logo na minha mente eu tive poucas pessoas entendeu, eu escolhi um companheiro para mim tanto é que eu com 22 anos eu me casei. (P6)

Mais o que eu faço é não ter outro parceiro. No momento, como eu só tenho ele, não se preocupo com isso né, mas... (P9)

Ao enfatizar a fidelidade ao seu companheiro, não percebem a necessidade em utilizar o preservativo. No entanto, ao falar do companheiro, colocam em questão a possibilidade de uma relação extraconjugal. Seus discursos confirmam um papel secundário na vivência da sexualidade e no cuidado com a saúde.

Nas concepções de Vaghetti *et al.* (2007), a constituição da família patriarcal e o casamento monogâmico inauguram o domínio da História escrita e o início da civilização, coincidindo com o antagonismo entre o homem e a mulher na monogamia. A monogamia visava, sobretudo, a prevalência do homem na família e a certeza da origem dos filhos dessa relação para que pudessem herdar seus bens, apesar do adultério e da prostituição vigentes. Desse modo, o casamento monogâmico surgiu de causas eminentemente econômicas e não fruto do amor sexual individual.

O padrão mais aceito para as relações amorosas na cultura ocidental continua sendo a monogamia. A pessoa que, estando em compromisso amoroso com alguém e mantém relações sexuais fora desse relacionamento, geralmente é considerada traidora e infiel. Cabe ressaltar que a feminização da Aids está relacionada a mulheres “monogâmicas, não usuárias de drogas injetáveis e as dependentes econômica e emocionalmente de seus companheiros, e sem poder de decisão quanto ao uso do preservativo, associado a não realização de exames preventivos anual. por quaisquer motivos, fator que tem refletido na saúde sexual das mulheres nessa condição (VAGHETTI *et al.*, 2007).

Observa-se que, apesar de as participantes compreenderem a importância dos cuidados com a saúde sexual, emergiram nas suas falas ações insatisfatórias de autocuidado com a saúde sexual. “Não prevenção de IST” e “Não ir ao ginecologista”.

Transar com camisinha, nunca usei camisinha. (P6)

Não, não uso proteção. (P9)

A prevenção por meio do uso de preservativos, ainda é a conduta mais eficaz no combate a IST. O preservativo ainda é o recurso disponível gratuitamente nas unidades básica de saúde, sendo indicado como método de proteção contra a infecção sexualmente transmissível e também da gravidez não intencional. Contudo, é comum nos depararmos com práticas de adoção de comportamentos de risco devido as resistências quanto ao seu uso por parte de ambos os sexos.

Os motivos e justificativas para o não uso dos preservativos são inúmeros, indo desde a dificuldade de negociação com o parceiro até a ignorância sobre sua importância. Isso pode ser constatado na fala de uma das participantes, que por desconhecimento justifica a não utilização do preservativo, por se sentir segura com a prática de realização de exames de rastreamento de doação de sangue como forma segurança para a prática de sexo seguro.

A prática de realização de rastreamento através de exames não é segura pois alguns exames não detectam algumas doenças por um período, logo após a pessoa adquiri-las, são as janelas imunológicas. Logo, existe a possibilidade de o sangue estar contaminado e o teste apresentar resultado negativo (falso negativo). Esse tipo de resultado ocorre, geralmente, no teste de indivíduos que foram infectados recentemente e estão no período denominado de janela imunológica.

Também pode haver situações onde os exames não poderão ser realizados por inadequação das amostras. Outro ponto importante refere-se à infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV), principal causa do desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical (lesões precursoras) e do câncer do colo uterino. Estima-se que haja 200 genótipos do HPV, 18 dos quais intimamente relacionados com o desenvolvimento do câncer, com destaque para os genótipos 16 e 18, responsáveis por 90% dos casos (CARVALHO; PINTO; SANTOS, 2018). Nesse contexto, trata-se de doença invisível e sensível às ações de Atenção Básica, visto que as tecnologias para o controle diagnóstico e tratamento de lesões precursoras já estão estabelecidas e permitem a cura em aproximadamente 100% dos casos detectados nas fases iniciais (CARVALHO; PINTO; SANTOS, 2018). Além desses agravos, estima-se também aproximadamente que 71 milhões de pessoas estejam infectadas pelo vírus da hepatite C (HCV) em todo o mundo e que cerca de 400 mil vão a óbito, anualmente, devido a complicações dessa doença, principalmente por cirrose e carcinoma hepatocelular (WHO, 2017). Desse quantitativo 57% dos casos de cirrose hepática e 78% dos casos de câncer primário do fígado estejam associados à infecção pelos vírus das hepatites B e C (WHO, 2017).

A transmissão da hepatite C ocorre principalmente por via parenteral, por meio do contato com sangue contaminado. Contudo, outros mecanismos de transmissão são igualmente importantes e de modo geral, sobretudo, entre indivíduos com múltiplas parcerias sexuais e práticas sexuais sem proteção. Dessa forma quando a participante se apoia nos rastreamentos de exames para doação de sangue coloca-se em risco a sua saúde sexual e do parceiro.

Hoje nada! Utilizei somente pílula. Porém durante um período porque eu sou doadora né, eu sou doadora de sangue e tal aí a pessoa também por ver isso a pessoa também fazia exame aquela coisa toda aí a gente começa a transar sem camisinha. Mas posso pegar uma doença, por conta de não usar a camisinha. (P3)

Olha ele [o parceiro] usou por um ano depois não quis usar mais não. (P10)

As infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um sério impacto na saúde reprodutiva das mulheres, já que podem causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo uterino, gravidez ectópica, infecções puerperais e recém-nascidos com baixo peso, além de interferir negativamente sobre a autoestima. Mesmo a prevenção sendo acessível e de fácil manipulação, ainda assim existem casos de doenças sexualmente transmissíveis pelo não uso de preservativos (TABET *et al.*, 2015). Nas últimas décadas, mesmo havendo mudanças sociais e culturais significativas no âmbito da sexualidade, continua sendo tratada como uma atividade de risco, associada, quase sempre as IST e gravidez não intencional. Compreende-se, portanto, que o uso correto e frequente do preservativo constitui método seguro de prevenção de IST e está diretamente relacionado ao conhecimento, à atitude e à prática, ou seja, ao que as pessoas sabem, sentem e como se comportam a respeito das IST (SOUSA *et al.*, 2011).

Outro ponto de destacado refere-se a fala da Participante 10, onde a negociação do uso do preservativo entre a mulher e seu parceiro ainda é apresentada como uma habilidade pessoal complexa, que necessita de uma estratégia de educação em saúde culturalmente direcionada.

Autores afirmam que as conquistas femininas na sociedade ainda contrastam com a inabilidade da mulher na negociação do uso do preservativo com seu parceiro (SOUSA *et al.*, 2011). Porém, ainda há mulheres que têm práticas sexuais desprotegidas, e, em sua maioria, são casadas.

Para Nogueira *et al.* (2018), na atualidade as mulheres ainda encontram dificuldade de negociar, durante a relação, o uso do preservativo com seus parceiros. Nesse sentido há de pensar nas questões de gênero como forte determinante no desenvolvimento da autonomia, da consciência da mulher acerca do poder.

Nas concepções de Louro (2013), em uma sociedade patriarcal como a brasileira, as questões de gênero estão historicamente e culturalmente construídas sob o entendimento dicotômico e polarizado acerca dos papéis sociais do homem e da mulher, em que estes se relacionam de acordo com uma “lógica” de dominação e submissão, cabendo ao homem o papel de dominador e à mulher o de dominada.

Martins (2013) refere que o uso de preservativo requer um tipo de negociação entre os parceiros que, por vezes, a mulher não se sente empoderada a propor, expondo-a à vulnerabilidade e ao comportamento de risco. É neste sentido que a mulheres que tenha dificuldade em negociar o uso do preservativo prefere adotar como prática de cuidado na

prevenção de uma IST o vínculo sexual com um único parceiro, a fim de diminuir a possibilidade de ocorrência de contaminações por IST.

Entre as medidas mais eficazes de controle e combate à prevenção a IST, a melhor é o estímulo do uso correto e frequente de preservativo durante as relações sexuais, pois um estudo realizado Madureira e Trentini (2008), descreve que existe uma limitação desse método e a dependência do uso pelo parceiro. Outro estudo de Lima *et al.* (2017) mostra que, em relacionamentos conjugais, o sexo seguro e a prevenção de doenças não estão ligados ao uso do preservativo, mas à confiança, à cumplicidade, à fidelidade, ao diálogo, ao companheirismo existente no casal e à qualidade da vida sexual, dispensando o uso do preservativo.

Os motivos relacionados à cultura e à confiabilidade, na perspectiva do não uso do preservativo e o não envolvimento do parceiro no tratamento caracterizam-se como entraves para o controle das IST. Afirma-se, ainda, a necessidade de um trabalho preventivo e de promoção da saúde para minimizar esse agravo na população.

A literatura descreve que tais comportamentos e relatos devem-se ao fato de o preservativo ainda ser percebido como um objeto que interfere no relacionamento, indicando que a interrupção da atividade sexual para sua colocação pode significar redução do prazer e da espontaneidade da relação.

Ao verbalizarem que não vão ao ginecologista demonstram uma fragilidade na promoção de sua saúde sexual, considerando as estimativas referentes às morbidades por IST/Aids, Câncer de mama e ginecológico.

Olha, tem bastante tempo, 8 anos que eu já havia feito. (P9)

Já tem um bom tempo que não faço exame de nada nem ginecológico. (10)

A consulta ginecológica é uma estratégia na promoção da saúde sexual das mulheres. Nota-se que tais atitudes podem estar relacionadas subjetivamente com a cultura, os valores, as crenças, as experiências vividas e com a influência familiar de como essas mulheres aprenderam a cuidar da sua saúde sexual. Entende-se, assim, que a forma de ser e sentir faz parte da construção da percepção de mundo que cada indivíduo.

Não procuro mais [assistência ginecológica] porque vou no ginecologista e não tem nada visualizado. Agora eu nem procuro mais. (P4)

Eu agora, eu até parei, tem que partir para os particulares. Porque tá complicado, você marca e não consegue. (P8)

Olha, tem bastante tempo, oito anos que eu já havia feito. (P9)

Já tem muito tempo que eu não faço, não tem nada não mais é bom fazer né já tem um bom tempo que não faço exame de nada nem ginecológico. (P10)

O câncer do colo uterino é considerado um importante problema de saúde pública. Para Aguillar e Soares (2015), apesar de o câncer de colo uterino apresentar altos potenciais de prevenção por meio do rastreio oportunístico, ainda existem mulheres que desenvolvem e morrem por este tipo de câncer no Brasil, pelo fato de desconhecerem a finalidade do Papanicolau. Ao desconhecerem a importância de realizar o exame, as mulheres tendem a não associá-lo a uma prática de saúde.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020), no Brasil, o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no país. Em 2020, foram estimados 66.280 29,7% de casos novos. A incidência da doença aumenta em mulheres a partir dos 40 anos. Abaixo dessa faixa etária, a ocorrência da doença é menor, bem como sua mortalidade, tendo ocorrido menos de 10 óbitos a cada 100 mil mulheres. Já a partir dos 60 anos o risco é 10 vezes maior (BRASIL, 2020).

Em relação às IST, conforme dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (2020), cada dia, há mais de 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos). Isso equivale a mais de 376 milhões de novos casos anuais de quatro infecções clamídia, gonorreia, tricomoníase e sífilis.

De acordo com Martins (2019), no estudo realizado pela Febrasgo evidenciou que 20% das entrevistadas não comparecem aos consultórios com frequência ou nunca agendaram uma conversa com o ginecologista, ou só fizeram uma vez ou outra. Além disso, 4% não se lembram se foram ou não ao especialista. Entre as que nunca foram ou não costumam ir ao ginecologista, as principais razões foram: não vão porque se consideram saudáveis (31%); não acham importante (22%); não possuem acesso ao médico ginecologista ou não há ginecologista perto de onde moram (12%).

De acordo com Aguillar e Soares (2015), existe uma multifatorialidade de elementos limitantes para a realização do Papanicolau vinculados ao conhecimento insuficiente, crenças e tabus das mulheres, falta de atitude das mesmas, sentimentos negativos, como medo e constrangimento, inserção no mercado de trabalho, assim como aspectos relacionados aos serviços de saúde.

Considerando que faixa etária de 35 a 49 anos ocorre maior número de casos positivos de câncer do colo do útero, a não realização do exame, por parte das mulheres elegíveis,

obstaculiza ações de saúde de caráter promotor, preventivo e assistencial visando ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado (AGUILLAR; SOARES, 2015).

Tal situação concorre para o diagnóstico do câncer cérvico-uterino em estágios avançados, com menor sobrevida média quando comparada a dos países desenvolvidos. As diretrizes brasileiras do rastreamento do Câncer de colo de útero são referidas pelo Ministério da Saúde, consistem na repetição do Papanicolau a cada três anos, após dois exames normais consecutivos realizados em um intervalo de um ano. Apesar das recomendações, a prática comum é o exame anual (BRASIL, 2019). Dessa forma, evidencia-se a importância da periodicidade da consulta preventiva como ações de autocuidado para a saúde sexual contribuirá para o monitoramento dos agravos à saúde sexual das educadoras sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ao propor analisar a percepção de saúde sexual das profissionais educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes traz à luz realidades pouco discutidas e de impacto social não só relativas às educadoras, mas também sobre a saúde de adolescentes em situação de acolhimento, os quais possuem a marca da exclusão social.

A saúde sexual por si só, é temática mediada por inúmeras subjetividades, crenças, valores, atitudes e comportamentos, influenciados culturalmente e historicamente. Ao se estudar as educadoras sociais é possível associar os diversos fatores socioculturais que permeiam a realidade dessas mulheres no âmbito da saúde sexual e a possível influência de suas atitudes e comportamentos sobre a prática de cuidado aos adolescentes em situação de acolhimento.

A caracterização dos fatores socioculturais permitiu identificar que nos equipamentos do município pesquisado a maioria dos profissionais educadores são do sexo feminino, em idade reprodutiva, evangélicas e com ensino médio alinhado a NOB/RH/SUAS. Algumas com tempo de atuação na instituição maior que dez anos.

Quanto a compreensão sobre sua saúde sexual, verificou-se que, para as participantes, o conceito de saúde sexual está ligado as questões referentes às suas relações afetivas íntimas, centrada na escolha do parceiro e na estabilidade dos relacionamentos estáveis. O que lhes conferem o bem estar geral.

Trazem um conceito ampliando de saúde sexual, que ultrapassa o biológico, mas mantém a relação direta com a sexualidade. No entanto, não fazem associação com prazer sexual. A compreensão do conceito de sexualidade pelas participantes do estudo demonstra que está fortemente associada aos padrões normativos aprendidos na família.

Para as educadoras, pensar a sexualidade está diretamente relacionado aos comportamentos nas relações afetivas íntimas. Estas são percebidas a partir de princípios oriundos da educação familiar, que geralmente são permeadas por tabus e padrões sociais, indicando uma visão ainda restrita a respeito do significado da sexualidade. Reconhecem a importância de abordar a temática sexualidade na família, principalmente na adolescência. Porém, reproduzem discurso normativo em função da influência da convivência do meio externo a igreja, a família, o trabalho e a sociedade.

Evidenciou-se que as educadoras sexuais percebem-se saudáveis dentro da perspectiva do que é saúde sexual, tendo por base o fato da inexistência de doenças sexuais, deve-se também ao fato de terem saúde sexual satisfatória no momento atual de suas vidas e por não

terem realizado cirurgia ou tratamento ginecológico. Além disso, demonstram a associação com a saúde física e mental relacionada com a imagem corporal positiva gerando a autoestima, um dos fatores preditivos para a qualidade de vida.

As educadoras apontam a importância do sexo protegido e da frequência das consultas periódicas ao ginecologista para manutenção da saúde sexual. Entretanto, ao se perceberem saudáveis, com vida sexual ativa, com um único parceiro, não se sentem vulneráveis as IST, e dessa forma, fragilizam-se quanto as ações promotoras de sua saúde sexual.

As mulheres desta pesquisa acreditam no amor romântico e confiam em seus parceiros a ponto de dispensarem o uso da camisinha como demonstração de confiança. Também, apontam a confiança depositada na condição de ter um parceiro fixo, o que permite não necessitar do preservativo. Elas não identificam possíveis riscos, por estarem em uma relação monogâmica.

Algumas mulheres identificam o risco da não utilização de preservativos, mas, nesses casos referem a dificuldade na negociação do uso dos preservativos, referem inclusive ao falar do companheiro, da possibilidade de uma relação extraconjugal. Em seus discursos confirmam que assumem um papel secundário na vivência da sexualidade e no cuidado com a saúde influenciado pelas questões de gênero.

Essas atitudes e situações, por conseguinte, contribuem para uma maior vulnerabilidade às IST, o que indica a necessidade de se desenvolver ações estratégicas de promoção da saúde sexual das educadoras.

Quanto a percepção sobre a condição de saúde sexual atual, adotam comportamentos mais biologicista. Nessa perspectiva apresentaram uma visão dando ênfase à saúde sexual como ausência de doenças e ou a busca pela consulta com o profissional de referência.

Evidenciou-se também a percepção delas sobre a condição afetada da saúde sexual, caracterizada por apresentarem algumas condições que afetam a sua saúde sexual, e interferem na qualidade e desempenho seu sexual.

A percepção sobre as ações de autocuidado desenvolvidas pelas educadoras sociais baseia-se na realização de consultas preventivas direcionados para a realização dos exames preventivos e da realização do exame Papanicolau e planejamento reprodutivo. Nota-se que na concepção delas, essas ações são consistentes para a promoção da saúde sexual. Entretanto, ficou explicito a não periodicidade das consultas e os motivos que pontuais (em casos de morbidades) que levam a realização da busca por acompanhamento médico. Logo, demonstram uma fragilidade na promoção de sua saúde sexual num âmbito ampliado (biológico, social e psicológico) e, em particular, considerando as estimativas referentes às

morbidades por IST/Aids, câncer de mama e ginecológico, alterações hormonais e as queixas sexuais.

Considerando que as profissionais educadoras sociais das unidades de acolhimento pesquisada constituem a principal referência para a saúde dos adolescentes em situação de acolhimento, a realidade observada sobre a saúde sexual das educadoras nos faz refletir o quanto essas mulheres podem expressar em seus cuidados um pouco de suas vidas.

As influências que exercem sobre os jovens por lidarem diretamente com as questões do cotidiano, passam a serem vistos como referência dentro da instituição de acolhimento e ao estabelecerem o cuidado subjetivo no cotidiano com os adolescentes podem inferir seus conceitos e visão de mundo sobre a promoção da saúde sexual.

Nesse sentido, a importância em se promover ações educativas sobre saúde sexual no interior das unidades de acolhimento, tanto para as educadoras quanto para as adolescentes, pode auxiliar na desconstrução de mitos, tabus e preconceitos em relação à saúde sexual e permitir o autocuidado das mesmas.

Tais ações parecem-nos alternativas viáveis possíveis, que permitiriam mudanças de atitudes comportamentais das educadoras sociais na promoção de sua saúde sexual. E que certamente refletiria positivamente no autocuidado e nas práticas junto aos adolescentes em situação de acolhimento.

Destaca-se a importância da realização de cursos de capacitação e atualização sobre as temáticas que promovam saúde, em particular sobre saúde sexual e reprodutiva, visto ainda a magnitude de problemas relativos a essa temática, como as IST, violências, gravidezes indesejadas, a baixa autoestima e tantas outras situações relacionadas a saúde da população feminina.

Embora as políticas públicas tenham ampliado as discussões sobre gênero e grupo vulnerável e vem apontando como espaços favoráveis para o desenvolvimento das ações educativas as unidades básicas de saúde e as escolas, a cobertura às adolescentes em situação de acolhimento institucional ainda é invisível. Incluir as unidades de acolhimento institucional como espaços favoráveis para as ações educativas, trabalhar as questões referentes a cidadania e os direitos humanos, desenvolver, com essas educadoras sociais, equipe técnica e os adolescentes, muito poderá contribuir para o empoderamento pessoal e profissional dessas profissionais e conseqüentemente, favorecer numa prática de cuidado diferenciada aos adolescentes.

Diante da realidade constatada, entendemos que o profissional educador social deve, possuir uma formação específica não só nos aspectos relacionados a educação formal, mas

também aos aspectos referentes as questões sociais, culturais, de gênero e também de saúde, ou seja, questões referentes aos direitos sociais, sexuais, de cidadania. As capacitações devem considerar o cotidiano vivido por esses profissionais junto aos adolescentes, os quais se encontram numa faixa etária de inúmeras transformações, dúvidas e incertezas. Mas também considerar seu cotidiano pessoal, onde geralmente essas mulheres pouco possuem acesso à informações e mesmo oportunidade de cuidado a sua saúde sexual.

Trabalhar temáticas como o prazer, os desejos sexuais, a opção sexual e o reconhecimento do próprio corpo construirão bases para um empoderamento como multiplicadores de conhecimento acerca da saúde sexual. Dessa forma, que a informação possa ser transformada em ações no âmbito das unidades de acolhimento institucional, estimulando esses educadores e adolescentes em situação de acolhimento a refletirem sobre sua sexualidade, com autonomia e responsabilidade para uma vivência saudável e feliz. Entretanto, sabemos que falar de sexualidade nem sempre é fácil, como vimos nos discursos, mas, diante da necessidade de evidente mudança de comportamento se faz necessária à abordagem.

A enfermagem diante de toda essa realidade tem papel relevante, considerando principalmente, sua função educadora e de promotora de saúde. A enfermagem, mesmo não estando no interior de grande parte das unidades de acolhimento, exercem ações prioritárias ao atenderem essa população nas unidades de saúde. A identificação da clientela não deve ser apenas um item de uma anamnese, mas oferecer a caracterização das pessoas e indicar suas possíveis necessidades.

Cabe a nós, profissionais de saúde, refletir por ações que possam ser construídas a partir de pesquisas sobre essas populações mais vulneráveis. Logo, as universidades, através de seus currículos, seus projetos de extensão, bem como outras pesquisas, possuem papel determinante na transformação de realidades das pessoas, como a das unidades de acolhimento, realidades que indicam dados de morbimortalidade por ineficácia de ações de prevenção e promoção da saúde, em particular da saúde sexual e reprodutiva de mulheres.

Ao final desta pesquisa considera-se que os objetivos foram alcançados e que as questões norteadoras foram respondidas. Entendemos que este estudo seja um estudo inicial acerca da promoção da saúde sexual das educadoras sociais das unidades de acolhimento institucional. Mediante os resultados apreendidos, recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas, com a finalidade de expandir o conhecimento acerca da temática em questão.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, R. M. L. *et al.* Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 529-542, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01172016>. Acesso em: 28 out. 2019.
- AGUIAR, S. F. A. **O meu corpo e eu**: a imagem corporal e a autoestima na adolescência. 2014. 92f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, 2014.
- AGUILLAR, R. P.; SOARES, D. A. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-379, 2015.
- ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, [s.l.], n. 25, jan. 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm. Acesso em: 14 mar. 2019.
- ALVES, J. E. *et al.* Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 215-242, 2017.
- ALVES, J. E. D. Brasil e a diversidade religiosa: evangélicos passam católicos na baixada fluminense. **Eco Debate**, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2012/07/06/brasil-e-a-diversidade-religiosa-evangelicos-passam-catolicos-na-baixada-fluminense-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 28 out. 2019.
- AMARAL, M. A. S. *et al.* Adolescência, gênero e sexualidade: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Contemporânea**, [s.l.], v. 6, n. 1, 2017.
- ANDRADE, S. S. C. *et al.* Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo Papanicolau. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 338-345, fev. 2014.
- ANGONESE, M.; LAGO, M. C. S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 256-270, mar. 2017.
- ARANTES, E. M. M. Santa Casa de Misericórdia. In: JACÓ-VILELA, A. M. (Org.). **Dicionário Histórico de Instituições de Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Imago; Brasília, DF: CFP, 2011. p. 382-385.
- ARAÚJO, J. A. T. **Crianças em acolhimento institucional**: um estudo sobre as práticas de cuidado à luz da teoria bioecológica do desenvolvimento humano. 2019. 193f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2019.

ARAÚJO, R. T. *et al.*, Sexualidade e saúde sexual de adolescentes: interseção de demandas para o cuidado. **R. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e38440, mar. 2019. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38440>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38440>. Acesso em: 28 fev. 2020.

ARRAES, J. Instituto da Mulher Negra Gelédes. Do Portal Fórum. **Nem morena, nem mulata**. 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/nem-morena-nem-mulata/>. Acesso em: 28 out. 2019.

ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, p. 13s, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, N. S.; NAIFF, L. A. M. Capacitação para educadores de abrigo de crianças e adolescentes: identificando representações sociais. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 240-259, jan./mar. 2015.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BAUER, M. *et al.* Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature. **Int. J. Older People Nurs.**, Oxford, v. 2, n. 1, p. 63-68, 2007.

BERGER, M. V. B. Aspectos históricos e educacionais dos abrigos de crianças e adolescentes: a formação do educador e o acompanhamento dos abrigados. **Histedbr online**, Campinas, n. 18, p. 170-185, jun. 2005. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/revis/revis18/art17_18.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

BERNARDI, C. J.; CASTILHO, M. A. A religiosidade como elemento do desenvolvimento humano. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 4, p. 745-756, out./dez. 2016.

BERNARDINO, E. **A sexualidade na terceira idade**: o discurso social do suposto corpo assexuado. 2011. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade do Vale do Ipojuca, Caruaru, 2011. Disponível em: http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/459/1/TCC_II-Edjane.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Em Tese**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 23 jan. 2019.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 25, n. 1, jan./jun. 2017.

BOUFLEUR, D. A. *et al.* **A Influência do padrão estético na autoimagem corporal de adolescentes do gênero feminino.** 2012. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/a-influencia-do-padrao-estetico-na-autoimagem-corporal-de-adolescentes-do-genero-feminino>. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRANDÃO, E. R. *et al.* Os perigos subsumidos na contracepção de emergência. **Horizontes Antropol.**, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 131-161, jan./abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069. Acesso em: 12 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** 2.ed. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer do colo do útero.** Rio de Janeiro: Inca, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2019.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções.** Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional Assistência Social. **Resolução nº 9,** de 15 de abril de 2014. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional Assistência Social. **Orientações Técnicas para Elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) de Crianças e Adolescentes em Serviços de Acolhimento.** Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma operacional básica de recursos humanos do suas NOB-Rh/SUAS**. 2006. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf. Acesso em 10/02/2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. SEDH. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF. 2009a.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações CBO**. 2009b. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaCaracteristicas.jsf>. Acesso em: 07 ago. 2018.

BRILHANTE, A. V. M.; CATRIB, A. M. F. Sexualidade na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10, p. 504-509, out. 2011.

BRITO, C. V.; SOUZA, J. C. Qualidade de vida dos educadores sociais em abrigos de proteção a crianças e adolescentes. **Psicologia Teor. Prát.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 89-100, 2011.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSTORFF, L. A. C. V. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher: revisão integrativa da literatura**. 2010. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

CABRAL, J.; SERAFIM, R. N. V. **Paradigma da proteção integral: o reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e a ruptura com o menorismo**. Trabalho apresentado no Seminário Nacional. Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Santa Cruz do Sul, 2017.

CAMARGO, O. Mídia e o culto à beleza do corpo. **Brasil Escola**. 2013. Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/a-influencia-midia-sobre-os-padroes-beleza.htm>. Acesso em: 14 fev. 2020.

CARDOSO, A.V.; MATIAS, S. M. **Desafios da Reintegração Familiar de Crianças e Adolescentes: reflexões mediante as expressões da questão social**. Teresina: EDUFPI, 2017. 334 p.

CARMO, T. M. A dicotomia existente na prática dos educadores sociais no âmbito do acolhimento institucional: diferenças entre cuidador social e educador social no serviço de acolhimento institucional. **Olhar de professor**, Ponta Grossa, v. 19, n. 1, p. 23-34, 2016.

CARVALHO, C. F. *et al.* Acolhimento institucional: considerações sobre a forma como o cuidado subjetivo se apresenta no cotidiano de trabalho dos educadores sociais. **Aletheia**, Canoas, n. 47-48, p. 51-63, maio/dez. 2015.

CARVALHO, O.; PINTO, R. S. G.; SANTOS, M. S. Conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis por adolescentes de escolas públicas. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-17, 2018.

CASSANHA, L. A. H.; GARCIA, E. S. **De abrigo à casa de acolhimento**: a visão dos Funcionários. Trabalho apresentado no XI Congresso Nacional de Educação, Curitiba, 2013. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2013/pdf/10180_5538.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

CASTEL, R. A nova questão social. In: CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 495-537.

CAVALCANTE, L. I. C. Perfil e trajetória de educadores em instituição de acolhimento infantil. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 146, p. 494-517, maio/ago. 2012.

COELHO, E. A. C. Gênero, Saúde e Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 345-348, maio/jun. 2005.

COHEN, N. A. Quality of care for youths in group homes. **Child welfare**, New York, v. 65, n. 5, p. 481-494, 1985 apud ACIOLI, R. M. L. *et al.* Avaliação dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no Recife. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 529-542, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01172016>. Acesso em: 28 out. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO (Brasil). **Relatório da Infância e Juventude Resolução nº 71/2011**: um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no País. Brasília, DF, 2013. 108 p.

CORRÊA, S. J.; ALVES, E. D.; JANNUZZI, P. M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva**: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Rio de Janeiro: ABEP, 2006.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. C. A. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 631-639, maio/jun. 2011.

COSTA JUNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 97-117, 2016.

COUTINHO E SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2780, 2016.

CREMA, I. L.; DE TILIO, R.; CAMPOS, M. T. A. Repercussões da Menopausa para a Sexualidade de Idosas. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, DF, v. 37, n. 3, p. 753-769, jul./set. 2017.

CUNHA, M. K. M. *et al.* Os significados de saúde na relação sexual para mulheres assistidas pelo SUS na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1099-1110, jun. 2011.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAFLON, V. T.; CARVALHAES, F.; FERES JUNIOR, J. Sentindo na Pele: Percepções de Discriminação Cotidiana de Pretos e Pardos no Brasil. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 293-330, 2017.

DUARTE, T. A. *et al.* Saberes de puérperas sobre o planejamento reprodutivo. **Semina Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 38, n. 2, p. 145-154, jul./dez. 2017. Acesso em: 10 jan. 2019.

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 1993.

ECCARELLI, P. R.; ANDRADE, E. L. O sexual, a sexualidade e suas apresentações na atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 229-250, jun. 2018.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1972.

FALEIROS, V. P. Infância e Adolescência: trabalhar, educar, assistir, proteger. **Ágora**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 1, out. 2004.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física**: conceitos, princípios e aplicações. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Sangramento uterino anormal**. São Paulo: Febrasgo, 2017. Série Orientações e Recomendações, n. 7.

FELIX, F. O. **Violência nas relações afetivas íntimas de adolescentes em situação de acolhimento institucional**: perspectiva dos profissionais cuidadores. 2018. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FERREIRA, S. L.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. **O pensamento feminista e os estudos de gênero**: experiências na Escola de Enfermagem da UFBA. Salvador: EDUFBA: NEIM, 2012. 160 p. Coleção baianas. v.15.

FIGUEIREDO, D. C.; NASCIMENTO, F. S.; RODRIGUES, M. E. Discurso, culto ao corpo e identidade: representações do corpo feminino em revistas brasileiras. **Linguagem em (Dis)curso** – LemD, Tubarão, v. 17, n. 1, p. 67-87, jan./abr. 2017.

FIGUEIREDO, L. G. *et al.* Mulheres casadas e o HIV. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp.2, p. 805-811, dez. 2013.

FONSECA, M. E. M. Religião, mulher, sexo e sexualidade: que discurso é esse? **Paralellus**, Recife, Ano 2, n. 4, p. 213-226, jul./dez. 2011.

FREYRE, G. **Casa-Grande & Senzala**: formação da família brasileira sob regime da economia patriarcal. 21. ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

FURTADO, M. P. *et.al.* Profissionais do acolhimento institucional: a atuação perante a chegada de uma criança. **Mudanças**, São Bernardo do Campo, v. 27, n. 1, p. 11-20, jan./jun. 2019.

GABATZ, R. I. B.; SCHWARTZ, E.; MILBRATH, V. M. Vivências do cuidador institucional no acolhimento infantil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOHN, M. G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: aval. pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 27-38, mar. 2006.

GOMES, N. L. Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade. **Educação Anti-racista**: caminhos abertos pela Lei Federal nº 10.639/03. Brasília, DF, 2005. p. 39-62.

GÓMEZ, C. H. **La construcción sociocultural del amor romántico**. 4. ed. Madri: Editorial Fundamentos, 2011.

GONÇALVES, J. R.; COSTA, R. C. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Rev. JRG Estud. Acad.**, [s.l.], ano II, v. II, n. 4, jan./jun. 2019.

GUALDA, D. M. R. *et al.* O corpo e a saúde da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 320, 2009.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 11. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo>.
<https://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso.html?busca=1&id=1&idnoticia=1028&t=brazil-tem-183-9-milhoes-habitantes-segundo-contagem-populacao-ibge&view=noticia>. Acesso em: 18 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conheça o Brasil**

População: quantidade de homens e mulheres. 2018a. Disponível em:

<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 26 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua**. 2018b. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?edicao=20652>. Acesso em: 18 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD**. 2015. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298887>. Acesso em: 18 jan. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Conceito e Magnitude do câncer de mama. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 18 fev. 2020.

JAQUES, A. E. *et al.* Opinião de acadêmicos de enfermagem sobre o uso de Preservativos. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 18, n. 2, p. 95-100, maio/ago. 2014.

LARA, L. A. S. *et al.* Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 66-74, 2019.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Rev. Latinoam. Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982. Tradução de E. D. Nunes.

LEMO, C. T. Espiritualidade, religiosidade e saúde: uma análise literária. **Caminhos**, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 688-708, maio./ago. 2019.

LEMO, T. D.; BARBALHO, Y. C. M. O.; BONA, V. A contribuição do educador social para o desenvolvimento educativo de crianças e adolescentes em um abrigo do Recife. **Semana Pedagógica**, Recife, v. 1, n. 1, 2018.

LIMA, C. A. G. *et al.* Prevalência e fatores associados a comportamentos de risco à saúde em universitários no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 183-191, 2017.

LOURO, G. **O corpo educado pedagogias da sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LOURO, G. **Corpo, Gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2.ed. São Paulo: EPU, 2013.

MACHADO, L. Z. Feminismos brasileiros nas relações com o Estado. Contexto e incertezas. **Cad. Pagú**, [s.l.], n. 47, 2016.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. From condom use to prevention of STD/AIDS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008.

MAERRAWI, I. E.; KHATER FILHO, J. Família e sexualidade. **Rev. Congresso**, São Paulo, p. 16-19, jun. 2018.

MARCILIO, M. L. A Roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. In: FREITAS, M. C. **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2011. p. 53-79

MARTINEZ, E. A. L. M. Sexo e sexualidade: tabu, polêmica ou conceitos polissêmicos? Reflexões sobre/para a formação de educadores. **Exitus**, Santarém, v. 8, n. 2, p. 273-299, maio/ago. 2018.

MARTINS, L. Reconhecimento nacional. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 131-135, 2019.

MARTINS, V. V. **Saúde sexual de mulheres com estomia na perspectiva da teoria de Nola Pender**. 2013.177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

MASTROIANNI, F. C. *et al.* (Des)acolhimento institucional de crianças e adolescentes: aspectos familiares associados. **Fractal Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 223-233, maio/ago. 2018.

MATOS, J. F. *et al.* Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 76-83, 2018.

MAUÉS, J. Memória, história de vida e subjetividade: perspectivas metodológicas em pesquisas educacionais. **Belém**, [s.l.], ano 4, n. 1, p. 37-45, set. 2003.

MELO, G. C. *et al.* Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 167-175, mar. 2016.

MENDES, V. R.; SANTOS, I. C. J.; COSTA, L. H. R. A saúde da mulher no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos discutidos em periódicos nacionais. **Rev. Norte Mineira Enferm.**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 61-72, 2015.

MENESES, M. O. *et al.* O perfil do comportamento sexual de risco de mulheres Soropositivas para sífilis. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1584-1594, abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade, série manuais acadêmicos. Petrópolis: Vozes, 2016.

MIRANDA, G. L. Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes: feedback effects, inflexões e desafios atuais. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 201-218, mar./abr. 2017.

MONTEIRO, H. M. D. R. **Mulher, trabalho e identidade**: relatos de mulheres em cargos de poder e prestígio sobre suas trajetórias profissionais. 2015. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, 361-367, 2012.

NERY, I. S. *et al.* Abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 287-292, 2015.

NOGUEIRA, F. J. S. *et al.* Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-8, jan./mar. 2018.

NÖRNBERG, M.; MENEZES, M. Práticas de acolhimento em abrigo infanto-juvenil. **Contexto Educ.**, [s.l.], v. 26, n. 85, p. 177-201, jan./jun. 2011.

NUNES, E. C. D. A.; SILVA, L. W.S. A subjetividade de enfermeiros expressando em arte o Significado do cuidado à família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 453-460, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo temático categorial: uma proposta de Sistematização. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, E. L.; REZENDE, J. M.; GONÇALVES, J. P. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. **Ártemis**, [s.l.], v. XXVI, n. 1, p. 303-314, jul./dez. 2018.

OLIVEIRA, G. T. S. **Do lar doméstico ao lar institucional**: a percepção sobre o trabalho na ótica das cuidadoras sociais de casas e lares de Curitiba e região metropolitana. 2017. 156 f. Dissertação (Mestrado em Tecnologia e Sociedade) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

OLIVEIRA, V. C. M. *et al.* A motivação sexual dos adolescentes: influência dos fatores sociodemográficos. **Millenium**, [s.l.], v. 46, p. 197-210, jan./jun. 2014

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Mulheres**. Conferência de Pequim. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher - Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 20 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da População Mundial 2013.**

Disponível em: <https://nacoesunidas.org/gravidez-na-adolescencia-e-tema-do-relatorio-anual-do-unfpa/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis.** 2020. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958:a-cada-dia-ha-1-milhao-de-novos-casos-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis&Itemid=812. Acesso em: 10 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Ottawa.** Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986. Disponível em:

www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf. Acesso em: 30 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Genebra, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 15 abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mulheres e saúde:** evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra, 2011. Disponível em:

https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1. Acesso em: 15 abr. 2019.

PARRA, A. C. O.; OLIVEIRA, J. A.; MATURANA, A. P. M. O paradoxo da institucionalização infantil: Proteção ou risco? **Psicol. Rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 155-175, jan. 2019

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

PENNA, L. H. G. *et al.* Concepção de profissionais de unidades de acolhimento sobre a maternidade em adolescentes abrigadas. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 44-52, 2012a.

PENNA, L. H. G. *et al.* A maternidade no contexto de abrigamento: Concepções das adolescentes abrigadas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, 2012b.

PEREIRA, M. D. R. N. *et al.* Frequência de vulvovaginites em uma clínica escola de enfermagem no sertão paraibano. **Temas Saúde**, João Pessoa, ed. esp., p. 804-827, 2018.

PLUTARCO, L. W. *et al.* Confiança no parceiro e uso da camisinha. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 220-223, 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem avaliação de evidência para a prática da enfermagem.** 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIMO, C. C. *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres submetidas a cirurgia na unidade de ginecologia de um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 494-501, out./dez. 2012.

RABELO, A. O. Professores discriminados: um estudo sobre os docentes do sexo masculino nas séries do ensino fundamental. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 907-925, out./dez. 2013.

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

RICO, A. M.; IRIART, J. A. B. “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, set. 2013.

RIO DE JANEIRO (Estado). Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. **23º Censo da população infanto-juvenil acolhida no Estado do Rio de Janeiro**. 2019. 1433p. Disponível em: <http://pweb01.mp.rj.gov.br/Arquivos/MCA/censo/2019/Censo,MCA2019.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004. Disponível em: http://www.editora.vrc.pucRio.br/media/ebook_institucionalizacao_de_crianças_no_brasil.pdf. Acesso em: 28 maio 2018.

ROCHA, B. M. A. *et al.* Abordagem sobre as alterações psicofísicas do climatério e menopausa: representações e significados na saúde da mulher. **Rev. Pesqui.**, Rio de Janeiro, v. 10, 2018.

ROCHA, B.; PEREIRA, M. S.; CARNEIRO, J. Terapias complementares: fitoterapia como opção terapêutica no climatério e menopausa. **RevCSNE**, João Pessoa, v. 16, n. 1, p. 16-25, 2018.

ROCHA, E. J.; ROSEMBERG, F. Autodeclaração de cor e/ou raça entre escolares paulistanos(as). **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 759-799, set./dez. 2007.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 421-428, 2010.

SANTOS, B. C. A. *et al.* Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v. 60, n. 133, p. 139-152, 2010.

SANTOS, C. M. A. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. e54101, 2018.

SANTOS, J. M. J. *et al.* Influência do planejamento reprodutivo e da satisfação materna com a descoberta da gravidez na qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 3, p. 529-535, set. 2019.

SANTOS, L. R.; CERQUEIRA-SANTOS, E. Infidelidade: uma revisão integrativa de publicações nacionais. **Pensando Fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 85-98, dez. 2016.

SAVEGNAGO, S. D.; ARPINI, D. M. Conversando sobre sexualidade na família: olhares de meninas de grupos populares. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 150, p. 924-947, dez. 2013 .

SCHEEREN, P. A.; APELLÁNIZ, I. A. M.; WAGNER, A. Infidelidade Conjugal: a experiência de homens e mulheres. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 355-369, mar. 2018.

SCOTT, W. J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. **Educ. Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, jul./dez. 1990.

SILVA, G. C. C. *et al.* A mulher e sua posição na sociedade: da antiguidade aos dias atuais. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 65-76, dez. 2005.

SILVA, J. M. Q.; MARQUES, P. F.; PAIVA, M. S. Saúde sexual e reprodutiva e Enfermagem: um pouco de história na Bahia. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 4, p. 501-507, jul./ago. 2013.

SILVA, M. L. S. **Lei Nacional de Adoção e Acolhimento Institucional**: o ponto de vista de psicólogos e assistentes sociais. 2012. 219 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

SILVA, M. R. F.; FERREIRA, M. D. M.; GUIMARÃES, S. J. **Questão social e políticas públicas na atualidade**. Teresina: EDUFPI, 2017.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 30 out. 2018.

SOBOLESKI, J. A religião como instrumento formador e mantenedor do estado em Maquiavel. **Terceiro Incluído**, Goiânia, v. 1, n. 2, p. 38-47, dez. 2011.

SOUSA, L. B. *et.al.* Conhecimentos, atitudes e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 147-152, jan./mar. 2011.

SOUZA, C. R. T. *et al.* A atuação profissional e formação do educador social no Brasil: Uma roda da conversa. **Interfaces Cient. Educ.**, Aracaju, v. 3, n. 1 p. 77-88, 2014.

SOUZA E SILVA, M. J.; SCHRAIBER L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. e 290102, 2019.

STARRS, A. M. Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. **Lancet**, London, v. 391, June, 2018.

STROPPA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e saúde. In: SALGADO, M. I.; FREIRE, G. (Org.). **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008. p. 427-443.

SURBER, C.; ELSNER, P.; FARAGE, M. A. Topical Applications and the Mucosa. **Curr. Probl. Dermatol.**, Basel, v. 40, p. 90–100, 2011.

TABET, K. C. *et al.* Relação do uso de preservativo com a prevalência de DST's detectado por meio do exame de Papanicolau na USF-SESC Paracatu-MG. **Uni-Atenas**, Paracatu, v. 9, n. 2, 2015.

TEIXEIRA, A. C. B.; RODRIGUES, R. L. A travessia da autonomia da mulher na pós-modernidade: da superação de vulnerabilidades à afirmação de uma pauta positiva de emancipação. **Pensar**, Fortaleza, v. 23, n. 3, p. 1-20, jul./set. 2018.

TOSSIN, B. R. *et al.* As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 20, p. e940. 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1074>. Acesso em: 20 jun. 2019.

TREVISIO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 69, out./dez. 2017.

VAGHETTI, H. H. *et al.* Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2007.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.273-285, 2010.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília, DF: UNFPA, 2009.

VENTURA, M.; CORREA, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1505-1509, jul. 2006.

VIEIRA, K. F. L. *et al.* Representação Social das Relações Sexuais. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, DF, v. 36, n. 2, p. 329-340, abr./jun. 2016.

VIEIRA, K. F. L.; MIRANDA, R. S.; COUTINHO, M. P. L. Sexualidade na velhice: um estudo de representações sociais. **Psicol. Saber Soc.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 120-128, 2012.

WOLPE, R. E. *et al.* Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Defining Sexual Health**. Report of a technical consultation on sexual health on 28–31 January 2002, Geneva, 2006. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global hepatitis report**. Geneva, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>. Acesso em: 18 fev. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health, human rights and the law**. Geneva, 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/. Acesso em: 28 out. 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO FACULDADE DE ENFERMAGEM

Título do Projeto: Perspectiva de Profissionais educadores de unidades de acolhimento do sobre sua Saúde Sexual

Responsável pelo projeto: Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna (Orientadora) **Pesquisadora Executante do Projeto:** Mestranda Rosemary Ribeiro **Contato da pesquisadora:** rosemaryrib@gmail.com e luciapenna@terra.com.br; **Telefones:** (21) 9642-44697 e (21) 99919-4872. **Comitê de Ética em Pesquisa:** CEP UERJ – Rua São Francisco Xavier, 525, Bl. E. 3º andar, sala 3018. Tel. (21) 2334-2180. E-mail: etica@uerj.br

Informações ao participante:

Você está sendo convidado (a) a participar, desta pesquisa. Este estudo tem por objetivo geral investigar Perspectiva de Profissionais educadores de unidades de acolhimento sobre sua Saúde Sexual. Você foi selecionado (a) por ser um profissional educador/cuidador da instituição pública que acolhe adolescentes. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. A pesquisa será feita na unidade de acolhimento, em local apropriado para manter o sigilo e privacidade, onde você será entrevistado individualmente, contendo perguntas abertas sobre sua percepção acerca da sua saúde sexual e reprodutiva.

A entrevista será gravada em áudio por meio digital. Pois desta forma é considerada segura, mas algumas perguntas poderão confrontar você com vivências difíceis, podendo causar desconforto, tristeza, angústia. Neste Momento podemos pausar e caso não queira continuar, poderá mencionar e a pesquisa será encerrada. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O seu anonimato será garantido. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador coordenador da pesquisa. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de ____ 201 ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados - Roteiro de Entrevista

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Nº da entrevista: _____

Data: _____

1. FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- a) Quantos anos você tem?
- b) Qual a sua escolaridade?
- c) Qual sua cor de pele?
- d) Você possui religião? Qual?
- e) Estado civil
- f) Possui filhos? Quantos e idade?
- g) Há quanto tempo atua na unidade de acolhimento?
- h) Possui outra atividade trabalhista? Qual?
- i) Tempo dedicado ao trabalho?

2. ASPECTOS BIOLÓGICOS

- a) Você faz algum tratamento de saúde ou já fez? Qual?
- b) Em relação a saúde sexual e ginecológica você possui ou já teve algum problema ginecológico/obstétrico?
- c) Como você considera sua saúde?
- d) O que faz para mantê-la?
- e) Como percebe seu estado de saúde ginecológico/obstétrico?
- f) O que você pensa sobre seu corpo?
- g) O que você entende sobre sexualidade?
- h) O que você entende sobre saúde sexual?
- i) Quais os métodos contraceptivos você conhece?
- j) O que você entende por infecção sexualmente transmissível (IST)?
- k) Quais você conhece?
- l) Quantos parceiros sexuais teve antes?
- m) Com que frequência faz sexo?
- n) Usa alguma proteção?
- o) Quais os métodos contraceptivos que utiliza? Como se sentia utilizando métodos contraceptivos?
- p) Já teve alguma Infecção transmitida pelo sexo antes? Qual?
- q) Procurou algum serviço de saúde para tratamento ou cirurgia ginecológica?

3. PRÁTICAS DE CUIDADO COM A SAÚDE SEXUAL

- a) Que cuidados você tem hoje para promover sua vida sexual?
- b) Fale o que faz para cuidar de seu corpo hoje?
- c) Quais são as medidas adotadas por você para evitar adquirir IST? E para não engravidar, o que faz?
- d) com que frequência você vai nas consultas ginecológicas?
- e) Quais mudanças você percebeu na sua sexualidade/vida sexual? O que faz hoje para mantê-la?
- f) O que você faz para se manter sua saúde sexual?

APÊNDICE C - Termo de Solicitação de Autorização de Campo de Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO BIOMÉDICO FACULDADE DE ENFERMAGEM

Ilma. Sra. Diretora,

Vimos por meio desta solicitar a V.Sa. autorização para realizar a pesquisa intitulada “Perspectiva de Profissionais educadores de unidades de acolhimento sobre sua Saúde Sexual”. Os objetivos desta pesquisa são: Descrever a perspectiva dos educadores das unidades de acolhimento sobre saúde sexual; analisar as características da promoção da saúde sexual de educadores de unidades de acolhimento de adolescentes; analisar a influência da promoção da saúde sexual dos educadores/cuidadores das unidades de acolhimento de adolescentes sobre a prática de cuidado dos adolescentes institucionalizados.

Escolhemos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, tendo em vista ser uma teoria da enfermagem e que se utiliza um modelo específico para a promoção da saúde.

A produção dos dados se dará nos meses de novembro a maio de 2019. Para tal, serão realizadas entrevistas com profissionais educadores/cuidadores das unidades de acolhimento em horário programado pelo responsável do Serviço. A escolha por esta instituição tem como justificativa entendê-la como referência à população a ser estudada. Os resultados obtidos e por mim analisados visam contribuir com as atividades desenvolvidas nesta instituição, e por isso, me comprometo em retornar os mesmos à V. S. e divulgar em eventos científicos, buscando a melhoria da assistência à clientela.

Ressalto que serão respeitados os princípios éticos e legais da legislação para pesquisas envolvendo seres humanos Resolução 466/96. Portanto. Garantimos o anonimato das depoentes assegurando-lhes a inexistência de riscos ou prejuízos. O projeto da pesquisa (anexo) passará pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Certa em contar com sua colaboração dede já agradeço e me coloco a disposição para maiores esclarecimentos: Tel. (21) 96424-4697 E-mail. rosemaryrib@gmail.com (autora).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2018.

Mestranda Rosemary Ribeiro

Orientadora Prof^a Dr^a Lucia Helena Garcia

Penna

Para preenchimento da instituição solicitada: Deferido () Indeferido ()

(Assinatura e carimbo do responsável pela instituição) _____

APÊNDICE D – Quadro de distribuição de Categorias de Análise
Quadro 2 - Distribuição de Categorias de Análise

Categoria	Subcategoria	Intermediária	Unidade de Significação
A saúde sexual sob o olhar das educadoras sociais (427 UR)	3.1.1 A ótica conceitual da saúde sexual pelas educadoras sociais (144 UR)	Saúde sexual e as relações afetivas íntimas (57)	Ter parceiro fixo (9/24UR)
			Usar preservativo (8/21UR)
			Ter Vida sexual ativa (3/8UR)
			Não confiar no companheiro (2/4UR)
		Cuidar da saúde (39)	Cuidar de si (10/20UR)
			Estar saudável (7/16UR)
			Ir ao médico e buscar tratamento buscar a partir de sinais e sintomas (3/3UR)
		A sexualidade como saúde sexual (48)	Sexualidade como tabu (5/11UR)
			Sexualidade como temática ensinado na família (4/8UR)
			Sexualidade como aflorada na adolescência (3/11UR)
			Sexualidade como o corpo (5/8UR)
			Sexualidade como conceito ampliado (4/7UR)
			Sexualidade como Construção da identidade (4/3UR)
	3.2.2 Percepção da condição pessoal de saúde sexual das próprias educadoras sociais (110 UR)	Saúde sexual satisfatória (38)	Inexistência de doenças relacionadas a saúde sexual (10/23UR)
			Percepção saúde sexual satisfatória (3/6UR)
			Não realizou cirurgia ou tratamento ginecológico (2/5UR)
			Relação com o corpo positiva (3/4UR)
		Saúde sexual afetada (72)	Diminuição da Libido (3/18UR)
			Dispareunia (2/16UR)
			Problemas ginecológicos (3/16UR)
			Relação com o corpo negativa (2/ 6UR)
	3.2.3 Ações de autocuidado com a saúde sexual (173 UR)	Ações Biomédicas (85)	História de hemorragia uterina com uso de anticoncepcional (2/16UR)
			Ir ao Médico Ginecologista periodicamente (10/36UR)
			Realização de exames periódicos (10/28UR)
		Ações Anticoncepcionais (34)	Realiza tratamento ginecológico (10/21UR)
			Uso anticoncepcional (10/25UR)
		Ações de não cuidado com a saúde sexual (54)	Laqueadura das trompas como método Definitivo (09/09UR)
			Não Prevenção de IST/Não uso do preservativo (10/34UR)
			Não ir ao Ginecologista (10/20UR)

Fonte: A autora, 2020.

ANEXO - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS EDUCADORES DE UNIDADES DE ACOLHIMENTO SOBRE SUA SAÚDE SEXUAL (provisório)

Pesquisador: ROSEMARY RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04896818.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.110.665

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem como objeto a Saúde sexual dos profissionais educadores que atuam nas unidades de acolhimento para adolescentes em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. Será desenvolvido em quatro Unidades de acolhimento para adolescentes institucionalizados. Os participantes serão os profissionais educadores/cuidadores que atuam nas referidas unidades. A coleta de dados se dará através de entrevista semiestruturada e a análise seguirá a Técnica de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Analisar a promoção da saúde sexual dos profissionais educadores /cuidadores das unidades de acolhimento, considerando a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1. Caracterizar o perfil biológico, psicológico e sociocultural dos profissionais educadores/cuidadores de adolescentes em situação de acolhimento. 2. Descrever a perspectiva dos educadores/cuidadores das unidades de acolhimento sobre saúde sexual;

3. Analisar as características da promoção da saúde sexual de educadores/cuidadores de unidades de acolhimento de adolescentes 4. Analisar a influência da promoção da saúde sexual dos educadores/cuidadores das unidades de acolhimento de adolescentes sobre a prática de cuidado dos adolescentes institucionalizados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.110.665

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco mínimo e este refere-se à possível constrangimento em responder questões que envolvem aspectos íntimos como sexualidade e experiências prévias. Nesse caso, a autora deixa claro que o participante terá total liberdade em interromper a entrevista ou se retirar da pesquisa em qualquer etapa da mesma. Devido ao aprofundamento das questões em um tema cercado por preconceitos e tabus, será necessário deixar explicitado quais as medidas que a pesquisadora irá tomar caso algum dos participantes se descompense emocionalmente, requerendo apoio psicológico.

BENEFÍCIOS: A pesquisa poderá contribuir para um melhor conhecimento acerca da saúde sexual desses profissionais e a influência dessa promoção da saúde sobre os adolescentes institucionalizados. Considerando essa realidade, este estudo subsidiará futuras propostas de promoção da saúde sexual nas unidades de acolhimento bem como, permitirá uma proposição de capacitações sobre a temática a luz da realidade encontrada. Entende-se que a pesquisa poderá favorecer um diagnóstico da condição de saúde dessa população estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o campo da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou todos os termos necessários:

Folha de rosto e TAI devidamente assinados

TCLE escrito em linguagem clara e apropriada, atendendo à Resolução CNS nº 466/12

Apresentou orçamento e cronograma compatíveis com a proposta do estudo.

Recomendações:

Recomenda-se que:

No item 2.0 letra "d" do questionário, recomenda-se substituir o termo "infância" por "adolescência" considerando que a prática/incentivo à atividade sexual na infância é considerada crime no Brasil. Explicitar quais as medidas que a pesquisadora irá tomar caso algum dos participantes se descompense emocionalmente, requerendo apoio psicológico.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

**UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;**



Continuação do Parecer: 3.110.665

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para janeiro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1265616.pdf	30/11/2018 15:37:14		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PROJETO.pdf	30/11/2018 15:25:15	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Outros	cv_novembro_2018.pdf	30/11/2018 02:05:30	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Outros	TAI.pdf	30/11/2018 01:55:28	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Outros	Questionariopdf.pdf	30/11/2018 01:54:29	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	30/11/2018 01:53:43	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/11/2018 01:29:02	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	29/11/2018 22:23:11	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termo.docx	29/11/2018 21:25:49	ROSEMARY RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.110.665

RIO DE JANEIRO, 10 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Página 4 de 04