



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Claudia Rosane Guedes

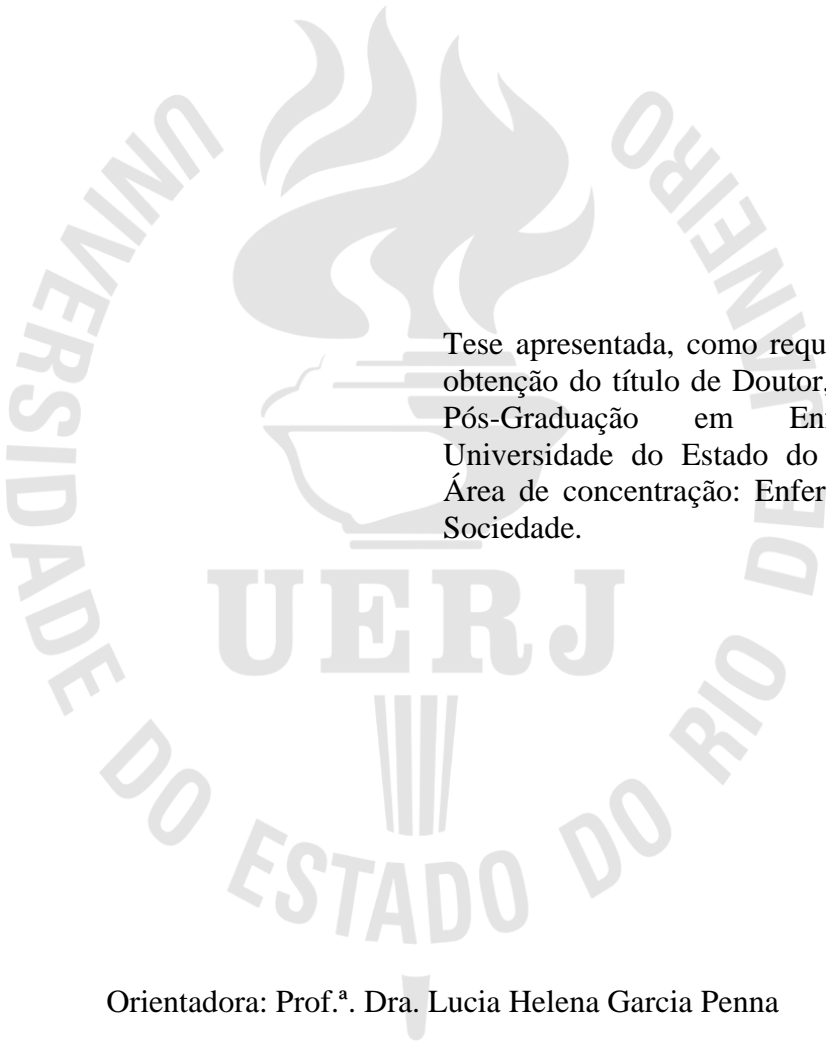
Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional

Rio de Janeiro

2023

Claudia Rosane Guedes

Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional



Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, 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

2023

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

G924 Guedes, Claudia Rosane.
Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional / Claudia Rosane Guedes. – 2023.
199 f.

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

1. Educador social - Teses. 2. Saúde sexual - Teses. 3. Acolhimento - Teses. 4. Empatia - Teses. I. Penna, Lucia Helena Garcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

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

Assinatura

Data

Claudia Rosane Guedes

Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional

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

Aprovada em 27 de outubro de 2023.

Banca Examinadora:

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

Prof. Dr. Armando Manuel Marques Silva
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Prof.^a Dra. Selma Villas Boas Teixeira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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

Prof.^a Dra. Juliana Amaral Prata
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Agradeço, primeiramente, a Deus, autor e consumidor da minha fé.

À minha grande e querida família, mãe, irmãs, irmão (*in memoriam*), sobrinhos (as), cunhados (*in memoriam*), amigos pelas ausências por longos momentos.

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dr^a Lucia Helena Garcia Penna – minha querida e amiga orientadora, primeiro pela confiança e por acreditar na temática proposta. Pelas discussões que aconteciam no Grupo de Estudos sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem e, que contribuiu para as minhas reflexões e construção do caminho a ser trilhado neste estudo, pela sua maneira natural, espontânea e serena de compartilhar os saberes na construção de um conhecimento.

À diretora da Faculdade de Enfermagem Prof. Dr^a Luiza Mara Correia e ao vice-diretor Prof. Dr. Ricardo de Mattos Russo Rafael pelo apoio institucional.

À coordenação do Programa de Pós-graduação de Enfermagem (PPGENF/UERJ), Prof. Dr^a Mercedes Neto Maria Mercedes e a Prof.^a Dr^a Cíntia Fassarella, Coordenadora Adjunta pelo apoio na condução do processo da titulação.

Agradeço às professoras Selma Villas Boas Teixeira, Ana Beatriz Queiroz, Juliana Amaral Prata, Thelma Spíndola e ao professor Armando Manuel Marques Silva, por seus apontamentos neste estudo, suas contribuições foram primordiais.

A todos os professores do Programa Pós-Graduação de Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cuja competência e seriedade serviram de estímulo para minha vida profissional e pessoal.

Agradeço também a todas as funcionárias administrativas do PPGENF que fazem parte indiretamente da construção da tese.

À rede de amigos/amigas que trabalharam nas transcrições, gratidão é o sentimento que permeia o meu coração.

Agradeço às queridas Professoras Liana Viana Ribeiro, Joana Iabrudi Carinhanha e aos integrantes do grupo de pesquisa Grupo de Estudos sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem, através das discussões e convíncias acadêmicas muito contribuíram com meu aprendizado e reflexões.

Graças, porém, a Deus, que, em Cristo, sempre nos conduz em triunfo e, por meio de nós, manifesta em todo lugar a fragrância do seu conhecimento.

2 Coríntios 2:14

RESUMO

GUEDES, C. R. **Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional.** 2023. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Esta pesquisa tem por objeto “a percepção de educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto as adolescentes em acolhimento institucional”. Objetivos: Traçar a caracterização sociodemográfica das educadoras sociais que atuam em instituições de acolhimento para adolescentes; conhecer as percepções das educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes sobre saúde sexual; descrever a relação de cuidado das educadoras com a sua saúde sexual; e discutir a influência das percepções das educadoras sociais acerca da saúde sexual sobre os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional. Metodologia: Pesquisa na abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Realizada com educadoras sociais que atuam junto às adolescentes em acolhimento institucional em três unidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro (SMASDH/RJ). Realizada coleta de dados de janeiro a junho de 2022. A técnica de análise foi a Análise de Conteúdo e a compreensão dos dados foi embasada na Teoria dos Roteiros Sexuais (*Scripts Sexuais*), de Gagnon e Simon. Emergiram na análise três categorias analíticas: a) Percepções das educadoras sociais acerca de sua saúde sexual; b) Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual; c) Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o nº CAAE: 53731621.4.0000.5282. Resultados: As educadoras sociais estão na faixa etária entre 25 e 64 anos; ensino médio e/ou superior completo; a maioria se autodeclarara casada; cristã; preta e parda; possuem entre 12 e 72 meses de tempo experiência de trabalho em unidades de acolhimento; capacitadas em diversos temas, exceto sobre a saúde sexual; média de um salário mínimo e meio percebidos. As educadoras sociais afirmam que possuem informações sobre saúde sexual, sendo meios de acesso as informações: internet, mídias sociais, escolas, faculdades e igreja; as enfermeiras são profissionais que mais assistem e orientam sobre saúde sexual. A saúde sexual para elas tem relação com a percepção de si mesmas, empoderamento, a ideia do amor romântico e parceiro único nas relações afetivas. Destaca-se relações estáveis e de parceiros únicos como fatores de proteção das ISTs. O cuidado da sua saúde sexual se dá a partir da consulta ginecológica, mamografia, ultrassonografia de mamas, coleta de preventivo, periodicidade, sendo assistidas e orientadas por enfermeiras na atenção básica de saúde. As participantes percebem os comportamentos imprudentes e intempestivos das adolescentes, alertam sobre os riscos para gestação não planejada e IST. O tema sexo é sempre constante no diálogo entre as adolescentes. As educadoras sociais constroem e desenvolvem os cuidados não formais estabelecendo diálogos e considerando sua própria experiência de vida. Considerações finais: As educadoras cuidam de si considerando suas informações adquiridas nas experiências de vida. Não possuem capacitação na temática da saúde sexual, o que se destaca, considerando o cuidado às adolescentes em situação de acolhimento. É necessário refletir acerca da educação permanente, auxiliando no cuidado de si e no manejo junto às adolescentes acolhidas no cuidado da saúde sexual.

Palavras-chave: Educadoras Sociais. Saúde Sexual. Cuidado não formal. Unidade de acolhimento. Enfermagem.

ABSTRACT

GUEDES, C. R. **Perceptions from social educators on sexual health and its interface with the informal care developed with teenagers in institutional sheltering.** 2023. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This work has as its object “the perception from the social educators on sexual health and its interfaces with the informal care developed with the teenagers in institutional sheltering”. Objective: To trace the sociodemographic characterization of the social educators that work in institutional sheltering for teenagers; to know the perceptions from the social educators from reception units dedicated to sexual health; describe the relation between the care of the professionals and their sexual health and discuss the influence of the perception of the professionals regarding the sexual health about the informal care developed with the teenagers in institutional sheltering. Method: Study on the qualitative, descriptive and investigative approach. Study carried out with social educators that work accompanied by the teenagers in institutional sheltering in three public units in the city of Rio de Janeiro (SMASDH/RJ). Data collected from January until June (2022). The analysis technique used in the study was the Content Analysis and the comprehension of data was based on the Sexual Script Theory by Gagnon and Simon. Three analytic categories emerged during the analysis, they were: a) Social educators perspectives surround their sexual health; b) Social educators relations of care with their sexual health; c) Interfaces between the social educators perspectives and the informal care developed with the teenagers in institutional sheltering. Research approved by the Ethical and Research Committee under the number CAAE: 53731621.4.0000.5282. Results: The social educators’ range of age is between 25 and 64 years old; high school and/or college education complete; the majority selfdeclared married, christians, black and mixed race; submitted between 12 and 72 months of work experience in the housing units; are trained in a variety of subjects, except in sexual health; average of one and a half minimum wage received. The professionals state that they have information about sexual health and the ways to get this information are: the internet, social media, schools, college and the church; the nurses are the professionals who support and guide the most on the subject. The sexual health matter, for them, is related to the perception of themselves, empowerment and the idea of romantic love followed by the concept of only one partner for affection relations. It’s pointed out that stable relations and exclusive partners as one of the ways of protection from STI. The educators’ sexual health care is given by visits to the gynecologist, mammography, breast ultrasound, collection of preventive exams, and frequency, and they are assisted and guided by nurses at public health units. The participants notice the teenager’s careless and sudden behavior and alert about the risks of unplanned pregnancy and STI. The dialogues always included conversations around the sex matter. The social educators build and develop the informal care, establishing conversations and considering their own life experience. Conclusion: The professionals take care of themselves considering their information acquired based on life experience. They don’t seem to have enough qualification on the matter of sexual health, which is highlighted if considering the care towards the teenagers in sheltering scenario. The reflection surrounding the permanent education is essential and supports the selfcare and management of the sexual health among the teenagers housed.

Keywords: Social Educators. Sexual Health. Informal Care. Sheltering Unit. Nursing.

RESUMEN

GUEDES, C.R. Percepciones de las educadoras sociales sobre salud sexual y las interfaces con los cuidados no formales desarrollados juntos con las adolescentes en acogida institucional. 2023. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este trabajo tiene como objeto “la percepción de las educadoras sociales sobre la salud sexual y sus interfaces con el cuidado no formal desarrollado con las adolescentes en acogidas institucionales”. Objetivo: Trazar la caracterización sociodemográfica de las educadoras sociales que actúan en acogidas institucionales para adolescentes; conocer las percepciones de las educadoras sociales de las unidades de acogida dedicadas a la salud sexual; describir la relación entre el cuidado de las profesionales y su salud sexual y discutir la influencia de la percepción de las profesionales sobre la salud sexual sobre el cuidado informal desarrollado con las adolescentes en acogida institucional. Método: Estudio de enfoque cualitativo, descriptivo e investigativo. Estudio realizado con educadoras sociales que actúan acompañadas de adolescentes en acogidas institucionales en tres unidades públicas municipales de la ciudad de Río de Janeiro (SMASDH/RJ). Datos recopilados de enero a junio de 2022. La técnica de análisis utilizada en el estudio fue el Análisis de Contenido y la comprensión de los datos se basó en la Teoría del Guión Sexual de Gagnon y Simon. Tres categorías analíticas emergieron durante el análisis: a) Perspectivas de las educadoras sociales en torno a su salud sexual; b) las relaciones del cuidado de las educadoras sociales con su salud sexual; c) Interfaces entre las perspectivas de las educadoras sociales y el cuidado no formal desarrollado con las adolescentes en acogida institucional. Investigación aprobada por el Comité de Ética y de Investigación bajo el número CAEE: 53731621.4.0000.5282. Resultados: El rango de edad de las educadoras sociales está entre 25 y 64 años; educación secundaria y/o universitaria completa; la mayoría se declara casada, cristiana, negra y mestiza; presentado entre 12 y 72 meses de experiencia laboral en las unidades de vivienda; están capacitados en temas variados, excepto en salud sexual; promedio de un salario mínimo y medio recibido. Las profesionales manifiestan tener información sobre salud sexual y las formas de obtener esta información son: internet, redes sociales, escuelas, colegios y la iglesia; las enfermeras son las profesionales que más asisten y orientan sobre el tema. El tema de la salud sexual, para ellas, está relacionado con la percepción de sí mismas, el empoderamiento y la idea del amor romántico seguido del concepto de una sola pareja para las relaciones afectivas. Se señala que las relaciones estables y las parejas únicas son una de las formas de protección contra las ITS. El cuidado de la salud sexual de las educadoras se brinda mediante visitas al ginecólogo, mamografía, ecografía mamaria, toma de exámenes preventivos y frecuencia, y son asistidas y orientadas por enfermeras de las unidades de salud pública. Las participantes notan el comportamiento descuidado y repentino de la adolescente y alertan sobre los riesgos de embarazos no planificados e ITS. Los diálogos siempre incluyeron conversaciones en torno al tema sexual. Las educadoras sociales construyen y desarrollan el cuidado no formal, estableciendo conversaciones y considerando sus propias experiencias de vida. Conclusión: Las profesionales se cuidan considerando la información adquirida a partir de la experiencia de vida. No parecen tener suficiente capacitación en materia de salud sexual, lo que se destaca si se considera la atención a las adolescentes en escenario de acogida institucional. La reflexión en torno a la educación permanente es fundamental y apoya el autocuidado y gestión de la salud sexual entre las adolescentes en cuestión.

Palabras claves: Educadoras Sociales. Salud Sexual. Cuidado no formal. Unidad de acogida. Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Unidades e a capacidade da rede pública municipal de Acolhimento do Rio de Janeiro para adolescentes do sexo feminino	50
Quadro 2 – Quantitativo de educadoras sociais nas unidades de acolhimento da rede pública municipal do Rio de Janeiro para adolescentes do sexo feminino	52
Quadro 3 – Características sociodemográficas das educadoras sociais	61
Quadro 4 – Características da saúde sexual e reprodutiva das educadoras sociais	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Humana
AESC	Associação de Educadores Sociais do Ceará
AESMAR	Associação dos Educadores Sociais de Maringá
APC	Áreas de Planejamento da Cidade
BVS	Biblioteca Virtual e Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
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
CRAS	Centro de Referência de Ação Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DS	Disfunção Sexual
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ES	Educadora Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MeSH	Medical Subject Headings
MMFDH	Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCCU	Preventivo de Câncer do Colo do Útero
PIA	Plano Individual de Atendimento
PL	Projeto de Lei
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNFES	Política Nacional de Formação em Educação Social
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SMASDH	Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UA	Unidade de Acolhimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
US	Ultrassonografia

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	FUNDAMENTAÇÃO TEMÁTICA	25
1.1	Conhecendo a categoria da educadora social	25
1.1.1	<u>Perspectivas de gênero associadas ao perfil sociodemográfico e os cuidados não formais de educadoras sociais</u>	29
1.2	Os olhares das Políticas Públicas sobre a saúde sexual	35
2	REFERENCIAL TEÓRICO	41
2.1	A Teoria Social dos Roteiros Sexuais de Gagnon e Simon	42
3	METODOLOGIA	48
3.1	Natureza e característica do estudo	48
3.2	Cenário de Pesquisa	48
3.3	Participantes do estudo	51
3.4	Dinâmica do trabalho em campo e estratégias de coleta de dados	52
3.5	Tratamento e análise dos dados	56
3.6	Aspectos éticos e legais da pesquisa	58
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
4.1	Caracterização das educadoras sociais	60
4.1.1	Características sociodemográficas.....	60
4.1.2	Características da saúde sexual e reprodutiva.....	69
4.2	Percepções das educadoras sociais acerca de sua saúde sexual	73
4.2.1	Autoavaliação das informações sobre saúde sexual	73
4.2.2	Expressões da saúde sexual das educadoras sociais: um olhar sobre si mesma e suas relações afetivas	85
4.3	Relações de cuidado das educadoras sociais com sua saúde sexual	113
4.3.1	Cuidados das educadoras sociais com a sua saúde sexual	114
4.3.2	Fatores limitadores dos cuidados de si e com a saúde sexual	123
4.4	Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional	127
4.4.1	Percepções das educadoras sociais sobre a saúde e o comportamento das adolescentes	128

4.4.2 Cuidados não formais desenvolvidos pelas educadoras sociais junto às adolescentes em acolhimento institucional	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	160
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Educadoras Sociais das Instituições de Acolhimento.....	187
APÊNDICE B – Instrumento Dados Socioeconômicos e Roteiro de Entrevista com Educadoras Sociais.....	189
APÊNDICE C – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).....	192
APÊNDICE D - Apresentação distribuição das categorias e subcategorias.....	193
ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (SMAS/RJ)	194
ANEXO B - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (UERJ).....	195

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por interesse percepções de educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em situação de acolhimento.

A escolha da temática emerge da minha trajetória acadêmica a partir do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no ano de 2007. Nessa ocasião, recebi o convite para participar do grupo de pesquisa, coordenado pela Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna, intitulado “Gênero, Poder e Violência em Saúde e Enfermagem”, que tem discutido as questões referentes à saúde e às temáticas de gênero, violências, vulnerabilidades, exclusão social de diversos grupos populacionais, em especial os grupos referentes à população feminina, tais como: adolescentes em situação de acolhimento e ou rua, mulheres negras, com deficiência, encarceradas, lésbicas, entre outras. A inserção no grupo despertou-me para novas possibilidades acerca dos fenômenos inerentes a essas populações, em especial a dos adolescentes em situação de acolhimento e dos profissionais (educadores sociais) que atuam junto a eles, desvelando uma infinidade de novas perspectivas sobre esse contexto institucional (Carinhanha, 2009; Fernandes, 2012; Firmino, 2017; Penna, 2012b; Ribeiro, 2015; Rodrigues, 2016).

Desde 2008, o grupo de pesquisa tem se debruçado sobre a temática da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) tanto dos adolescentes em situação de acolhimento, bem como dos profissionais que atuam neste cenário de acolhimento (Almeida, 2018; Félix, 2018; Ribeiro, 2015). A partir dessas pesquisas, basicamente identificou-se que os adolescentes em situação de acolhimento possuem maiores vulnerabilidades psicossociais que, atreladas a diversas situações como o uso de álcool e/ou drogas por seus responsáveis, negligência da função parental e negligência dos cuidados básicos, entre outros, expõem este grupo populacional aos riscos pela ausência dos vínculos familiares (Carinhanha, 2009; Mastroianni *et al*, 2018; Rodrigues, 2016).

As fragilidades dos vínculos familiares se constituem como uma poderosa influência sobre o modo com que crianças e adolescentes pensam e se comportam frente a estes riscos. Geralmente, eles tendem a vivenciar um enfeitamento diante dos familiares que estabelecem normas e regras que deveriam contribuir na socialização de um indivíduo numa dada sociedade. E quando essa primeira instituição falha no seu papel, o qual seria de oferecer os

direitos humanos básicos, como segurança, proteção, afeto e alimentação, as relações se tornam esgarçadas prejudicando os vínculos familiares (Arpini; Quintana; Gonçalves, 2010; Brito *et al.*, 2017).

Os vínculos familiares prejudicados, na grande maioria decorrem das condições de vulnerabilidades, as quais transcendem a geração dos genitores e se sobrepõe à exclusão e as desigualdades sociais. Essa gama de fragilidades tende a contribuir para o aparecimento de problemas para além do campo físico, psíquico e/ou social, assim como para as sucessivas violações de direitos (Moreira; Miranda, 2007; Silva; Costa; Nascimento, 2019). Vale lembrar que a condição de infortúnio e extrema pobreza estão contidas em milhares de famílias brasileiras, colocando-as na zona de vulnerabilidades, especialmente pelo enfraquecimento do eixo do trabalho (Ribeiro, 2020). Além disso, por lidarem com as influências da precarização do mercado laboral, é possível compreender que esses processos potencializam as vulnerabilidades enquanto questão social.

Neste contexto de vulnerabilidades sociais e de famílias apáticas e com autoestima consideravelmente comprometida, conseqüente às relações de desigualdades geradas pela ordem capitalista que impulsionam desemprego e a desfiliação, verificam-se violações dos direitos de crianças e adolescentes (Mastroianni *et al.*, 2018; Silva; Ferreira; Guimarães, 2017; Cardoso; Matias, 2017; Penna *et al.*, 2012a).

Para abordar as vulnerabilidades sociais, se faz necessário trazer as faces das violências como mola propulsora para as violências sociais. O Relatório da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das “raízes da violência” (Organização Mundial da Saúde, 2002). A violência social pode ser considerada uma das faces das violências existentes no país, se configuram a partir do cruzamento dos problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual (Brasil, 2005a). A violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento, sendo aplicada tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família, como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte (Minayo, 1994). Negar às famílias conquistas da sociedade tende a tornar esses indivíduos vulneráveis. Esse processo de vulnerabilidade das famílias que vivenciam a violência estrutural contribui na fragilidade dos laços entre os pais e os filhos que compõe essa família, devido escassez de recursos, seja econômico, educacional ou relativos à saúde, conduzindo o indivíduo ao sofrimento e a morte.

Desta maneira, o esgarçamento destes laços ocorre devido às violências estruturais que ocorrem na esfera macro e desdobram-se no cerceamento das famílias às estruturas básicas como segurança, educação, saúde e condições financeiras, impedindo-as de assistir, educar e manter crianças e adolescentes.

A violência estrutural fragiliza as famílias, desfavorecendo-as economicamente, restringindo o acesso a bens e serviços, ou seja, itens básicos na manutenção do lar. A falta de acesso e os ensaios de responsabilidades inerentes da vida adulta instigam crianças e adolescentes a fugirem deste ambiente permeado de carências (materiais e afetivas) e buscarem a rua como local de refúgio e alguns ganhos pessoais. Diante da exposição das vulnerabilidades decorrentes das violências sociais, os adolescentes são encaminhados para o acolhimento institucional (Brasil, 1990; Brito *et al.*, 2017; Mastroianni *et al.*, 2018).

O serviço de acolhimento institucional deve apresentar características semelhante às de um lar, estar inserido na comunidade em áreas residenciais, proporcionando um ambiente acolhedor e condições institucionais para o atendimento com padrões de dignidade, conforme o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (Brasil, 1990; 2009a). Este documento sinaliza que as unidades de acolhimento devem ser responsáveis por oferecer diversas atividades para crianças e adolescentes no turno complementar ao período da escola, apoio psicológico e/ou social às famílias de adolescentes carentes, cursos de profissionalização, escola, creche e pré-escola.

O acolhimento institucional ou programas de acolhimento no Brasil, geralmente, tem sido oferecido em quatro modalidades: abrigo institucional; casa lar; serviço de acolhimento em família acolhedora; e república para jovens (Brasil, 2009a). Esses espaços são geridos por diferentes instituições governamentais ou não governamentais. Vale ressaltar que o acolhimento institucional em diferentes tipos de equipamentos destina-se a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A gestão da unidade de acolhimento deverá garantir privacidade, respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual (Brasil, 2018a)

Os serviços de acolhimentos eram geridos e apresentavam no quadro de pessoal, especialmente, pessoas voluntárias, devotos ou leigos (Brasil, 2009a). A partir das legislações como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), CONANDA, dentre outras, conferiu-se maior robustez às leis que visam a garantir a proteção de crianças e adolescentes no país. A proposta destes referidos documentos seria o abandono de práticas ancoradas na caridade, e

transformar em uma perspectiva da proteção integral e promoção dos direitos sociais de crianças e adolescentes no país.

Este fato contribuiu para que os antigos abrigos pudessem abolir o modelo de assistir o acolhido sem respeitar o devido protagonismo, ou seja, um modelo que não coadunava com a nova proposta de um atendimento individualizado da criança e do adolescente (Brasil, 2009a; Carmo, 2016; Souza *et al.*, 2014). Seguindo nesta linha de mudanças, o uso da terminologia “acolhimento institucional” substituiu o termo “abrigamento”, alterado pela Lei nº 12.010/2009, possibilitando um novo olhar para as instituições de acolhimento, pela perspectiva de acolher criança e adolescente e não mais de guardar ou abrigar (Brasil, 2009a).

Dentre as mudanças promovidas no cumprimento destes documentos, destaca-se o emprego de esforços na preservação do vínculo familiar, propiciando a não separação de irmãos, além de estabelecer integração com a comunidade local. Outro feito importante a ser destacado foi de proporcionar um atendimento personalizado, de acordo com o Plano Individual de Atendimento (PIA) (Brasil, 2018b). A utilização do PIA tende a favorecer a preservação da autonomia do acolhido. Este documento orienta e sistematiza o trabalho a ser desenvolvido com cada criança e/ou adolescente acolhido e sua família, em articulação com os demais serviços, projetos e programas da rede local durante o período de acolhimento e após o desligamento da criança e/ou adolescente do serviço (Brasil, 2009a; 2018b; Souza *et al.*, 2014).

As diversas reconfigurações que sofreram as unidades de acolhimento suscitaram nas modificações também da composição do quadro de profissionais. Passaram a ser compostas por uma equipe técnica mínima: assistente social, psicólogos, auxiliar de cuidador e o educador social (Brasil, 2009a).

Considerando essa perspectiva nas relações estabelecidas entre educadores sociais e adolescentes, no contexto do acolhimento institucional, cabe destacar que essas educadoras geralmente são mulheres que trabalham em escalas de plantões, possuem nível médio de escolaridade, responsáveis pelas tarefas diárias, com fragilidades e/ou ausência de capacitações, gestoras de conflitos e atuam diretamente nos cuidados diários de crianças e adolescentes (Brito; Souza, 2011; Félix *et al.*, 2020; Giroto; Amador, 2017; Ribeiro, 2015; Ribeiro 2020).

O educador social desempenha um papel na vida do acolhido, não apenas no ato de alimentar, auxiliar com a higiene, tratamento e prevenção de doenças, espaço de lazer, mas em suas necessidades básicas como saúde, proteção, cuidado, afeto e o estabelecimento de um vínculo estável (Martins, 2013; Sodré, 2014; Pires *et al.*, 2013).

O trabalho nos abrigos apresentava um histórico de ausência de profissionalização que era interligado ao voluntariado. Esse modelo, por sua vez, refletia no desenho social e na organização da infância e adolescência nos modelos de acolhimento institucionais. O reordenamento dos programas de acolhimento requer ações elencadas no Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC) e entre elas está a qualificação dos profissionais que trabalham nos programas de acolhimento institucional (Elage *et al.*, 2011). Este plano reitera que as ações de cuidado da educadora social seja para além das atividades relativas à alimentação, higiene, ou seja, às necessidades ligadas à proteção. Cabe à educadora social auxiliar a criança e ao adolescente no lidar com sua história de vida, contribuindo para o fortalecimento da autoestima e construção da identidade a partir de uma relação dialética e construção de vínculos (Brasil, 2009a). A relação é permeada de normas disciplinares, mas também de emoções e vivências pessoais, o que tem contribuído para que este profissional seja referência para crianças e adolescentes acolhidos (Firmino, 2017; Penna; Carinhanha; Rodrigues, 2010).

As pesquisas têm apontado que estes profissionais que atuam nos cenários de acolhimento, em sua maioria, são mulheres (Félix *et al.*, 2020; Firmino, 2017; Fonseca, 2017; Ribeiro, 2020b; Santos; Vargas; Melo, 2018). A presença das mulheres nos espaços de acolhimento foi reiterada por Bueno, Magalhães e Vieira (2018), que afirmam que a população feminina possui dedicação à educação de crianças, além de serem vistas como figuras de cuidado, zelo e atribuições ligadas ao espaço doméstico, contribuindo na cristalização das assimetrias de gênero. Neste estudo, será feita menção à figura da “educadora social”.

Considerando serem as educadoras sociais pessoas de referências na vida dos adolescentes em situação de acolhimento, elas podem favorecer a promoção do cuidado das crianças e dos adolescentes em situação de acolhimento. Esse cuidado, cuidado não formal, se dá a partir de suas próprias experiências de vida (Almeida, 2018; Carinhanha; Leite; Penna, 2008; Carinhanha, 2009; Penna, Carinhanha, Rodrigues, 2010; Ribeiro, 2015a; 2020b).

Considerando minha aproximação ao cenário das unidades de acolhimento de adolescentes, onde pude vivenciar as ações do cotidiano das educadoras sociais junto às adolescentes, observei que, diariamente, as educadoras possuíam um papel importante como cuidadoras não formais sobre a saúde dos adolescentes, cuidando diretamente delas, orientando desde as atitudes e comportamentos sociais que devem ter até o autocuidado, perpassando por cuidados higiênicos, alimentação, prevenção de riscos, incluindo cuidados relativos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Tal vivência despertou o interesse em

conhecer sobre a saúde sexual dessas mulheres, pessoas de referência, que cuidavam, de maneira não formal, dessas adolescentes em situação de acolhimento. E, ainda, aproximar das possíveis repercussões da prática do cuidado não formal das educadoras junto às adolescentes em situação de acolhimento. Reforça-se que as educadoras sociais cuidam de maneira não formal das adolescentes, e são, na maioria das vezes, referenciais na construção de sua identidade, de suas atitudes e comportamentos (Carinhonha; Penna, 2012; Ribeiro, 2020; Couto, Rizzini, 2020).

Entendemos que ao conhecermos a realidade de sua condição de saúde, poderemos diretamente pensar que a partir dessas percepções sobre a sua saúde sexual, indiretamente, elas poderão incidir sobre a saúde sexual de adolescentes femininas em situação de acolhimento, contribuindo para minimizar as adversidades da realidade dessa população no tocante às questões que abarcam a saúde sexual. Tais adversidades dizem respeito ao conhecimento mais amplo sobre saúde sexual e sexualidade, como, por exemplo, a dificuldade em decidir na escolha e uso de um método contraceptivo (Félix, 2018; Ribeiro, 2020; Silva *et al.* 2021)

Ainda inserida nas pesquisas referentes à saúde sexual de adolescentes em situação de acolhimento no grupo de pesquisa Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem, foi possível perceber a dificuldade das educadoras sociais, inseridas naquele espaço, em responder alguns questionamentos sobre a sua própria saúde sexual. As mesmas dificuldades em discutir a saúde sexual pelas educadoras sociais também foram encontradas por Ribeiro (2020), em um estudo em que as educadoras sociais das unidades de acolhimento apresentavam-se angustiadas diante dos questionamentos de adolescentes que vivenciavam um processo de mudanças físicas e emocionais. Tais mudanças são inerentes ao processo de adolecer. Para a autora, as educadoras sociais tinham dificuldade em lidar com as questões da puberdade e toda a gama de discussões e experiências vivenciadas a partir da sua saúde sexual.

Naquele momento, era possível perceber que os discursos estavam permeados de (pré)conceitos e juízo de valores acerca da sua saúde sexual e das adolescentes acolhidas que, em alguns momentos, estão na condição de gestantes ou mãe com filhos pequenos. Esses discursos demonstraram que o indivíduo desempenha os *scripts* ou roteiros a partir da sua construção social.

Segundo Gagnon (2006), os roteiros sexuais aos quais os indivíduos foram construídos que determinará como devem ou não devem comportar-se no tocante às questões que envolvem a sexualidade (Gagnon; Simon, 2005). Eles são metáforas que conceituam a

elaboração de comportamentos na vida social, e estes *scripts* são determinados pelo gênero (Gagnon, 2006).

Essa assertiva possibilita inferir se as educadoras sociais tendem a reproduzir os roteiros ou *scripts* que apreenderam a partir da cultura e da história ao longo da sua vida no que se refere à saúde sexual, à sexualidade, ao sexo e ao prazer.

Tal inferência é corroborada num estudo realizado por Rodrigues (2016), no qual registra que as educadoras sociais perpetuam os modelos sociais de desigualdades de gênero e de repressão da sexualidade das adolescentes em situação de acolhimento. Para Bozon (2004), na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações. Admite-se que as sexualidades envolvem rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, entre outros (Louro *et al.*, 2019). Para os autores, esses processos são profundamente culturais e plurais, em que a sexualidade está inscrita nos corpos dos indivíduos que seguem os *scripts* ou roteiros sexuais apreendidos ao longo da vida.

Segundo Senem e Caramaschi (2017), todo ambiente é “sexualizado”, não sendo possível falar de sexualidade sem considerar a influência que ela recebe das diversas culturas nas diferentes sociedades, e o modo como as sociedades (indivíduos) vivem os seus valores morais influenciam os comportamentos sexuais, tornando-os culturalmente e historicamente construídos.

Numerosos fatores tributam na modelagem dessa experiência da sexualidade. Dentre elas, de maneira diferenciada, de acordo com os grupos sociais: as trajetórias biográficas, influência da religião, condições de vida, redes de sociabilidade, padrões de relações entre os sexos, uso do corpo e posição na estrutural social (Bozon, 2004).

Bozon (2004) aponta que as desigualdades sociais e econômicas, as diferenças culturais e étnicas, as relações de dominação e de colonização muitas vezes atuam nas relações, desejos e sonhos sexuais. A desigualdade dos grupos sociais e culturais se expressa em relações assimétricas entre o corpo, e em representações sexuais estereotipadas do outro, cultural ou social, que mais reforçam do que deslocam essas situações de desigualdade.

Ao refletir acerca desse grupo de educadoras sociais que atuam junto a adolescentes em situação de acolhimento, no tocante a sua saúde, e considerando os registros presentes na literatura sobre seu perfil social (Félix *et. al.*, 2020; Fonseca, 2017; Ribeiro, 2020), constata-se que, geralmente, elas vivenciam vulnerabilidades psicossociais, em particular, sobre a sua saúde nos diversos contextos. Tais vulnerabilidades são resultantes da construção social que perpassa pela saúde sexual, pela sexualidade e pelo sexo, historicamente atravessada por tabus

e preconceitos, e que incide na saúde da população feminina um perfil epidemiológico nada satisfatório. Por consequência, essas concepções podem influenciar sua prática de cuidado não formal, permeadas por desinformação, valores preestabelecidos e ou estigmas sociais referentes ao contexto dos adolescentes em situação de acolhimento que estão sob seus cuidados (Machado; Scott; Siqueira, 2018; Rodrigues, 2016).

As educadoras sociais das unidades de acolhimento, apresentam, em sua maioria, pouca escolaridade, e essa condição pode comprometer a condição de sua saúde sexual. A escolaridade, atrelada a uma menor condição socioeconômica, expõe a mulher aos riscos à sua saúde sexual. Geralmente, as vulnerabilidades sobre a sua saúde sexual, podem estar relacionadas com a concepção de saúde ligadas à reprodução que emerge das desigualdades de gênero. Os olhares que emergem e/ou emergem das desigualdades de gênero, em que a mulher era observada apenas pela sua capacidade de gestar, e não por meio de reconhecer a mulher como sujeito de direitos. Percebe-se que nas relações de poder são repetidas as ameaças de violência, que por vezes impossibilitam a mulher de alcançar práticas sexuais seguras (Machin *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2021).

Possivelmente, as educadoras sociais que atuam junto a adolescentes em situação de acolhimento podem influenciar de maneira positiva ou negativa o grupo de acolhidas. De fato, o modo como os indivíduos vivenciam os seus valores morais podem influenciar, de certo modo, nos comportamentos sexuais (Senem, Caramaschi, 2017). 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).

Para Bozon (2004), a vida sexual se apresenta em ciclos que vão desde adolescência, juventude e a terceira idade. E o lidar com os ciclos que apresentam uma construção da biográfica sexual característica de cada faixa etária, sendo estas características que, de certo modo, determinam o modo como o indivíduo se relaciona com a sociedade.

Ainda mais que, geralmente, seria na adolescência que há todo um processo de absorção acerca de comportamentos, atitudes e experiências compartilhadas por pessoas de seu contexto social. Essas características singulares nas questões que dizem respeito à sexualidade são corroboradas em um estudo realizado por Ribeiro (2020) junto às educadoras sociais. As profissionais veem 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. Segundo a autora, as educadoras sociais trazem um discurso politicamente correto, mas suas práticas sexuais são desprotegidas, por confiarem no parceiro. Entende-se que vivenciar a sexualidade é um fator essencial à qualidade de vida, que leva a diferentes formas de buscas, compreensão e vivências do prazer.

Ribeiro (2020) apontou que as educadoras sociais demonstraram conhecimento acerca da saúde sexual, contudo, não percebem o quanto estão expostas aos riscos oriundos das relações desprotegidas. Certamente, influenciadas pela ideia do amor romântico que, teoricamente, podem lhe conferir uma proteção.

Destaca-se que, ao considerarmos que esse grupo de profissionais tem contribuído, em sua maioria, de maneira positiva na vida da população de crianças e adolescentes acolhidos, é possível pensar que as atitudes e comportamentos das educadoras sociais, no que diz respeito a sua própria saúde sexual, possam influenciar a prática do cuidado e a construção dos vínculos com as adolescentes em situação de acolhimento. Suas ações de cuidado junto às adolescentes podem apresentar embates, rigidez nas atitudes e preconceitos, como também podem indicar uma promoção da saúde calcada na não violação de direitos.

Nesse sentido, as educadoras sociais constituem um segmento social importante devido à sua atuação junto a adolescentes em situação de acolhimento. Entende-se que as educadoras sociais precisam ser instrumentalizadas, a fim de alcançarem um entendimento sobre as políticas públicas de saúde, as quais devem compreender os direitos sexuais como parte integrante dos direitos humanos, assim como levar em consideração a diversidade e as necessidades específicas da população feminina, como as necessidades de educadoras sociais (Brasil, 2004; 2011; International Conference on Population and Development, 1994).

No intuito de identificar as publicações sobre a temática deste estudo, foi possível identificar a ausência de um termo controlado para descrição do “educador social” no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Entretanto, a produção científica está atrelada, majoritariamente, à pessoa responsável em promover um cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Ao realizarmos uma pesquisa bibliográfica para conhecer as produções que abordavam o educador social, optou-se por utilizar as palavras-chaves, como “educador social” e “unidade de acolhimento”. Seguindo o fluxograma contido no Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), encontramos 45 trabalhos científicos e, desse total, perfizeram um total de 11 artigos apontando, basicamente, a formação do educador social e o educador social como agente de transformação na vida de adolescentes em situação de acolhimento (Penna *et al.*, 2021). Diante das literaturas

estudadas, verificou-se que as educadoras sociais, na condição de mulheres, possuem vulnerabilidades relacionadas à sua saúde sexual. E, ao desempenharem um cuidado não formal desenvolvido junto às adolescentes em situação de acolhimento, podem trazer na sua prática percepções sobre a sua saúde sexual e sexualidade, especialmente, por atuarem a partir de suas vivências pessoais.

Tal afirmação é ancorada nos seguintes pressupostos: as educadoras são, na maioria, mulheres e vivenciam, no contexto social de uma sociedade patriarcal, as desigualdades de gênero; as educadoras sociais recebem baixas remunerações; as educadoras sociais não possuem uma educação permanente no serviço de acolhimento que as capacitem sobre ações de cuidado e orientações acerca da saúde sexual; as educadoras sociais desenvolvem um cuidado não formal junto às adolescentes em situação de acolhimento considerando suas percepções, conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação à sua saúde sexual.

Considerando tais pressupostos no tocante à saúde sexual de educadoras sociais, houve o despertar para algumas questões norteadoras:

- a) Qual é a caracterização sociodemográfica das educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes femininas?
- b) Quais são as percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual? Como a saúde sexual se expressa na vida das educadoras sociais? Como elas cuidam da sua saúde sexual?
- c) Como as percepções atitudes e comportamentos das educadoras sociais sobre saúde sexual influenciam no desenvolvimento de cuidados não formais às adolescentes em acolhimento institucional?

Objetivos do estudo

Este trabalho tem por intuito prover subsídios para maior compreensão sobre a saúde sexual das educadoras sociais de unidades de acolhimento, favorecendo a sensibilização e instrumentalização das profissionais, um diagnóstico sobre sua saúde, e, conseqüentemente, ampliando as possibilidades de ações educativas de saúde delas com vistas ao desenvolvimento de um cuidado não formal institucionalizado.

Objetivo Geral

Analisar as percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional.

Objetivos Específicos

- a) Traçar a caracterização sociodemográfica das educadoras sociais que atuam em instituições de acolhimento para adolescentes;
- b) Conhecer as percepções das educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes sobre saúde sexual;
- c) Descrever a relação de cuidado das educadoras com a sua saúde sexual;
- d) Discutir a influência das percepções das educadoras sociais acerca da saúde sexual sobre os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional.

Relevância do estudo

Percebe-se a relevância deste estudo para o ensino, assistência e pesquisa não só pelo número pequeno de dados produzidos, mas por se tratar de uma temática pouco observada. Ao debruçar sobre as produções que relacionassem as questões acerca da saúde sexual da educadora social que atua junto às adolescentes acolhidas, percebeu-se uma escassez de produções acerca da percepção de cuidado com a sua própria saúde sexual, de que maneira realizam esse cuidado, bem como o manejo junto ao grupo de acolhidas.

Considera-se ainda que a saúde sexual de educadoras sociais que atuam em unidades de acolhimento é uma temática pouco aprofundada, pretendendo-se também contribuir com o incremento de novas pesquisas que possam subsidiar informações para esse grupo de mulheres e, conseqüentemente, as informações sobre a perspectiva das educadoras sociais sobre a saúde sexual e a influência deste cuidado não formal desenvolvido junto às adolescentes femininas em situação de acolhimento.

Este estudo tem inserção no Grupo de Pesquisa “Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem”, além de pertencer à Linha de Pesquisa – Saberes, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEMÁTICA

1.1 Conhecendo a categoria da educadora social

O trabalho voluntariado junto a crianças e adolescentes nas unidades de acolhimento traz em seu bojo um histórico de carência de profissionais técnicos, o que, por sua vez, reflete no desenho do social e da organização da problemática da infância e da adolescência em suas tramas institucionais, especialmente no período que antecede a existência do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990; Giroto; Amador, 2017).

A educadora social é uma profissional multifacetada, cuja ação principal está direcionada a pessoas individuais, grupos ou comunidades, de múltiplas realidades, que se concretiza nas ações socioeducativas com finalidades socializadoras, de promoção, participação, desenvolvimento e transformação social dos grupos alijados (Lopes; Souza Neto, 2018; Veiga; Cardoso, 2011).

As ações socioeducativas desenvolvidas pela educadora social se dão através da educação não formal junto às crianças e adolescentes em situação de acolhimento. No contexto institucional, as educadoras sociais tornam-se responsáveis pela aplicabilidade da educação não formal e adotam o lugar temporário de referência afetiva, em substituição aos responsáveis legais, de modo a acompanhar as crianças e adolescentes dentro e fora da instituição (Bassoli; Figueiredo, 2020). A educação não formal é um termo indissociável da educação formal, mesmo sendo distinta; já a informal, por muitas vezes, é confundida por alguns autores com a não-formal. Compreende-se que a construção de saberes tende a ser desenvolvida em uma relação de espaços e em grupos diferenciados, com conceitos, características e atributos distintos (Gohn, 2006).

A educação não formal tem como proposta capacitar os indivíduos a se tornarem cidadãos do mundo, no mundo, norteados pela expansão do conhecimento sobre o mundo que os circunda (Gohn, 2006). A educação não formal é regida sob outro enfoque, o qual toma como prioritárias as categorias espaço e tempo, pelo fato, em especial, de a educação não formal não apresentar um currículo com conteúdo e temas definidos a priori (Gohn, 2016; Perrude; Silva, 2022).

Ela aborda questões relacionadas ao desenvolvimento tanto profissional como pessoal e propriamente dito a aprendizagem dos sujeitos nos mais diferentes espaços (Pinheiro; Esper Stival, 2018). As atividades educacionais não formais podem ser desenvolvidas em diferentes espaços, como empresas, penitenciárias, hospitais, Centro de Referência de Ação Social (CRAS), museus, editoras, instituições de acolhimento, Organizações Não Governamentais (ONGs), clínicas e em locais em que possam ser oferecidos cursos, e/ou que há construção e planejamento e atendimento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, por meio de atividades de cunho educacional (Pinheiro; Esper Stival, 2018). 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 (Gohn, 2006).

Entretanto, diversos são os desafios encontrados pelas educadoras sociais no desenvolvimento de ações educativas não formais em instituições de acolhimento. A complexidade no lidar com o abandono/negligência que deixa marcas na vida de crianças e adolescentes está para além dos cuidados de alimentação e higiene pessoal. Cabe à educadora social o trabalho, junto à adolescente, de resgate da cidadania.

Recentemente, o educador social foi reconhecido como categoria profissional, estando inserida na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Dentre as atividades laborais da educadora social, está a garantia dos direitos das pessoas em situação de risco pessoal e social. Dessa forma, a presença do educador social nos espaços de acolhimento demonstra um alinhamento institucional aos critérios propostos na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB/RH-SUAS) (Brasil, 2009a).

Nesse contexto, a NOB/RH-SUAS (2005), estabelece que as equipes de referência devem ser constituídas por servidores efetivos. Cabe ressaltar que essa não é a realidade da grande maioria das instituições de acolhimento no país. E ainda que a instituição tenha em seu quadro servidor efetivo, isso não traduz que estes profissionais estariam preparados para lidar com crianças e adolescentes em situação de acolhimento (Pereira; Pereira; Johnson, 2011).

O educador social é responsável 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). Mas como garantir essas ações sem

conhecer a própria condição de saúde dos educadores sociais, suas atitudes, comportamentos e percepções?

Uma conquista importante para a consolidação do educador social como categoria profissional ocorreu em 2011, com o reconhecimento dos cargos e papéis dos trabalhadores de ensino médio que atuam no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nas funções de educador social. A elaboração da Resolução nº 9, de 15 de abril de 2014, ratificou e reconheceu as áreas e as ocupações de profissionais de ensino médio no contexto do SUAS, neste caso, como Educador Social (Brasil, 2014).

Entretanto, diante de alguns avanços, o Educador Social, como categoria profissional, apresenta algumas fragilidades ante a necessidade de profissionalização. Isso se deve a diversificação do trabalho social em vários espaços e a partir dos Projetos de Lei (PL) apresentados ao Poder Legislativo para normatizar a profissão de Educador Social no Brasil. Segundo Pereira (2016), o primeiro projeto individualizado nº 5346/2009, busca atender aos anseios da Associação de Educadores Sociais do Ceará (AESC); e o segundo, nº 328/2015, trata dos anseios dos integrantes da Associação dos Educadores Sociais de Maringá (AESMAR). Importante ressaltar que os projetos que tramitam em casas diferentes, contudo, são dois projetos que apresentam questões importantes a partir da intencionalidade dos grupos que têm se engajado nas disputas por este campo.

O Projeto de Lei (PL) nº 5.346/2009 institui a profissão de Educador Social, contudo, a atividade laboral já existia, mas não existiam normas jurídicas para o reconhecimento da profissão, e esta PL apresenta inconsistências passíveis de questionamentos (Bauli; Müller, 2019).

O primeiro ponto diz respeito a delegar ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) a incumbência na elaboração de uma Política Nacional de Formação em Educação Social, sendo que esta competência é da Presidência da República, ou seja, esta proposta é irregular diante do impeditivo, e consta no art. 9º da Lei Complementar nº 95/1998, que prevê: “Art. 9º. A cláusula de revogação deverá enumerar, expressamente, as leis ou disposições legais revogadas” (Brasil, 1998).

O segundo ponto diz respeito às modificações realizadas que alteraram o texto original. Havia uma descrição dos termos como “Educador ou Educadora Social”, mas os termos foram substituídos por “Educador Social, pedagogo social e de profissionais com formação específica em Pedagogia Social” (Brasil, 1988). Além disso, a escolaridade mínima desejável era o ensino médio para desempenho da profissão.

E o terceiro ponto diz respeito aos cenários de atuação, que, segundo a PL, seriam nos contextos educativos situados fora do âmbito escolar.

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 328/2015 propõe a unificação das propostas de regulamentação da profissão de Educador Social. Atualmente, este projeto encontra-se na Comissão de Educação, Cultura e Esporte para discussões sobre o nível de escolaridade mínima (nível superior) para o desempenho da atividade de educadora social. Até o momento, ambas as propostas aguardam um posicionamento dos seus pares, ou seja, os espaços legislativos.

Compreende-se que as lutas pelo campo se fazem presentes em todos os espaços. É notório perceber que os embates se dão entre os campos do saber prático e popular, e no campo da academia. Os saberes devem se juntar para que tradição e ciência se somem na direção do avanço do conhecimento, para que possam inventar-se e reinventem nas ações e teorizações, para que o atendimento das demandas não estejam engessados pelo tempo (Müller; Bauli, 2017). O pano de fundo desta disputa de campo parece ser o indivíduo em risco pessoal e social, mas é possível observar que a luta por este campo está para além do indivíduo em situação de acolhimento institucional. As lutas descritas em alguns parágrafos buscam estabelecer quem formará esta educadora social e, em ambas as propostas, originam-se da Pedagogia Social.

A Pedagogia Social é a ciência da educação social que tem buscado sistematizar práticas educativas, teorizando, apontando os seus contrassensos, avanços e retrocessos epistemológicos, evidenciando as suas finalidades sociais, políticas e ideológicas (Pereira, 2016). A educação social se define como uma prática educativa que busca a integração dos diversos indivíduos e grupos marginalizados, lutando para que estes sejam considerados como sujeitos de direitos; portanto, uma educação que está, ao mesmo tempo, dentro e fora dos muros dos espaços educacionais, que pertence tanto ao campo das práticas pedagógicas formais como não formais (Pereira, 2016; Gohn, 2006).

Apesar destas questões não serem o objeto deste estudo, acredita-se ser importante trazer à baila as proposições que, de certa maneira, influenciam os, até então, “Educadores Sociais”, bem como a sua maneira de cuidar do outro. Na perspectiva do cuidado do outro, é sabido que nos espaços de acolhimento institucional, a presença de mulheres tem sido uma realidade, principalmente, nas unidades que acolhem as adolescentes femininas (Ribeiro, 2020; Félix *et. al.*, 2020).

Logo, em ambas as propostas, não foi possível identificar o perfil que tem sido descrito nos diversos estudos, assim como as especificidades que apresentam este grupo

responsável pelo cotidiano de crianças e adolescentes institucionalizadas. Mulheres que mesmo apresentando fragilidades no processo de formação e capacitação para atuar junto a crianças e adolescentes lançam mão das suas experiências pessoais para cuidar e assistir estes grupos sob sua responsabilidade (Carinhanha, 2009; Araújo, 2016). Esse grupo de mulheres se depara com diversas realidades nos cenários de acolhimento: crianças e adolescentes que vivenciaram violências física, psicológica, sexual perpetradas por familiares, consumo de drogas e álcool (Ramos *et al.*, 2020). E que, de certa forma, irá requerer deste grupo de educadoras sociais um equilíbrio emocional necessário para lidar com questões que geram inquietações e fragilidades nestas profissionais.

1.1.1 Perspectivas de gênero associadas ao perfil sociodemográfico e os cuidados não formais de educadoras sociais

O perfil sociodemográfico das educadoras sociais observados nos estudos realizados em unidades de acolhimentos apontaram, basicamente, pelo sexo feminino quase na sua totalidade (Brito; Souza, 2011; Cavalcante; Corrêa, 2012; Félix *et al.*, 2020; Fonseca, 2017; Furtado *et al.*, 2019; Ribeiro, 2020; Santos; Vargas; Melo, 2018).

O predomínio de mulheres na composição da equipe de educadoras sociais demonstra uma forte tendência das questões de gênero ligadas ao cuidado, o cuidar do outro e dos cuidados com afazeres domésticos, trazendo a ideia de que a mulher possui atributos inerentes ao cuidar, além de inferir que teria a facilidade para acolher, cuidar, proteger, oferecer segurança e dar apoio. São as mulheres, que ao longo da história, ocupam-se do cuidado físico do outro, seja no âmbito doméstico ou profissional. Portanto, concerne a experiências tanto em casa como mães, quanto no campo profissional como educadoras, reforçando as questões de gênero (Brito; Souza, 2011; Correa; Cavalcante, 2013).

A educadora social estabelece uma rede de proteção, a fim de auxiliá-la no lidar com as histórias de vida de cada adolescente, buscando fortalecer a autoestima e a construção da identidade, de modo a preservar sua história de vida junto aos adolescentes (Brasil, 2009a; Carvalho *et al.*, 2015; Ribeiro, 2020).

Cabe destacar que as educadoras sociais lidam com as histórias de vida de adolescentes que estão entrelaçadas com as frustrações e o sofrimento na esfera familiar, que, em muitas das vezes, são o motivo do seu acolhimento. Por isso, a afetividade é essencial na

promoção do diálogo e da interação entre a educadora social e as acolhidas. A afetividade também se torna uma condição básica para o manejo junto à população de acolhidas, sendo fundamental na construção de vínculos nos espaços de acolhimento. A expressão de afetividade se diferencia de uma pessoa para outra e mudam no decorrer do tempo e dos contextos (Gulassa, 2010a).

Por outro lado, o afeto não deve instigar a dependência, e sim promover a autonomia. Nesse sentido, a educadora social deve se distanciar das relações assistencialistas, marcada pelo excesso de proteção, a fim de não comprometer as fases do desenvolvimento da acolhida, na ideia de não gerar uma dependência emocional e afetiva. Embora a unidade de acolhimento constitua-se num sistema de cuidado profissional, mas permeado de subjetividade, ele precisa ser um espaço afetivo (Carvalho *et al.*, 2015; Gulassa, 2010a).

As educadoras sociais atuam a partir de um cuidado não formal, ou seja, um cuidado subjetivo, que se refere aos aspectos subjetivos da relação entre o profissional e a pessoa que recebe o cuidado, de modo que ambas se envolvem em um processo que perpassam pelo compartilhamento de experiências pessoais, sentimentos, valores, significados e as diferentes formas de vivenciar e enfrentar situações cotidianas (Nunes; Silva; Pires, 2011). Desta maneira, é primordial refletir acerca do cuidado não formal desenvolvido, uma vez que crianças e adolescentes podem permanecer por um longo tempo institucionalizado, sendo necessário promover condições favoráveis ao desenvolvimento humano (Carvalho *et al.*, 2015).

As condições favoráveis para o convívio diário das educadoras sociais com as adolescentes acolhidas reforçam laços afetivos e contribuem para a formação do vínculo, sendo este um fator positivo na construção da identidade, na socialização e no desenvolvimento de crianças e de adolescentes que vivenciam o dia a dia de uma unidade de acolhimento (Lemos; Barbalho; Bona, 2018).

Entende-se que não existe nenhuma metodologia de trabalho prescrita a ser aplicada pelas educadoras sociais, o que existe é uma prática de cuidados não formais norteada pelas suas vivências e por sua visão de mundo, mas que podem ser permeadas de pré-conceitos (Ribeiro, 2020). Uma prática que se reelabora a cada momento, principalmente, a partir do diálogo que consolida os cuidados não formais, onde há trocas de práticas e saberes (Lemos; Barbalho; Bona, 2018; Ribeiro, 2015).

A educadora social na prática de cuidados não formais tende a ressignificar os saberes e a apreender e acolher o novo, enquanto teoria ou enquanto acontecimento. Isso ocorre nos encontros com o outro ou com o cotidiano, os quais geram mudanças no pensar,

agir e na maneira de ser (Souza Neto, 2012). Na intenção de promover a interação e quebrar o silêncio entre ambos, a fim de estabelecer os vínculos, torna-se essencial um ambiente confortável por meio do diálogo e da escuta ativa, respeitando a capacidade de entendimento de cada criança e adolescente. A escuta ativa não é aconselhamento nem terapia. É uma maneira solidária de administrar o diálogo, de forma a ajudar a pessoa escutada a restaurar um laço de confiança, na medida em que se perceba compreendida e respeitada (Brasil, 2005a).

Desta forma, a escuta ativa nos espaços de acolhimento pode ser vista como uma habilidade ideal para as educadoras sociais que lidam neste cenário. Nesta perspectiva, um dos formatos inovadores para o cuidado tem sido desenvolvido, com destaque para a escuta qualificada: uma tecnologia leve, que envolve relações como o diálogo, o vínculo e o acolhimento, que contribuem para o fortalecimento das relações interpessoais, minimizando o sofrimento dos indivíduos (Maynart *et al.*, 2014).

Acredita-se que há todo um movimento de resgate ao ser humano na reinserção social destes grupos populacionais na sociedade. Através das atividades cotidianas, os profissionais validam o respeito aos direitos humanos e colaboram na superação dos sinais deixados pelas ameaças e riscos sociais, de forma a favorecer a (re)construção de um futuro mais promissor (Ferreira; Santos, 2019).

Lidar com as mazelas alheias e estigmas não é tarefa fácil, nem um tanto aprazível. Ainda assim, os educadores sociais, geralmente, trabalham de maneira empírica, não desmerecendo o conhecimento científico proveniente da Pedagogia Social e dos pesquisadores da profissão, contudo, grande parte das educadoras sociais labuta junto às crianças e adolescentes acolhidos partir das suas próprias experiências de vida.

Nessa perspectiva, os educadores sociais tentam trazer para o seu dia a dia o que é bom ou ruim a partir das verdades que eles possuem. Tanto as capacitações quanto formação continuada poderiam apoiá-las no manejo de situações geradoras de estresse nos espaços de acolhimento institucional. Os documentos relacionados à atuação destas profissionais reforçam a ideia de que para exercer a função de educador social são necessárias capacitações adequadas para desempenho do seu papel junto às adolescentes acolhidas. A educadora social deve receber suporte das coordenações e participar dos processos de educação permanente, bem como ter acesso aos espaços de diálogo e trocas, nos quais possam compartilhar suas experiências. Nessa perspectiva, é necessária a criação de espaços próprios para o educador social lidar com seus sentimentos, como as angústias, os amores e as manifestações de raiva, ou seja, um caminho para “cuidar de quem cuida” (Magalhães; Costa; Cavalcante, 2011).

Os educadores sociais reconhecem a importância da capacitação como aprimoramento profissional do processo de trabalho, por lidarem, no cotidiano das instituições, com necessidades específicas de crianças e adolescentes institucionalizados, que, na maioria, são usuários de substâncias, provenientes das ruas e que têm histórico de exclusão social e familiar (Penna *et al.*, 2012a; Ramos *et al.*, 2020).

A figura da educadora social é essencial para o desenvolvimento de cuidados não formais das adolescentes acolhidas. O acolhimento institucional é constituído especialmente pela função da educadora social, sendo esta a figura de referência mais próxima de adulto para estes grupos institucionalizados. São responsáveis pelo cuidar e educar, com gestos de cuidado, diálogo e atenção, contribuindo para a formação de vínculos interpessoais (Avoglia; Silva; Mattos, 2012).

As ações “educar e cuidar” precisam ser harmônicas e concomitantes, sem sobreposições, no sentido de assegurar condições favoráveis ao desenvolvimento das condições humanas (Avoglia; Silva; Mattos, 2012; Barros; Naiff, 2015; Magalhães; Costa; Cavalcante, 2011).

Entende-se que as práticas desenvolvidas pelas educadoras sociais são identificadas como extensivas, propondo a construção de novas perspectivas, com a sua participação no fortalecimento das relações sociais ou familiares de crianças e adolescentes acolhidas, vista as diversas situações de fragilidade vividas (Avoglia; Silva; Mattos, 2012; Barros; Naiff, 2015; Cintra; Souza, 2010; Magalhães; Costa; Cavalcante, 2011).

Pereira, Pereira, Johnson (2011) afirmam que os educadores sociais relatam os vários problemas que são enfrentados no dia a dia, como a escolha pelo trabalho na instituição de acolhimento sem conhecer sua realidade; a ausência de perfil adequado para atuar na instituição; as dificuldades para lidar com as diferentes faixas etárias; e ausência de cursos e capacitação para conhecer os diversos assuntos rotineiros do trabalho.

Dentre os cuidados não formais desempenhados pelos educadores sociais estão ações voltadas para a promoção da saúde, alguns estudos apontam que, basicamente, as ações estão voltadas para o cuidado com o corpo, sensibilização para o não uso de drogas e a prevenção das gestações e das ISTs. O educador social se depara com algumas limitações para lidar com questões sobre a saúde reprodutiva e sexual, bem como a sexualidade.

De acordo com Ribeiro (2020), as situações relativas às temáticas de sexualidade eram vistas como um “problema” no espaço de acolhimento. Neste contexto, segundo a autora, as educadoras sociais sentiam-se inseguras e incapazes para lidar com os questionamentos apresentados pelos adolescentes acolhidas e, por vezes, sentiam-se

constrangidas ao serem abordadas sobre a temática da sexualidade ou quando presenciavam alguma situação de intimidade entre as adolescentes. Em um outro estudo, realizado por Félix *et al.* (2020), afirma-se que os educadores sociais não apresentavam compreensões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Há uma dificuldade em abordar determinadas temáticas, como, por exemplo, a saúde sexual, que devem ser comuns, tanto para a educadora social quanto para adolescentes acolhidas. Rodrigues (2016) identificou dificuldade por parte dos educadores sociais em falar sobre sexo, relações sexuais e sexualidade com adolescentes acolhidas. Os tabus, a vergonha, o medo dos julgamentos, estiveram presentes a todo tempo nas narrativas das adolescentes. A vergonha pode ser o produto de um desenvolvimento sexual socialmente repressor, no qual o padrão moral conservador ainda permanece presente na sociedade e leva as adolescentes a uma situação conflituosa em relação à sexualidade (Rodrigues, 2016; Taquette, 2009). Temas polêmicos acerca da saúde sexual demanda uma compreensão ampla da realidade e desenvolvimento do pensamento crítico, exigindo, portanto, um maior preparo da educadora social.

A educadora social ao expressar sentimentos importantes como o zelo, o afeto e o respeito, pode fazer com que as adolescentes reproduzam essas qualidades (Avoglia; Silva; Mattos, 2012). A educadora social tem sido agente da transformação social, ou seja, articulador de um processo coletivo, comprometido com a sociedade, de forma consciente e crítica.

Diversos são os desafios encontrados pelas educadoras sociais que atuam nas instituições de acolhimento, pela complexidade no lidar com o abandono e a negligência que marcam a vida de crianças e adolescentes. Demonstram que os desafios estão para além dos cuidados não formais, como alimentação e higiene pessoal, demandam do preparo de profissionais.

Considerando o perfil das educadoras sociais que atuam junto a adolescentes, as questões de gênero feminino estão intimamente ligadas a percepção da sua própria saúde sexual. O gênero, o sexo e a sexualidade são encarados como uma tríade em que há uma relação causa-efeito: o sexo define o gênero, que define a sexualidade. A definição de gênero produz a delimitação de aceitação apenas para a heterossexualidade. Aqueles que não se enquadram no que foi normalizado e instituído findam nos polos marginalizados e são tidos como minoria (Carrato; Santos, 2014).

Entende-se ser imperativo considerar o contexto social e político que as mulheres estão inseridas e que, conseqüentemente, influenciam sobre a percepção, o cuidado sobre a sua

saúde sexual, e, a partir desta percepção, o modo como elas desenvolvem os cuidados não formais juntos às adolescentes acolhidas.

As educadoras sociais, principalmente, de unidades de acolhimentos de adolescentes, é composta majoritariamente por mulheres e, possivelmente, isso possa ser explicado pelas características das funções a serem exercidas pela profissional. Basicamente, são ações de cuidado, ações de promoção da inserção familiar de jovens, ações educativas de promoção da cidadania, ou seja, ações mais comuns ao gênero feminino.

Faz-se necessário o entendimento mais ampliado de que gênero não se refere às características sexuais; ele busca superar a polarização entre o que seja feminino e masculino em uma determinada sociedade e em um período histórico, visualizando homem e mulher como membros de uma relação igualitária, ambos em constante relação e não como opositores entre si (Louro, 2008; Scott, 1995).

O termo “gênero” tem sido definido como uma construção histórica e cultural dos papéis sociais que rompe padrões de “comportamentos, atitudes, expectativas, valores, estereótipos” estabelecidos pela sociedade para homens e mulheres (Diniz; Alves, 2015; Scott, 1995). Contudo, não há dúvidas da influência nas questões de gênero a partir das atitudes, comportamentos, e, conseqüentemente, na percepção das educadoras sociais sobre saúde sexual. Há uma tendência natural do ser humano em reproduzir o seu modo de enxergar o mundo seja nas questões profissionais, pessoais, e, certamente, os temas relacionados à saúde sexual.

A partir de um olhar analítico da categoria de gênero sobre as características do perfil sociodemográfico das educadoras sociais, torna-se possível a compreensão da condição de sua saúde sexual, a qual deve vivenciar as repercussões considerando a desigualdade de gênero presente na sociedade.

1.2 Os olhares das Políticas Públicas sobre a saúde sexual

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 infecções sexualmente transmissíveis. O campo da saúde sexual e reprodutiva é fértil para se identificar restrições abusivas de direitos e liberdades (Brasil, 2013b). Acerca da saúde sexual temos na Organização Mundial de Saúde (OMS) a definição clássica:

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 OMS define a saúde sexual como uma habilidade de mulheres e homens desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de infecções sexualmente transmissíveis, gravidezes não desejadas, coerção, violência e discriminação (World Health Organization, 2006). A saúde sexual integra os aspectos sociais, psicossomáticos, intelectuais e, principalmente, emocionais (Alves, 2013). Nesse sentido, deve ser possível 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).

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, tanto para as educadoras sociais quanto para as adolescentes em situação de acolhimento. Tradicionalmente, as questões e percepções relacionadas à saúde sexual são pouco ou mesmo não são abordadas (Brasil, 2013b).

O Ministério da Saúde (MS), ao editar um caderno sobre saúde sexual e reprodutiva (2013b), teve por finalidade de ofertar orientações técnicas para a atuação dos profissionais inseridos no cenário da Atenção Básica. Essa produção governamental traz questões

imprescindíveis para a sociedade, mas que ainda são observadas com lentes permeadas de preconceitos e tabus. Entende-se que, conforme o entendimento e a compreensão sobre a sexualidade humana se tornam ampliados, devem ser realizadas capacitações, principalmente, para os profissionais que atuam na área da saúde, para não se percebam despreparados ou desconfortáveis no lidar com a temática da saúde sexual. É necessário compreender para poder buscar a própria saúde sexual. E devido à condição de interação próxima com os adolescentes acolhidas, a educadora social deve ter uma visão diferenciada sobre a sua saúde sexual e seu impacto sobre a saúde desse grupo de adolescentes (Ribeiro, 2020). Acredita-se que, seja em uma relação heterossexual ou não, é fundamental que a mulher conheça a si própria e entender os fatores que interferem em sua saúde sexual (Ventriglio; Bhugra; 2019).

Ribeiro (2020) aponta que olhares impressos em situações de distanciamento do conhecimento dificultam o compartilhar e a troca de experiências entre ambos. A grande maioria não possui capacitações específicas sobre a temática da saúde sexual, e, no dia a dia, quando necessitam orientar as adolescentes acolhidas trazem as suas percepções como verdades absolutas. Essa realidade tem na prática das educadoras sociais a visão de mundo e valores pessoais que elas possuem ao cuidar de adolescentes em situação de acolhimento a partir das suas próprias experiências de vida (Nörnberg; Menezes, 2011). Comumente, as questões relacionadas à saúde sexual para os educadores sociais são evitadas, e não apenas por estas profissionais, mas de maneira em geral pela sociedade (Ribeiro, 2020).

A saúde sexual destaca temáticas que envolvem uma compreensão mais ampla da realidade, demandam estudos, reflexões, desenvolvimento do pensamento crítico e, portanto, exigindo um maior preparo das educadoras sociais (Ribeiro, 2020).

Ao se debruçar sobre as percepções de educadoras sociais sobre a sua saúde sexual, percebem-se diferentes dinâmicas dentro desse espaço que surgem como fontes ricas de saberes. Diversas são as vivências dos adolescentes durante o acolhimento e compartilhadas com as educadoras sociais. Entende-se, portanto, que as educadoras sociais, a partir de sua interação próxima com as adolescentes, podem ter uma percepção equivocada sobre a saúde sexual e seu impacto sobre o cuidado da sua própria saúde sexual. E, conseqüentemente, um olhar equivocado para as questões sobre saúde sexual, produzindo fragilidade neste processo de educação em saúde das adolescentes, tendo em vista que as educadoras sociais, em sua maioria, não possuem o conhecimento técnico-científico.

As evidências científicas têm demonstrado que o acesso a serviços de saúde sexual tende a salvar vidas, melhora a saúde e o bem-estar. O acesso pode contribuir na promoção da igualdade entre homens e mulheres, aumenta a produtividade e o rendimento das famílias.

Além dos benefícios multigeracionais, ao melhorar igualmente a saúde e o bem-estar das crianças (Starrs *et al.*, 2018).

Ao investigar a percepção das educadoras sociais sobre sua saúde sexual, abordando as perspectivas de gênero, entende-se ser possível dar voz a esse grupo de pessoas pouco visíveis na sociedade, além de subsidiar junto a esses profissionais as reflexões sobre a sua saúde, assim como favorecer uma reflexão das suas abordagens junto aos adolescentes em situação de acolhimento. A saúde sexual ocupa um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis (Brasil, 2013b; Starrs *et al.*, 2018).

A saúde sexual deve ser considerada como a capacidade dos indivíduos em experimentar e expressar sua sexualidade, de forma segura e agradável (Brasil, 2013b). Em todas as etapas da vida do indivíduo, a sexualidade deve ser considerada uma dimensão fundamental que envolve práticas e desejos relacionados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde (Rodrigues; Wechsler, 2014).

Para Alves (2013), a sexualidade está para além do ato sexual ou do acasalamento, é considerada uma energia que produz os encontros amorosos, promove o contato íntimo e afetivo com outros seres. A sexualidade humana é uma construção histórica, sociocultural e multifacetada cercada de um universo abstrato (Rodrigues; Wechsler, 2014; Galli, 2013). A sexualidade refere-se às elaborações culturais sobre os prazeres e os intercâmbios sociais e corporais (Araújo; Penna, 2014; Milanese *et al.*, 2020). Para as autoras a sexualidade é, especialmente, uma construção de corpos, desejos, comportamentos e identidades. Influencia e é influenciada por pensamentos, sentimentos, aspectos fisiológicos e psicológicos (Alves, 2013).

A sexualidade possui um aspecto central do ser humano ao longo da vida influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais, e que engloba sexo, identidade de gênero e papéis, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução (Rodrigues; Wechsler, 2014).

Em outras palavras, possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais, valorizando a vida, as relações pessoais e a determinação pessoal de cada indivíduo (Brasil, 2013b).

Desse modo, o propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o benefício da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à

reprodução e as infecções sexualmente transmissíveis (IST). E, corroborando com essa ideia enviesada sobre o cuidado com a saúde sexual, desde a pré-adolescência, as meninas são estimuladas a realização dos exames ginecológicos preventivos, pois – mesmo sem ser questionadas – já se presume que o corpo feminino, em algum momento, abrigará um novo ser e precisa estar saudável e preparado para esse “cuidado” (Botton; Cúnico; Strey, 2017).

Alguns dos documentos nacionais, como ECA e o CONANDA, apresentam orientações acerca da importância no desenvolvimento de atividades que abarquem a sexualidade e a diversidade sexual, e estes sejam temas que figurem em cursos de capacitação inicial das educadoras sociais (Brasil, 1990; 2009a). Há de pensar que tais temáticas possuem uma carga cultural e histórica de difícil discussão nas diversas esferas da sociedade, logo, percebe-se que não é uma tarefa fácil a ser realizada junto a determinados grupos de trabalho, em decorrência da escassez de conhecimento quando os assuntos envolvem a saúde sexual, sexualidade, sexo e tudo que diz respeito à intimidade de cada indivíduo.

Abordar a saúde sexual perpassa por uma gama de problemas identificados, mas não discutidos por homens e mulheres, as chamadas “disfunções sexuais”. Quando algum dos fatores pertinentes à sexualidade é comprometido, pode-se dar um quadro de disfunção sexual (DS), que se caracteriza por uma incapacidade de participar da atividade sexual de maneira satisfatória (Abdo, 2006). As disfunções sexuais são problemas que ocorrem em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, por falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento dessas fases, manifestando-se de forma persistente ou recorrente. Por exemplo, homens que não tenham ereção ou tenham ejaculação precoce, mulheres que nunca tiveram ou frequentemente não tenham orgasmo (Brasil, 2013b). No tocante à população feminina, a disfunção sexual feminina (DSF) abrange por toda a circunstância em que a mulher não consegue finalizar uma relação sexual ou o ato sexual que seja insatisfatório para si e/ou para o seu parceiro por uma sensação de desconforto ou dor na hora do ato (Ribeiro; Magalhães; Mota, 2013).

Em um “Estudo Comportamento Sexual do Brasil”, 49% das 1.219 mulheres reportaram pelo menos um tipo de disfunção sexual, sendo a mais comum o transtorno do interesse sexual (Abdo *et al.*, 2004). Estima-se que entre 40 e 45% das mulheres e de 20 a 30% dos homens tenha alguma queixa de disfunção sexual (Lewis *et al.*, 2004). Um quantitativo significativo de mulheres admitiu que o profissional ginecologista possui um papel fundamental no diagnóstico e manejo das dificuldades sexuais e gostariam que eles fossem mais qualificados nesta área. E, ainda assim, grande parcela de mulheres não procura

ajuda médica por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamento subprofissionalizado (Abdo; Oliveira Junior, 2002; Berman *et. al.*, 2003).

Vale ressaltar que, apesar dos estudos apontarem que uma pequena parte das mulheres busca os serviços de saúde para resolverem os seus problemas que comprometem a sua função sexual, quando se volta para a população masculina, os números são ínfimos. Entende-se que existe todo um arcabouço histórico ancorado no patriarcalismo de que os homens não adoecem, ou melhor, não verbalizam os problemas na sua saúde sexual, pois reconhecer o problema poderia comprometer a sua virilidade. Desta maneira, os números desvelados, ainda que pequenos, são das mulheres que se despem da vergonha e seguem em busca de solucionar as disfunções sexuais (Abdo; Oliveira Junior, 2002; Berman *et. al.*, 2003).

As disfunções sexuais (DS) podem ser desencadeadas por causas orgânicas e, muitas vezes, agravadas pela sua repercussão emocional. Outros fatores são desencadeantes da disfunção sexual, tais como culturais, culpa, habilidade para desfrutar do sexo, qualidade do relacionamento, habilidade em manter a atenção aos estímulos sexuais, estresse agudo e crônico, vinculação e humor, menopausa e envelhecimento (Fonseca; Soares; Vaz, 2001). Para Meireles (2019), problemas de saúde físicos e psicológicos, o uso de medicamentos, tabagismo, uso de drogas, inclusive álcool, problemas afetivos ou de natureza relacional, falta de experiência sexual e de conhecimento do corpo, traumas sexuais, assim como fatores socioeconômicos e profissionais, podem refletir de forma negativa na resposta sexual.

A disfunção sexual pode ser primária, se coincide com o início da atividade sexual, secundária, se foi adquirida ao longo da vida, generalizada, se está presente em qualquer circunstância, ou situacional, se está presente apenas em determinadas circunstâncias (Nobre, 2010). Há uma relação entre aspectos sociodemográfico e a função sexual, em que as populações com uma maior vulnerabilidade financeira e social podem apresentar repercussões em sua vida sexual (OMS, 2011). Após análise de uma população sem disfunção sexual, nota-se que há relação entre atividade física e bem-estar geral, incluindo assim o sexual (Chedraui *et al.*, 2011).

A educadora social pode modificar e alterar o ambiente diante de demandas individuais (profissionais e pessoais), bem como a partir de sinais dados pelas crianças e adolescentes que estão sobre seus cuidados (Ortín, 2012; Corrêa; Cavalcante, 2013). Acredita-se que o conhecimento acerca da percepção de educadoras sociais sobre saúde sexual e de que maneira elas cuidam da sua própria saúde sexual, podem auxiliar não apenas nas discussões, mas sua na instrumentalização, bem como na desconstrução de ideias e conceitos errôneos

sobre a saúde sexual. Dessa forma, as educadoras sociais podem auxiliar as adolescentes em situação de acolhimento na quebra de paradigmas sobre a saúde sexual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Analisar as percepções das educadoras sociais, particularmente, quanto às questões relativas à sua própria saúde sexual, sexualidades e vida sexual têm sua importância, ao valorizarmos a condição feminina e social desse grupo, além dessas serem referências para o grupo de adolescentes em situação de acolhimento. Na maioria das vezes, as educadoras sociais apresentam uma representatividade positiva na vida desses adolescentes e, por não possuírem capacitações específicas relacionadas a saúde e a saúde sexual, compartilham suas vivências pessoais, acredita-se que permeadas por dúvidas, mitos, limites e mesmo potencialidades com eles, indicando algumas atitudes de comportamentos sexuais a serem seguidas ou não (Ribeiro, 2020).

Ao apresentarem fragilidades quanto às capacitações sobre a sua saúde sexual, é possível que elas possuam vulnerabilidades pessoais e de manejo junto aos adolescentes femininas sobre essa temática, dificultando a abordagem e o trabalho com questões tão sensíveis (Couto; Rizzini, 2020; Félix *et al.*, 2021; Fonseca, 2017).

Entendendo que as sexualidades, igualmente como as escolhas e comportamentos sexuais, se constroem por meio de constructos sociais e estas podem diminuir ou aumentar os agravos à saúde sexual, identificou-se que a Teoria dos Roteiros Sexuais (*Scripts Sexuais*), de Gagnon e Simon (2005), auxiliou na compreensão do objeto deste estudo: a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais que atuam junto às adolescentes femininas em situação de acolhimento.

Os roteiros sexuais ou *scripts* refletem as diferentes e múltiplas socializações existentes na vida sexual dos indivíduos, tornando-se relevante nos contextos sociais em que a sexualidade desempenha uma importante influência para a construção do papel social de homens e mulheres. A sexualidade tem uma função fundamental na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações, sendo esta forjada pelo contexto cultural (Bozon, 2004).

Neste sentido, considera-se que as educadoras sociais se relacionam com o mundo a partir de uma sexualidade que se reconstrói e se constituem segundo a estrutura social e cultural (Gagnon, 2006). A sexualidade e o gênero são aprendidos socialmente como forma de conduta e estão ligados de diversas maneiras em diferentes culturas (Gagnon, 2006). Logo, não há comportamentos sexuais padronizadas sem compreender os contextos nos quais eles são construídos (Gagnon; Simon, 2005; Gagnon, 2006).

Compreender as percepções sobre saúde sexual de educadoras sociais que atuam junto a adolescentes em situação de acolhimento pode favorecer uma melhor compreensão de como este grupo profissional percebe sua própria saúde sexual e de que maneira seria possível, a partir destas percepções, estabelecerem a interface no desenvolvimento dos cuidados não formais, auxiliarem as adolescentes a cuidarem da sua saúde sexual e vivenciarem a sexualidade sem riscos ou agravos.

2.1 A Teoria Social dos Roteiros Sexuais de Gagnon e Simon

A Teoria dos *Scripts* Sexuais, de Jonh H. Gagnon (1931 – 2016) e William Simon (1930 – 2000), escrita em 1973, trouxe grandes contribuições para os estudos acerca da sexualidade humana. Gagnon foi um sociólogo precursor nos estudos da sexualidade humana, oriundo da tradicional Escola de Chicago (Interacionismo Simbólico). Simon foi um sociólogo das sexualidades humana entre 1970 e 2000, que desempenhou um papel importante na concepção da sociologia contemporânea da sexualidade e dos estudos críticos das sexualidades, e, juntamente com Gagnon, contribuiu para a construção da Teoria Social dos Roteiros Sexuais.

A primeira obra intitulada “*Sexual Conduct*”, tornou-se um texto de referência na sociologia da sexualidade. Os autores apresentaram à época uma abordagem sobre a sexualidade humana sob a ótica da construção social e de ação sociológica, até então determinada pela biologia ou pela psicologia (Gagnon; Simon, 2005). Deste modo, a compreensão dos comportamentos sexuais transcenderia as questões biológicas e estariam diretamente relacionadas às construções sociais e culturais de cada indivíduo.

Na elaboração da Teoria Social dos Roteiros Sexuais, os autores tinham como objetivo substituir as teorias biológicas ou psicanalíticas do comportamento sexual a partir da rejeição da compreensão de que o comportamento sexual fosse determinado por impulsos biológicos ou ambientais, adotando uma interpretação social e cultural para este comportamento (Freud, 1987; Gagnon; Simon, 2005).

O comportamento sexual seria um comportamento roteirizado, no qual os atos sexuais são possíveis por estarem inseridos em roteiros sociais, nem o sujeito nem a situação social criam uma realidade primária (Gagnon; Simon, 2005). Os indivíduos, por interagirem com o contexto social e por serem constituídos de fantasias e lendas sociais, desenvolvem

e/ou se apropriam de roteiros que os auxiliem na organização de suas condutas sexuais. Estes roteiros são as interpretações que os indivíduos fazem das normas sociais nelas inscritas, dos valores e culturas presentes e das formas de (re)conhecimento físico do outro (Gagnon, 2006).

Sendo assim, identificaram o termo “conduta sexual” como o mais adequado para definir as atividades sexuais, uma vez que, para os autores, esse termo traz um sentido social, uma vez que os indivíduos utilizam sua habilidade interativa, bem como artefatos de fantasia e alegorias culturais para desenvolver os roteiros sexuais com deixas simbólicas e diálogos próprios, como o modo de organizar o seu comportamento sexual (Gagnon; Simon, 2005; Gagnon, 2006).

Os roteiros são metáforas, ou seja, figuras de linguagem que conceituam a elaboração de condutas na vida social. São compreendidos também como desenhos cognitivos organizados que permitem um indivíduo identificar uma determinada situação e agir diante dela, além de “permitir que dois ou mais atores participem de um ato complexo, que envolva a dependência mútua” (Gagnon; Simon, 1973, p. 18). Funcionam como orientações que dão significados às palavras, situações, sensações e estados corporais na produção de uma nova situação da mesma natureza. Delineiam o cenário da sexualidade como sendo variáveis e flexíveis. Essa variabilidade concerne às múltiplas situações vivenciadas e aos significados simbólicos que podem ser diferentes para cada pessoa, e a flexibilidade diz respeito à capacidade de elaboração de respostas criativas e adaptação a uma nova circunstância (Gagnon, 2006).

Os roteiros sexuais direcionam as ações dos indivíduos em relação com quem, quando, onde e como suas experiências sexuais devem ocorrer, dependendo de como será a interpretação dos acontecimentos. Considerando as especificidades individuais, cada indivíduo apresenta um *script* ou interpretação diferente da outra, ou seja, a mesma atitude pode ter significados diferentes para as pessoas envolvidas, bem como a sequência de atos pode ter significados diferentes para dois grupos de atores sociais na mesma circunstância. Estes roteiros refletem as múltiplas e diferentes socializações que o indivíduo vivencia durante seu ciclo vital e que são extremamente relevantes na adolescência e juventude, quando se dá o início da vida sexual (Arent, 2011; Gagnon; Simon, 2005; Galli, 2013).

Os roteiros estão entrelaçados em aprender o significado de estados internos, organizar a sequência de atos sexuais específicos, decodificar situações novas, definir os limites de respostas sexuais e relacionar significados de aspectos não sexuais da vida a experiências sexuais específicas (Gagnon; Simon, 2005). Segundo os autores, a interação sexual será exitosa desde que os atores envolvidos não se afastem dos roteiros definidos, pois,

“sem os elementos certos de um roteiro que defina a situação, nomeie os atores e parcele os comportamentos, nada sexual é possível de acontecer” (Gagnon; Simon, 1973, p. 13).

Dessa forma, destaca-se a importância dos fatores sociais na elaboração da roteirização sexual, uma vez que, na Teoria dos Roteiros Sexuais, o aspecto sexual não é exclusivo e intrínseco do comportamento humano, mas é compreendido como sendo significativo quando estabelecido pela coletividade, ou seja, de significância sociogênica. Ou quando as experiências individuais estabelecidas em determinada situação dão significado a isso, a significância ontogênica (Arent, 2011; Gagnon; Simon, 2005; Galli, 2013).

O conceito da roteirização sexual tem como base cinco grandes concepções:

(1) A sexualidade é determinada pela história e pela cultura, ou seja, ocorre de maneira diferente em todo o mundo e se modifica com o passar dos anos;

(2) O significado da conduta corporal não está relacionado com as atividades corporais dos indivíduos e seu significado se modifica dependendo dos atributos e das relações sociais de cada pessoa;

(3) A ciência da sexualidade é determinada pela cultura e pela história nas mesmas proporções. Do mesmo modo, os estudos da sexualidade são desenvolvidos num determinado momento histórico e em determinada cultura. Eles apresentam influência da sua cultura e de seus interesses na divulgação dos fatos sociais de determinado período;

(4) A sexualidade é aprendida, mantida e desaprendida sob todos os aspectos e se organiza conforme a estrutura social e cultural. A depender do fato de a cultura ser homogênea ou heterogênea, os papéis sociais serão aceitos conforme um padrão sexual único ou variável;

(5) A sexualidade e o gênero são aprendidos socialmente como forma de conduta e permanecem ligados de diversas maneiras em culturas diferentes. Logo, as condutas sexuais são diferenciadas entre o homem e a mulher, que acabam por evidenciar comportamentos específicos entre eles por questões de gênero, ou seja, os roteiros sexuais determinados pelo gênero (Gagnon, 2006).

Os roteiros sexuais são divididos em três níveis distintos que interagem entre si, de modo dinâmico e apresentam dimensões históricas, culturais e individuais. São eles: os cenários culturais, os roteiros interpessoais e os roteiros intrapsíquicos.

Os cenários culturais referem-se às instruções culturais da vida coletiva fornecidas pelas instituições e arranjos institucionais sobre os requisitos e práticas dos papéis sociais específicos que devem ser exercidos pelos indivíduos. Estas instruções encontram-se inseridas em roteiros ou narrativas de cada papel especificamente. A depender de determinadas

variáveis, como idade, etnia e classe, o indivíduo pode ser mais ou menos receptivo a tais instruções (Gagnon, 2006; Simon; Gagnon, 1986).

Ademais, tais instruções direcionam também o exercício dos papéis dos indivíduos, os quais devem refletir direta ou indiretamente o conteúdo cultural apropriado para os cenários, os quais raramente serão menos preditivos do comportamento real e mais abstratos para serem utilizados em todas as situações (Bozon, 2004; Gagnon, 2006; Simon; Gagnon, 1986).

Os roteiros interpessoais funcionam no nível da interação social e fazem a interlocução entre o comportamento cultural abstrato e comportamento real. A utilização destes roteiros estabelece a base de padrões contínuos e o comportamento social estruturado, ou seja, o indivíduo norteia sua conduta com intenção de atender às expectativas de outras pessoas.

A ideia é de que as condutas de cada indivíduo buscam atender às expectativas de outras pessoas diuturnamente, em que os indivíduos vivem para atender aos padrões de normalidade que são estabelecidos nas sociedades na busca de se adequar aos padrões aceitáveis (Goffman, 2008). Há uma busca constante do indivíduo em se adequar aos padrões de normalidades, ainda que estes padrões sejam contrários ao que ele acredita.

Esses roteiros representam a resposta desse indivíduo ao mundo exterior, inspirado fortemente em cenários culturais, envolvendo elementos simbólicos expressivos de tais cenários. Entre outras funções, os roteiros interpessoais ajudam na organização da autorrepresentação e representação de terceiros sobre a atividade sexual do indivíduo, diminuindo a incerteza e aumentando a legitimidade das suas condutas sexuais, tanto para os outros, como para si mesmo (Bozon, 2004; Gagnon, 2006; Simon; Gagnon, 1984; 1986).

Por sua vez, os roteiros intrapsíquicos compreendem os diálogos internos utilizados pelo indivíduo juntamente com suas expectativas sociais e culturais de comportamento (Gagnon, 2006; Simon; Gagnon, 1986). Representam o conteúdo da vida mental, resultante tanto dos cenários culturais e das interações sociais, como também de maneira independente, organizando as imagens e os desejos que despertam e sustentam o desejo sexual dos indivíduos. São compostos pelos planos, recordações, guias e fantasias. Nesse sentido, os roteiros intrapsíquicos coordenam a vida mental e o comportamento social, auxiliando na condução da conduta sexual do indivíduo no tempo presente e/ou futuro e na compreensão do passado (Simões, 2019).

Abordar questões ligadas aos comportamentos sexuais do indivíduo apresenta uma complexidade nas discussões que poderão requerer dos pesquisadores uma profundidade em

discutir temas que, apesar de fazerem parte do cotidiano de qualquer indivíduo, apresentam grandes desafios.

Aproximar-se de temas como saúde sexual, sexualidade, vida sexual e sexo, traz a ideia de que essas temáticas estão sempre na esfera do proibido, mas que, na verdade, os indivíduos ao longo da sua história de vida aprendem quais os papéis sociais que devem desempenhar. E, conseqüentemente, ditam de que maneira os comportamentos sexuais devem ser seguidos, ou seja, esses comportamentos sexuais estão entrelaçados aos papéis sociais que homens e mulheres possuem na sociedade.

Os roteiros sexuais ou *scripts* são concebidos a partir de um conjunto de elementos permeados de uma simbologia verbal e não verbal ligado à sexualidade (Bozon, 2004; Gagnon, 2006). Seria possível pensar no quanto que as educadoras sociais trazem consigo e, ao mesmo tempo, expressam nesse conjunto de cuidados não formais as suas percepções sobre saúde sexual e sexualidade.

Os elementos estruturam uma sequência de condutas organizadas e delimitadas no tempo, nomeiam os atores dessas condutas, descrevendo suas qualidades, indicando motivos para tais comportamentos e os conduzindo para finalizações exitosas. Os roteiros sexuais são construídos a partir de experiências sexuais apreendidas e inscritas na consciência de cada indivíduo, formando *scripts* para se lidar com a sexualidade (Bozon, 2004; Gagnon, 2006).

Assim, a maneira de ser e de agir de um indivíduo pode ser definida a partir da representação de si e o espelhamento implícito do outro, além da busca por adequação aos padrões tidos como “normais”, há uma representação no cotidiano destes indivíduos, também para atender às expectativas dos outros (Goffman, 2014). De fato, a necessidade de atender às demandas alheias abarca as questões pertinentes à sexualidade humana.

As condutas sexuais são diferenciadas entre o homem e a mulher e acabam por evidenciar comportamentos específicos entre eles por questões de gênero, ou seja, os roteiros sexuais determinados pelo gênero expõem homens e mulheres de maneiras diferentes nos contextos sociais (Gagnon, 2006).

É fato que as mulheres sempre estiveram em posições hierarquicamente inferiores em relação aos homens, e os comportamentos sexuais advindos das construções sociais de gênero, geralmente, podem determinar condições de vulnerabilidade associadas à sua saúde sexual.

A condição da mulher na sociedade, geralmente, esteve atrelada à submissão, na divisão desigual das tarefas domésticas e cuidado com a prole, a dificuldade em negociar o sexo, bem como o uso de preservativos. De tal modo, versar acerca destas questões somente

em termos de gênero seria o mesmo que mitigar a atenção do poder do patriarcal, naturalizando a exploração-dominação masculina (Saffioti, 2011). A condição de desigualdades para as mulheres emerge do pensamento binário e diferencial, em que o feminino está sempre assinalado no lado inferior, de modo que o estudo da vulnerabilidade acerca das condutas sexuais pode favorecer a compreensão pelas quais as educadoras sociais se expõem ou podem contribuir para um determinado contexto vulnerabilidade (Bozon, 2004).

Ao observarmos o perfil das educadoras sociais descritos em diversas pesquisas, verificam-se as vulnerabilidades conexas à sua saúde sexual e, conseqüentemente, à maneira de vivenciar a sua sexualidade. No contexto das instituições de acolhimento junto às adolescentes, basicamente, os esforços das educadoras sociais em atender as demandas da saúde sexual das adolescentes ainda se limitam na marcação de consultas ginecológicas e/ou de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Carinhanha; Penna, 2012; Penna; Carinhanha; Rodrigues, 2010; Rodrigues, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Natureza e características do estudo

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo na abordagem qualitativa, exploratória e de campo. A abordagem qualitativa é indicada quando se pretendem compreender a perspectiva dos participantes acerca dos fenômenos que os rodeiam e aprofundar suas experiências, opiniões, significados, ou seja, a maneira como percebem subjetivamente sua realidade (Gil, 2021; Sampieiri; Collado; Lucio, 2013).

O presente estudo tem caráter qualitativo na medida em que procura discutir e conhecer a perspectiva da saúde sexual de educadoras sociais e sua interface na prática do cuidado não formal junto às adolescentes femininas em situação de acolhimento. Entende-se que a temática é permeada por inúmeras subjetividades, crenças e atitudes (Minayo, 2014).

As pesquisas classificadas como descritivas têm por objetivo a descrição das características de determinada população. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Os estudos exploratórios têm como escopo harmonizar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (Gil, 2010).

A pesquisa de campo tem por finalidade a apreensão de informações e conhecimentos acerca de um problema ou hipótese, a partir da observação do fenômeno da maneira que este ocorre, registrando-o para posterior análise (Marconi; Lakatos, 2016).

3.2 Cenário de Pesquisa

As unidades de acolhimento podem ser gerenciadas por instituições governamentais ou não e são divididas em três modalidades: abrigo institucional (acolhimento institucional); casa lar e casa de passagem (Brasil, 2009a). Cabe destacar que a Prefeitura do Rio de Janeiro possui 30 instituições públicas para acolhimento de crianças e adolescentes. Deste quantitativo, atualmente, somente três unidades acolhem, exclusivamente, adolescentes do

sexo feminino presentes nas Áreas de Planejamento da Cidade (APC) – o cenário desse estudo foram essas três unidades públicas de acolhimento para adolescentes femininas.

A rede de acolhimento para crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro tem sido gerenciada pela Subsecretaria de Proteção Social Especial, vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH/RJ), a qual é responsável por oferecer condições de acesso a partir da criação de laços de pertencimento e possibilidades de reinserção social aos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social em função do abandono, privação, perda de vínculos, exploração ou da violência.

Os dispositivos de acolhimento institucional são compostos por educadoras sociais que desempenham funções educativas, independentemente de sua formação. Todas as instituições possuem uma equipe própria de educadores sociais, que, em sua maioria, possuem nível médio de escolaridade, e atuam diretamente com os adolescentes acolhidos, acompanhando-os no desenvolvimento de suas atividades diárias. Todo o trabalho realizado nas instituições de acolhimento visa à conquista da autonomia e da inclusão social das pessoas acolhidas, para que elas não precisem mais da tutela do governo. Neste sentido, a instituição de acolhimento assume a responsabilidade temporária pelas adolescentes, conferindo-lhes algum senso de cidadania. Vale ressaltar que dentre as unidades utilizadas neste estudo uma, em especial, acolhe a adolescente feminina na condição de gestante e/ou mãe com seu filho.

A escolha por estes cenários é em decorrência das experiências e parcerias da Faculdade de Enfermagem (ENF/UERJ) com a Prefeitura do Rio de Janeiro. A presença de docentes e acadêmicos nos campos da rede básica (campos práticos/estágios) contribui com a oferta de projetos de extensão, projetos de pesquisa e atuação/atenção nos campos extramuros da universidade, promovendo novos conhecimentos e a oferta de assistência/serviços locais.

A escolha somente de unidades de acolhimento para adolescentes do sexo feminino decorre em buscar compreender a relação da condição da saúde sexual de educadoras sociais e sua influência sobre a prática do cuidado não formal à saúde sexual das adolescentes em situação de acolhimento. A escolha também se deve ao fato de essas unidades serem espaços do desenvolvimento de atividades educativas, vinculadas ao projeto de extensão do grupo de pesquisa anteriormente mencionado.

Cabe ressaltar que atividades de extensão universitária devem ser apreendidas na articulação entre o ensino e a pesquisa, enquanto interage paralelamente mantendo as conexões entre as instituições de ensino superior e a sociedade (Severino, 2018). A realização de projetos de extensão edifica positivamente ações de impacto para a população, fornecendo serviços específicos e fundamentais para a vida. A prática da pesquisa nestes espaços

contribui com novas informações da realidade e estimula a criação de inovações e crescimento das unidades sociais.

Quadro 1 – Unidades e a capacidade da rede pública municipal de acolhimento do Rio de Janeiro para adolescentes do sexo feminino

	Unidades de Acolhimento	Idade das Adolescentes	Capacidade Populacional	Bairro
1	UMRS Casa Viva Penha	12 a 17 anos	20	Penha Circular
2	UMRS Catete	12 a 17 anos	20	Botafogo
3	UMRS Frida Kahlo	12 a 17 anos	20	Méier

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, jan. 2022.

As unidades de acolhimento para adolescentes femininas que fizeram parte do cenário da pesquisa estão localizadas entre as Zonas Sul e Norte do Município do Rio de Janeiro.

Geralmente, as unidades de acolhimento apresentam uma capacidade populacional pré-estabelecidas para 20 adolescentes acolhidos. Entretanto, este quantitativo depende da demanda de adolescentes que são encaminhadas a partir da identificação do risco social.

O acolhimento social não confere uma obrigatoriedade na permanência dos acolhidos, e, em alguns casos, as adolescentes que chegam à unidade, mas não se adaptam à rotina estabelecida no espaço, preferem evadir do local. Lemos, Barbalho e Bona (2018) afirmam que a evasão, comumente, não é vista pelos adolescentes como alguma coisa negativa. Grande parte dos adolescentes acolhidos não veem a unidade como um espaço de amparo, mas sim de cerceamento, pois precisam seguir os modelos estabelecidos e com escassas oportunidades de bancarem as próprias escolhas.

Entretanto, a partir de estudos anteriores nessas unidades de acolhimento, vêm se configurando espaços de apoio e atendimento às particularidades da população de adolescentes femininas. No estudo realizado por Carinhanha, Penna, Ribeiro (2021) junto à população de adolescentes foi possível identificar que o abrigo e a escola foram apontados como ambientes promotores de cuidado, particularmente, pela oportunidade de reinserção social. Observa-se que são jovens em processo de transição para a vida adulta, com uma gama de incertezas sobre o futuro. Comumente, a partir de observações do cotidiano nos cenários, identificam-se algumas características institucionais das unidades de acolhimentos cenários do estudo.

Das três unidades de acolhimento que fizeram parte do cenário deste estudo, duas unidades, a Casa Viva Penha e Catete, são constituídas por educadores sociais homens e mulheres em suas equipes, entretanto, as educadoras sociais são responsáveis pelo atendimento direto das adolescentes e os educadores sociais atuam no suporte.

As equipes tinham, em média, 12 (doze) profissionais, e este quantitativo era constituído por 08 (oito) mulheres e 04 (quatro) homens. As escalas de plantão eram compostas por 02 (duas) educadoras sociais e 01 (um) educador social. A escala de trabalho, em regra, 12 x 36 por semana (trabalham 12 horas e descansam 36 horas).

Na unidade Frida Kahlo, que recebe as adolescentes femininas na condição de gestante e/ou mãe e seu filho, o quantitativo era de 13 (treze) profissionais, sendo 12 (doze) educadoras sociais (sexo feminino) para o manejo das adolescentes e seus conceito/filho, e um profissional do sexo masculino responsável por outras atividades. Nessa unidade em especial, a dinâmica de trabalho apresenta um diferencial das demais, devido ao atendimento do binômio mãe/bebê. Diferentemente das unidades de acolhimento, as educadoras sociais auxiliam nas atividades referentes ao cuidado da adolescente, e, concomitantemente, auxiliam no cuidado delas para com o conceito/filho.

A responsabilidade e o desprendimento das educadoras sociais são fundamentais, pois elas precisam acompanhar o binômio desde as consultas médicas até as internações hospitalares. De fato, realizar um cuidado ao binômio fora da unidade de acolhimento, ou em um ambiente hospitalar, requererá da ES uma dinâmica diferenciada, tendo a obrigatoriedade de resguardar o binômio.

3.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram 18 (dezoito) educadoras sociais que atuavam junto às adolescentes em situação de acolhimento de unidades públicas do Município do Rio de Janeiro.

Quadro 2 – Quantitativo de educadoras sociais nas unidades de acolhimento da rede pública municipal do Rio de Janeiro para adolescentes do sexo feminino

	Unidades de Acolhimento	Bairro	Quantitativo de Educadoras Sociais	Educadoras Sociais Participantes
1	UMRS Casa Viva Penha	Penha Circular	08	08
2	UMRS Catete	Botafogo	08	06
3	UMRS Frida Kahlo	Méier	12	04
	Total		28	18

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, jan. 2022.

Conforme apresentado no quadro 2, verifica-se que, nos cenários de acolhimento pesquisados, encontraram-se 28 (vinte e oito) educadoras sociais (ES). Desse total, 18 (dezoito) concordaram em participar do estudo. Ressalta-se que a diferença apresentada entre o número total de educadoras sociais em relação às participantes deve-se por uma situação em particular: a unidade 3 que apresenta o maior número de ES possui uma demanda diferenciada das demais, pois acolhe adolescentes femininas na condição de gestante e/ou com seu filho pequeno. Em virtude a essa realidade nem sempre as educadoras sociais estavam disponíveis na unidade, e em alguns momentos, havia um número reduzido em decorrência de um atendimento de urgência apresentado pela adolescente e/ou pela criança. Por essa realidade ser recorrente na referida unidade, houve uma limitação em alcançar um número maior de participantes.

A equipe de educadores sociais, geralmente, é composta por homens e mulheres, mas para este estudo selecionamos as educadoras sociais (ES).

3.4 Dinâmica do Trabalho em Campo e estratégias de coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu através da técnica de entrevista. A entrevista é individual e definida como uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos (Polit; Beck, 2018).

A entrevista é uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas, com o propósito de obter informações sobre

conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, comportamento, acontecimentos. É uma das estratégias mais usada no processo de trabalho de campo. (Minayo, 2014).

É possível enumerar algumas vantagens da técnica de entrevista, tais como maior retorno das respostas em entrevistas face a face; na entrevista, é menos provável que o respondente interprete mal a questão, pois o entrevistador presente pode identificar se a pergunta foi compreendida; o fato de o entrevistador, à medida que a entrevista transcorre, poder produzir informações adicionais por meio da observação atenta dos entrevistados, como seu grau de cooperação, sua situação de vida, caso a entrevista seja realizada em um ambiente pertencente ao entrevistado, entre outros aspectos (Andrade, 2010; Minayo; Assis; Souza, 2005).

Inicialmente, planejou-se iniciar a coleta de dados em março de 2020, logo após a aprovação no Comitê de Ética da UERJ e da Prefeitura do Rio de Janeiro. Entretanto, com o advento da pandemia de SARS-CoV2, houve a necessidade de rever o cronograma, e iniciou-se, com algumas interrupções, a coleta de dados, de forma presencial no mês de janeiro 2022.

A dinâmica do trabalho em campo para coleta de dados foi replanejada diante das medidas sanitárias referentes à pandemia de SARS-CoV2, que obrigou a população em geral ficar em isolamento social.

No início de março de 2020, o grande desafio estava posto, frente aos agravos que o desconhecimento da doença avançava pelo país e pelo mundo. Algumas inseguranças quanto ao manejo, os possíveis tratamentos e o alcance do controle do vírus a nível estadual, nacional e mundial. Diante de tantas incertezas, foi necessário pensar em estratégias metodológicas para realizar a coleta de dados nos cenários que se apresentavam durante a fase mais crítica do quadro pandêmico.

Na busca por melhores possibilidades de coleta de dados, o contato com os gestores era a condição imprescindível para o êxito no cumprimento desta etapa. Os gestores monitoravam a aproximação das unidades de acolhimento de adolescentes femininas. As unidades se encontravam fechadas para qualquer pessoa e/ou profissional que não fizesse parte do efetivo diário da unidade, a fim de minimizar os riscos sanitários para a população de acolhidas e dos profissionais que ali atuavam. E, paulatinamente, os gestores da esfera central eram contatados pela pesquisadora, a fim de que a aproximação acontecesse segundo os seus direcionamentos.

Com o passar do tempo, o arrefecimento da doença e a chegada da vacina no país, os desdobramentos para a segunda etapa do recrutamento para a coleta de dados foram sendo

desenhados, a partir das possibilidades acenadas pelos gestores das unidades de acolhimento da rede municipal, bem como os gestores da SMASDH/RJ.

Cabe ressaltar que, após o primeiro contato com as responsáveis das unidades de acolhimento para explicar a proposta do estudo, foi encaminhada por e-mail a versão do projeto de pesquisa. As coordenadoras comprometeram-se em compartilhar a ideia do projeto de pesquisa com as educadoras sociais após a leitura do arquivo.

Ao final de 2021, foi possível acessar as unidades de acolhimento, mediante a autorização documental da SMASDH/RJ. A seguir, realizou-se contato telefônico com cada coordenadora de cada unidade, a fim de informar acerca da autorização recebida para a coleta de dados.

Caminhou-se para estabelecer a dinâmica para que a coleta acontecesse conforme a realidade de cada local. Devido às segundas ondas de SARS-CoV2, optou-se em realizar a coleta de uma unidade por vez. Após esse contato telefônico, foi possível acessar cada espaço de maneira segura e respeitando as orientações sanitárias preconizadas para cada momento. As coordenadoras sinalizaram que as coletas de dados poderiam ser de maneira presencial, mas que aguardasse as festas de final de ano e retornassem no início do ano seguinte, em 2022.

Seguindo as orientações das unidades de acolhimento, retomou-se o contato no período sugerido. Após uma resposta positiva, agendou-se um encontro presencial com a coordenadora. Esse encontro não era apenas para conhecer a profissional, mas também para promover uma ambientação na unidade e para compreender de que maneira seria possível dar início à coleta de dados. Observou-se o funcionamento da unidade e o dia a dia deste grupo nas unidades de acolhimento.

Em janeiro de 2022, estabeleceu-se o novo cronograma, proposto conjuntamente à coordenadora da unidade para dar início a essa etapa. Entretanto, ocorre uma nova onda de COVID-19, após o arrefecimento da doença no município (com as imunizações), e, novamente, o fechamento das unidades de acolhimento. Esse fechamento foi devido ao número de educadores sociais contaminados, havendo plantões desfalcados e uma nova possibilidade para o risco de contaminação para a população de acolhidas e profissionais.

Posteriormente, em março, com o abrandar deste momento, foi possível retornar ao campo e iniciar a coleta de dados que, até então, não havia sido iniciada respeitando as medidas sanitárias. Após contato telefônico com as responsáveis pelas unidades, foi possível chegar nas unidades de acolhimento de maneira presencial. A pesquisadora recebeu o convite

para chegar na primeira unidade, para conhecer a coordenadora e as educadoras sociais que estivessem no plantão.

Neste encontro, houve a oportunidade de conversar com as educadoras sociais sobre o projeto de pesquisa, de que maneira a entrevista seria realizada, estabelecer uma ambientação com o grupo e realizar o convite, caso fosse do interesse em participarem. As educadoras sociais foram informadas das etapas que compunham a entrevista, destacando que elas responderiam um formulário com os dados sociodemográfico, e, a seguir, a entrevista, propriamente dita, sendo gravada num dispositivo. Cada unidade estabeleceu um local que oferecesse privacidade para que a entrevista acontecesse.

Deste modo, foi possível agendar as primeiras entrevistas, em que as educadoras sociais que estivessem no plantão organizar-se-iam para estarem disponíveis por ocasião do momento da entrevista. E, assim, deu-se início às entrevistas de maneira presencial, atendendo às medidas sanitárias preconizadas no município, a fim de proteger tanto o pesquisador, como as participantes do estudo e as acolhidas (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Ao findar-se a primeira unidade, no mês de abril, uma segunda onda de contaminação de COVID-19 ocorreu no município, e, novamente, o adiamento da coleta de dados nas demais unidades. Essa segunda onda ocorreu de maneira mais branda, sendo possível o retorno para dar continuidade à coleta de dados nas unidades pendentes nos meses de março a junho de 2022.

Nas datas programadas para as entrevistas, as educadoras sociais novamente tomaram conhecimento do estudo e, cientes do teor da pesquisa, assinaram a autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação na pesquisa, conforme explicitado na seção sobre os aspectos éticos da pesquisa. É importante considerar que as educadoras sociais das unidades de acolhimento puderam eleger outro espaço para a realização da coleta de dados, desde que atendesse o princípio de privacidade (Andrade, 2010).

Na entrevista, optou-se por utilizar um instrumento composto por questionário com perguntas fechadas para a caracterização sociodemográfica (gênero; escolaridade; idade; raça/cor; religião; estado civil; número de filhos; tempo de trabalho em unidade de acolhimento; capacitação profissional e renda mensal), e um roteiro semiestruturado com perguntas abertas (**APÊNDICE B**). O roteiro é apoiado em eixos, com vistas a auxiliar o entrevistador a abordar os diversos domínios envolvidos nas perspectivas das educadoras sociais acerca da saúde sexual. Os eixos foram construídos a partir das dimensões históricas,

culturais e individuais. São eles: os cenários, os roteiros pessoais e os intrapsíquicos (Gagnon, 2006).

As entrevistas foram gravadas em dispositivo tipo MP3® ou Smartphone® digital e foram transcritas, posteriormente, categorizadas e interpretadas através da análise de conteúdo (Bardin, 2016). A entrevista tem como objetivo registrar todas as expressões orais, a fim de possibilitar escuta atenta ao depoente. A duração das entrevistas estimou-se aproximadamente o tempo mínimo de 60 minutos (Lüdke; André, 2013).

3.5 Tratamento e análise dos dados

Para tratamento e análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. Esse método ocorreu através de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2016).

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 (Oliveira, 2008).

Dentre as várias técnicas de Análise de Conteúdo, elegeu-se a análise temática de conteúdo, que se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo (Bardin, 2016). Todavia, ressalta-se 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, ao contrário, envolve um constante ir e vir no material produzido/analísado, evidenciando, uma vez mais, seu caráter dialógico.

A análise temática é a que melhor se aplica à pesquisa qualitativa em saúde (Minayo, 2014). Considera-se 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, 2014). 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, 2014, 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, 2016).

Os dados foram analisados em uma 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: ordenação dos dados: transcrição das gravações na íntegra, releitura do material e organização dos depoimentos; classificação dos dados: reconhecimento e identificação das unidades temáticas; análise final: articulação dos dados com os conceitos discutidos no estudo, seguindo os objetivos propostos (Bardin, 2016).

Para iniciar a primeira etapa, foi necessário organizar todo o material 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*, foi realizada a leitura flutuante por várias vezes que, no conjunto das comunicações, consiste em ter contato exaustivo com o material, ou seja, realizando uma leitura atenta do texto para familiarizar-se com o conteúdo (Oliveira, 2008).

Nesta perspectiva, para executar a fase de construção do *corpus*, as entrevistas com as educadoras sociais das unidades de acolhimento foram transcritas e digitadas na íntegra no Microsoft Excel versão 2018©, sendo compactadas e impressas em páginas, para posterior análise dos discursos. Após esse processo, realizou-se 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, 2016).

Na referida etapa foram criadas codificações dos temas que emergiram dos discursos das entrevistadas. Os temas/codificados foram selecionados e os trechos que eram importantes e condizentes com os objetivos propostos e que tinham significações com o contexto da

pesquisa foram marcados por colchetes. Esses recortes de textos selecionados formaram as Unidades de Registro (UR), que são definidas por Bardin (2016) 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 foram tratados de maneira a serem significativos e válidos; posteriormente, foram 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, 2016; Oliveira, 2008).

3.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Para a obtenção dos relatos foram respeitados os preceitos éticos e bioéticos, segundo a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2013c).

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), e, após avaliação pela COEP, o projeto foi deliberado para aprovação sob o número CAAE: 53731621.4.0000.5282 (**ANEXO B**).

Ressalta-se que este estudo foi encaminhado à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH/RJ), que possui um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para avaliação das pesquisas realizadas no âmbito das unidades de acolhimento de adolescentes do município do Rio de Janeiro, através da Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente. Após avaliação, o projeto recebeu um parecer favorável para execução da pesquisa e disponibilizou-se uma declaração de consentimento, que garantiu o acesso às unidades de acolhimento de adolescentes femininas (**ANEXO A**).

Após o conhecimento da pesquisa, as educadoras sociais que quiseram participar da pesquisa também validaram sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**APÊNDICE A**).

Esclareceu-se às participantes que o sigilo e o anonimato foram respeitados e garantidos, sendo explicitados seus direitos mediante a assinatura do TCLE, os quais contêm as explicações dos objetivos do estudo, dos instrumentos de coleta de dados, da forma de divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de informações pertinentes que assegurem a ética em pesquisa com seres humanos.

As entrevistadas são identificadas através da abreviatura de educadoras sociais (ES), seguida da ordenação numérica em algarismos arábicos correspondentes à sequência das entrevistas (ES1, ES2, ES3, consecutivamente, até ES18).

A partir dos dados analisados, construíram-se as categorias analíticas com 957 UR. Emergiram 03 (três) categorias com suas respectivas subcategorias, a saber: 1) Percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual (Autoavaliação das Informações sobre saúde sexual; Expressões da saúde sexual das educadoras sociais: um olhar sobre si mesma e suas relações afetivas); 2) Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual (Cuidados das educadoras sociais com a sua saúde sexual; Fatores limitadores dos cuidados de si e com a saúde sexual); 3) Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional (Percepções das educadoras sociais sobre a saúde e o comportamento das adolescentes; Cuidados não formais desenvolvidos pelas educadoras sociais junto às adolescentes em acolhimento institucional) **(APÊNDICE D)**.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada junto às educadoras sociais que atuam em unidades de acolhimento de adolescentes no município do Rio de Janeiro. Em um primeiro momento, serão apresentadas e discutidas características sociodemográficas e referentes à saúde sexual e reprodutiva das educadoras sociais. Em seguida, serão apresentadas e discutidas as categorias analíticas que emergiram a partir da análise dos discursos das educadoras nas entrevistas.

4.1 Caracterização das Educadoras Sociais

4.1.1 Características sociodemográficas

Ao analisar as percepções das educadoras sociais sobre saúde sexual e as interfaces dessas com a prática dos cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional, considerou-se relevante apresentar algumas características sociodemográficas dessas profissionais (Quadro 3).

As características sociodemográficas destacadas foram: idade; escolaridade; religião; raça/cor; tempo de experiência de trabalho em unidades de acolhimento; realização de capacitação; e valor de sua remuneração (salário) como educadora social. Essas características foram elencadas entendendo que permitiram melhor compreensão do conteúdo das categorias que emergiram na análise.

Conforme apresentado na metodologia, foram investigadas 18 mulheres na função de Educadora Social (ES), que atuam junto as adolescentes femininas em 3 unidades de acolhimento vinculadas à Secretaria Municipal de Assistência Social do município do Rio de Janeiro.

De modo geral, as educadoras entrevistadas encontravam-se em idade reprodutiva e com filhos; possuíam o nível médio ou superior de escolaridade; possuem uma religião; autodeclararam-se como pretas e pardas; algumas possuíam um tempo maior de experiência no trabalho em unidades de acolhimento; possuem capacitações em temáticas variadas, tais como: cuidados gerais com crianças e adolescentes, mediação de conflitos, relacionamento

interpessoal com adolescentes, acolhimento, capacitação para lidar com adolescentes com déficit de atenção, entre outras, e recebem, em média, um salário mínimo e meio como remuneração. Tais características estão melhor apresentadas no quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 - Características sociodemográficas das educadoras sociais

Educadora social	Idade	Escolaridade	Religião	Raça/Cor	Tempo de experiência de trabalho Unidade Acolhimento	Curso de Capacitação	Salário (em reais)
ES1	45	Ensino superior	Espírita	Preta	< 12 meses	Não	1950,00
ES2	46	Ensino médio incompleto	Evangélica	Preta	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES3	47	Ensino médio	Católica/ Umbandista	Preta	< 12 meses	Não	1950,00
ES4	52	Ensino superior	Espírita	Branca	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES5	59	Ensino médio	Evangélica	Branca	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES6	44	Ensino médio	Kardecista	Parda	< 12 meses	Não	1950,00
ES7	47	Ensino superior	Evangélica	Parda	12 a 24 meses	Sim	1302,00
ES8	54	Ensino superior	Umbandista	Preta	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES9	61	Ensino superior incompleto	Católica	Preta	48 a 72 meses	Sim	1302,00
ES10	25	Ensino superior incompleto	Evangélica	Preta	12 a 24 meses	Sim	1302,00
ES11	53	Ensino médio	Católica	Parda	< 12 meses	Sim	1302,00
ES12	30	Ensino médio	Sem religião	Parda	24 a 48 meses	Não	1950,00
ES13	60	Ensino superior	Evangélica	Branca	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES14	31	Ensino superior incompleto	Evangélica	Parda	< 12 meses	Sim	1950,00
ES15	45	Ensino médio	Católica	Preta	48 a 72 meses	Sim	1950,00
ES16	28	Ensino superior incompleto	Evangélica	Branca	24 a 48 meses	Sim	1950,00
ES17	64	Ensino superior incompleto	Católica	Preta	< 12 meses	Sim	1950,00
ES18	30	Ensino médio	Evangélica	Parda	< 12 meses	Não	1302,00

Fonte: A autora, 2023.

No tocante à faixa etária, as educadoras sociais possuíam entre 25 e 64 anos, das quais 11 (onze) estavam na faixa entre 25 e 47 anos e outro grupo, com 7 (sete) mulheres, entre 52 e 64 anos. Estes dados apontam que grande parte das educadoras sociais se encontram em idade reprodutiva, ou seja, mulheres em idade fértil (MIF). O termo mulheres em idade fértil (MIF), no Brasil, corresponde à faixa etária de 10 a 49 anos, que representa 51,6% (104,772) do total da população feminina, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018).

No que diz respeito à faixa etária das educadoras sociais, verificou-se que os dados coadunam com as realidades encontradas nos estudos realizados por diversos autores, em que as educadoras sociais eram mulheres jovens, adultas e na terceira idade (Cavalcante; Corrêa, 2012; Corrêa, 2016; Félix, 2018).

No estudo realizado em uma capital do Nordeste do país, evidenciou-se que a maioria das profissionais eram do sexo feminino (90%), com idades entre 27 e 52 anos (Fonseca *et al*, 2020). Estudo realizado no município de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, demonstrou que as educadoras sociais se encontravam na faixa etária entre 42 e 64 anos (Ribeiro, 2020).

É notório que nos espaços destinados ao cuidado, educação, alimentação, cuidados pessoais, organização e manutenção de ambientes semelhantes aos lares, geralmente, a figura feminina compõe em sua maioria.

Na perspectiva do gênero, caberia ao feminino as atividades e atribuições que remetem ao espaço doméstico, ligadas ao “cuidado”, ou seja, à mulher. Segundo Wolff (2010), existem trabalhos e ocupações consideradas “femininas”, como as profissões ligadas à educação e aos cuidados de saúde, enquanto outras profissões têm sido consideradas “masculinas”. É a naturalização da figura feminina quanto mais acertada e habilidosa nas celeridades referentes ao doméstico e aos cuidados da família que a sustenta, nos dias que correm e considerando várias revoluções de inclusão da mulher no espaço público, como a referência junto ao doméstico (Duarte; Spinelli, 2019). Adicionam-se a este cenário a invisibilidade e o cerne da atividade realizada pelas educadoras sociais diretamente ao “cuidado” no espaço doméstico, e esse cuidado é destinado às mulheres, sendo, então, atividades desvalorizadas socialmente.

No que diz respeito à escolaridade, houve um predomínio de educadoras sociais (ES) que concluíram o ensino médio (sete); cinco concluíram o ensino superior, com formação em Direito, História, Serviço Social, Letras e Artes Cênicas; o mesmo número apresenta-se com

superior incompleto, cursando Enfermagem ou Gestão em Recursos Humanos; e apenas uma possui ensino médio incompleto.

Observou-se que, em relação à escolaridade das participantes, estas atendem aos requisitos mínimos elencados, no âmbito da política de Assistência Social, que reitera a formação e capacitação da educadora social. As participantes entrevistadas possuem, no mínimo, o nível médio de escolaridade (Brasil, 2009a). Revela-se que este grupo não somente atende o requisito de escolaridade exigido, como destaca-se por apresentar um número significativo de educadoras sociais que possuem o ensino superior completo e outro grupo com o ensino superior incompleto.

A presença de educadoras sociais portando o ensino superior completo tem sido uma realidade encontrada em diversas pesquisas, como, por exemplo, no estudo realizado por Bassoli e Figueiredo (2020), no Pantanal sul-mato-grossense, que investigou as vivências de prazer e sofrimento no trabalho de educadoras sociais, identificando que a equipe responsável pelos cuidados diários e imediatos era composta por seis educadoras sociais e três auxiliares; das nove profissionais, cinco apresentavam ensino superior completo, duas traziam superior incompleto e duas possuíam o ensino médio completo.

Diante destes números é possível inferir que um grupo de profissionais com uma formação universitária, certamente, poderá contribuir na transformação das realidades dessas adolescentes femininas acolhidas na unidade. Segundo Félix (2018), as educadoras sociais que buscam ou buscaram uma formação no ensino superior, ainda que fora de sua área de atuação, evidenciam o desejo de alçarem uma condição de vida melhor, e tais atitudes podem refletir de maneira positiva na vida dos adolescentes em situação de acolhimento.

No item religião, dentre as entrevistadas, dezessete declaram possuir um credo religioso. Foi possível observar que oito educadoras sociais se autodeclararam evangélicas, cinco católicas, quatro espíritas e umbandistas, uma kardecista, e uma afirmou não possuir religião.

Ribeiro (2020) identificou em seu estudo com educadoras sociais de unidade de acolhimento para adolescentes femininas de um município da Baixada Fluminense que a maioria era evangélica.

O estado do Rio de Janeiro passou a liderar o processo de transição religiosa, pois atingiu vinte municípios com maioria evangélica, em especial cidades grandes como Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Belford Roxo (esses vinte municípios com maioria evangélica somavam uma população total de 3,5 milhões de habitantes em 2010) (IBGE, 2010).

É inegável 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. 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, afirma-se que quanto maiores 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; Stroppa; Moreira-Almeida, 2008).

Outro ponto que não se pode deixar à margem das discussões é que todo este envolvimento religioso também pode ser utilizado como ferramenta para controle do corpo, e, assim, da vida sexual do indivíduo em todos os seus aspectos. 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 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 (Fonseca, 2011). Segundo o autor, as instituições controlavam, vigiavam e criavam regras e normas que se transformaram em valores e em interesses próprios.

Quanto à raça/cor, quatorze educadoras sociais se autodeclararam pretas e pardas, enquanto quatro se autodeclararam brancas. Em relação a esse aspecto, poucos são os estudos acerca dos profissionais que atuam nos espaços de acolhimento que trazem a estratificação, apesar de uma obrigatoriedade em documentos oficiais. Percebe-se a dificuldade dos profissionais responsáveis pelo preenchimento de documentos, caso tenham que arguir o indivíduo sobre o quesito raça/cor.

Um estudo realizado em um hospital universitário do município de São Paulo, a fim de descrever e analisar a implementação da coleta do quesito raça/cor feito pelos profissionais responsáveis pelo registro dos pacientes, foi possível identificar que a maioria desses registros foi realizada por heteroidentificação (Geraldo *et al.*, 2022). Interessante ressaltar que os seis funcionários participantes da pesquisa possuíam, em média, 50 anos; quatro eram mulheres; cinco se autodeclarados pretos; quatro com ensino médio completo e dois com superior completo; e, em média, 29 anos de vínculo de trabalho no serviço.

Os participantes apontaram como problema o fato de que alguns pacientes poderiam se sentir ofendidos com a pergunta sobre a autodeclaração de raça/cor. E, a fim de evitar um potencial conflito, os funcionários preenchem o critério raça/cor por heteroidentificação (Geraldo *et al.*, 2022). Esses dados demonstram que, para além da dificuldade em realizar a

pergunta, mesmo para aqueles que se autodeclararam como pretos, talvez desconheçam a importância do preenchimento deste item nos formulários.

Evidencia-se que o Brasil é um país de maioria negra, mas ainda se percebe uma dificuldade em abordar as questões que envolvam as discussões raça/cor. Desde efetivação do Estatuto da Igualdade Racial (2005), há o empenho na produção de dados sobre a população negra no país, a fim de construir políticas públicas que busquem reduzir as vulnerabilidades sociais que vivenciam a população negra no Brasil (Brasil, 2005b; 2018c).

No estudo de Ribeiro (2020), dentre dez educadoras sociais, oito se autodeclararam como pretas e pardas. Tais resultados aguçam o olhar para as três questões que são transversais: raça/cor – vulnerabilidade – gênero. Essa realidade vai ao encontro aos dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que corroboram a continuação das desigualdades no mercado de trabalho, na medida em que ainda existe um forte contingente feminino concentrado no trabalho doméstico, caracterizado por situações de precariedade, baixa proteção social, condições inadequadas de trabalho, baixos salários e informalidade (Organização Internacional do Trabalho, 2006).

Para Neves (2013) o trabalho doméstico ainda tem sido considerado “natural” das mulheres e aceito que a aprendizagem acontece na família, além disso, adiciona-se a essa naturalização ao desvalor dos processos de aquisição de competências que ocorrem fora das instituições formais.

No Brasil, a presença de mulheres negras em trabalhos de cunho doméstico é marcante, caracterizando como uma atividade na qual a dupla discriminação de gênero e raça contribui para perpetuar as desigualdades enfrentadas pelas mulheres (Ávila, 2011; Neves, 2011).

No total da população brasileira, as pessoas pretas ou pardas constituem, ainda, a maior parte da força de trabalho no país. Em 2018, tal contingente correspondeu a 57,7 milhões de pessoas, ou seja, 25,2% a mais do que a população de cor branca na força de trabalho, que totalizava 46,1 milhões (Agência Brasil, 2018). A relativa desvantagem desse grupo populacional se mantém mesmo quando considerado o recorte por nível de instrução. A taxa composta de subutilização da força de trabalho, por exemplo, é maior entre as pessoas pretas ou pardas, qualquer que seja o nível estimado, sendo essa diferença relativamente menor entre aquelas que possuem o ensino superior completo (Agência Brasil, 2018).

Os dados encontrados junto às educadoras sociais neste estudo apontam a subutilização de mão-de-obra segundo o nível de instrução, haja vista que um grupo de participantes possui o nível médio completo, o ensino superior completo e em curso. Em

relação ao número médio de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais de idade, segundo sexo e cor ou raça, em 2016, a comparação entre mulheres brancas e pretas/pardas, com ensino superior completo, 22,2% são mulheres brancas e 8,8 % são mulheres negras. Os dados apontam que mesmo com ensino superior, elas seguem ganhando menos no mercado de trabalho (Agência Brasil, 2018).

No que diz respeito ao tempo de experiência de trabalho em unidades de acolhimento, sete educadoras sociais apresentavam entre 48 e 72 meses de experiência; seis profissionais com menos de 12 meses; duas entre 12 e 24 meses; e, por fim, duas entre 24 e 48 meses de experiência. Os dados acerca do tempo de experiência em unidades de acolhimento das educadoras sociais nas unidades de acolhimento indicam um misto entre profissionais experientes no lidar com a população de adolescentes.

O tempo de experiência destaca-se como um dado importante no manejo das educadoras sociais frente ao cotidiano dos adolescentes em situação de acolhimento. A experiência de trabalho no espaço de acolhimento pode indicar maior facilidade nas mediações de conflitos entre os acolhidos. Entretanto, também pode trazer uma certa rigidez quanto ao cumprimento de suas atividades nas unidades de acolhimento, atitudes algumas vezes vistas como autoritárias, pela sua responsabilidade em estabelecer limites às adolescentes.

Schenkel *et al.* (2023) apontam sobre a importância da necessidade de maior tempo de dedicação para construção dos vínculos afetivos junto às adolescentes. É salutar que esses vínculos de amizade e afeto sejam mantidos, uma vez que o apoio emocional na vida do adolescente, sobretudo na expressão de bem-estar e sentimentos positivos, constitui um importante fator para a formação de identidade e constituição de uma boa autoestima (Bronfenbrenner, 1996; Iannelli; Assis; Pinto, 2015; Myers, 2014).

No presente estudo, as educadoras sociais foram contratadas pelo regime trabalhista celetista, ou seja, segue a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Cabe mencionar que, em relação ao regime de trabalho, são apresentadas algumas diferenças. No estudo realizado no município de Xangri-Lá, as pesquisadoras identificaram que, dos seis cuidadores, quatro eram concursados e dois ocupavam cargo de confiança, além de possuírem, aproximadamente, dois anos de experiência de trabalho junto a acolhidos (Guincheski; Cecconello, 2022). Em outro estudo realizado no Rio Grande do Sul, todos os doze participantes eram concursados, sendo onze mulheres e um homem, e o tempo de trabalho variava entre 05 e 33 anos de experiência (Wendt; Dell’Aglío, 2021).

Os dados acerca do tempo de vínculo trabalhista das educadoras sociais nas unidades de acolhimento apontam para a existência de certa rotatividade na mão de obra, indicando a condição de subempregos (Ribeiro, 2020b). No estudo realizado em Minas Gerais, que buscou realizar uma intervenção psicossocial desenvolvida em instituição de acolhimento para adolescentes do sexo masculino com trajetória de vida nas ruas, percebeu-se o fato de que, em menos de um ano da abertura da unidade para o reordenamento do serviço de acolhimento para adolescentes em situação de rua, cerca de quarenta e cinco educadores entraram e saíram da unidade, a título de preencher o quadro funcional de doze educadores sociais (Santos; Soares; Raimundo, 2022). Dentre os fatores que podem contribuir com essa rotatividade entre os profissionais, além da desvalorização e da invisibilidade da função de educadora social, identificam-se o empenho e o esforço no manejo dos acolhidos diariamente e por não conseguirem vislumbrar as transformações na história de vida de cada um em curto prazo.

Em relação aos salários, doze educadoras sociais recebiam um salário mínimo e meio e seis participantes um salário mínimo. Os vencimentos auferidos aos educadores sociais traduzem o valor pago pela força de trabalho destes profissionais. O trabalho desempenhado por eles, segundo a CBO 5153-05, visa a garantir a atenção, defesa e proteção a pessoas em situações de risco pessoal e social, procurando assegurar seus direitos, abordando-as, sensibilizando-as, identificando suas necessidades e demandas e desenvolvendo atividades e tratamento.

As pesquisas têm demonstrado que, no cotidiano, uma gama de responsabilidades junto às acolhidas, os baixos salários e o exaustivo trabalho braçal no cuidado de crianças e adolescentes desmotivam a permanência das educadoras sociais. No estudo realizado na unidade de acolhimento localizada em um município do Sul do estado do Rio Grande do Sul, as educadoras sociais recebiam na instituição um salário mínimo à época, no valor de R\$ 788,00 (Gabatz; Schwartz; Milbrath, 2019). Estudo realizado em município da Baixada Fluminense, a educadora social recebia uma remuneração que variava entre R\$ 1.500,00 e 1.600,00 reais mensais (Ribeiro, 2020).

Em relação à realização de cursos de capacitação, treze educadoras sociais afirmaram que realizaram algum curso de capacitação após ingressarem no espaço de acolhimento. Os cursos citados pelas entrevistadas versavam sobre acolhimento, cuidado, mediação de conflitos, relacionamento interpessoal junto às adolescentes, manejo de adolescentes com déficit aprendido e políticas públicas para adolescentes. As demais educadoras sociais

alegaram não terem participado de nenhum curso de capacitação para trabalharem junto às adolescentes em situação de acolhimento.

Neste cenário, os dados revelam que a maioria das educadoras sociais participou de uma capacitação. O nível médio e a capacitação específica estão elencados como requisitos mínimos para o manejo de adolescentes em situação de acolhimento (Brasil, 2009a). Diversos estudos trazem as divergências acerca da escassez no processo de capacitação dos profissionais inseridos nestes cenários. No estudo realizado por Fonseca *et al.* (2020), os profissionais possuíam uma formação compatível, contudo, a instituição não promoveu nenhum processo de qualificação para os educadores sociais que manejam crianças e adolescentes em situação de risco. Félix *et al.* (2020), constataram certa fragilidade, uma vez que metade dos pesquisados realizou um único curso como educador social, o qual não abarcou nenhuma das inúmeras situações vivenciadas por eles dentro da unidade de acolhimento. Faz-se necessária seriedade na oferta de cursos de capacitação e formação continuada para educadores sociais, visto que, através delas, pode haver a probabilidade de promover uma aproximação do cotidiano e das próprias emoções, buscando um olhar reflexivo sobre o trabalho.

Os profissionais que atuam com a socioeducação carecem de capacitação gradual (Félix *et al.*, 2020), sendo apontado pelos autores que parte da sociedade também produz expressões de juízo de valor e atitudes que discriminam a população de acolhidos. Estas expressões e ideias devem ser desconstruídas a fim de orientá-los, entendendo a condição transitória a qual se encontram os acolhidos e para que sejam inseridos ou reinseridos ao convívio da família com segurança (Félix *et al.*, 2020). Um dado importante nos achados destes autores diz respeito aos profissionais não possuírem nenhuma formação direcionada à saúde sexual e reprodutiva. De fato, as questões que abarcam a saúde sexual não tem sido objeto de discussões nos espaços de acolhimento para adolescentes.

No levantamento realizado acerca da produção acadêmica sobre a população de crianças e adolescentes em acolhimento institucional, deparou-se com um dos principais desafios no tema da saúde: a falta de articulação do serviço de acolhimento com a rede de proteção como um todo (Couto; Rizzini, 2020). A condição de saúde desta população traduz as situações de privação material e emocional a que foi submetida (Penna *et al.*, 2012a). Há uma escassez de estudo que tragam essa temática de saúde sexual tanto na perspectiva das adolescentes como das educadoras sociais. Entende-se que os gestores ofereçam e garantam de forma contínua o processo de capacitação/educação continuada para as educadoras sociais. E que tais proposições façam parte do projeto pedagógico institucional, a fim de

instrumentalizar as educadoras sociais de maneira que possa auxiliar as adolescentes na construção da sua cidadania.

4.1.2 Características da saúde sexual e reprodutiva

Quanto à importância de conhecer as características das educadoras sociais investigadas para melhor analisar as suas percepções sobre saúde sexual e suas interfaces com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional, elaborou-se um quadro sinóptico destacando alguns dos principais aspectos sobre as características da saúde sexual e reprodutiva das educadoras sociais de unidades de acolhimento do município do Rio de Janeiro (Quadro 4).

Em relação à caracterização da saúde sexual e reprodutiva das educadoras, destacaram-se alguns aspectos relativos à vivência de sua saúde sexual, tais como: situação conjugal, orientação sexual, atividade sexual, relacionamento afetivo e número de filhos (Quadro 4).

Quadro 4 – Características da saúde sexual e reprodutiva das educadoras sociais

Educadoras Sociais	Características
ES1	Solteira, heterossexual, vida sexual ativa e frequente, passou por 03 matrimônios. Atualmente, noiva, possui 03 filhos.
ES2	Solteira, heterossexual, primeira relação sexual na faixa 15/16 anos, não se recorda muito bem, hoje sem parceiro e sem vida sexual ativa. Atualmente, está sozinha após a separação, possui 01 filho.
ES3	Divorciada, heterossexual, primeira relação sexual aos 13 anos com namorado, múltiplos parceiros e usava sites de relacionamentos (Badu). Hoje, solteira e recém-separada, devido a problemas de saúde do parceiro, sem vida sexual ativa e sem filhos.
ES4	Solteira, heterossexual, primeira relação sexual aos 18 anos. Hoje, sem parceiro, vida sexual ativa com encontros sexuais esporádicos e sem filhos.
ES5	Casada, heterossexual, vida sexual ativa, relata conhecer seu corpo, zonas erógenas, 20 anos de casamento, possui 02 filhos.
ES6	Solteira, heterossexual, vida sexual ativa, frequente e prazerosa, passou por 04 relacionamentos, possui 01 filho.
ES7	Solteira, heterossexual, ausência de vida sexual, solteira e sem filhos.
ES8	Casada, homossexual feminina, vida sexual ativa e frequente, nunca se relacionou com homens, sem filhos.
ES9	Casada, heterossexual, vida sexual ativa, relações sexuais espaçadas, mas com qualidade, possui 05 filhos e 02 netos.
ES10	Casada, heterossexual, perdeu a virgindade juntamente com marido, vida sexual ativa e frequente, possui 10 meses de casada, sem filhos.
ES11	Casada, heterossexual, teve 02 parceiros sexuais, perdeu a virgindade com marido, o primeiro parceiro sexual, aprendeu sobre sexo através filmes, vida sexual com baixa frequência devido à traição do marido após 22 anos de casamento, 02 filhos.
ES12	Casada, heterossexual, teve dois parceiros sexuais, vida sexual ativa e frequente, 15 anos de casamento, possui 01 filho.

ES13	Casada, heterossexual, perdeu a virgindade aos 20 anos de idade, escolheu viver sozinha após vários episódios de traição do marido, ausência de vida sexual, possui 01 filho.
ES14	Casada, heterossexual, demorou em perder a virgindade comparada às amigas, estava com 20 anos, teve 03 parceiros sexuais, vida sexual ativa e frequente, se dependesse do marido, seriam entre 03 e 04 vezes por dia, possui 01 filho.
ES15	Solteira, heterossexual, três parceiros sexuais, quando nova era mais ativa sexualmente, teve 03 parceiros sexuais, vida sexual ativa sem parceiro fixo, 01 filho.
ES16	Casada, heterossexual, satisfeita com esposo, vida sexual ativa, possui 01 filho.
ES17	Viúva, heterossexual, 40 anos de casamento, ausência de vida sexual após a condição de viuvez, optou por estar sozinha, possui 02 filhos.
ES18	Casada, heterossexual, perdeu a virgindade aos 15 anos de idade, vida sexual ativa, teve 04 parceiros sexuais, possui 01 filho.

Fonte: A autora, 2023.

No tocante à situação conjugal verificou-se que dez entrevistadas eram casadas, seis solteiras, uma divorciada e uma viúva. Para o grupo de mulheres que se encontra na condição de casadas, grande parte possui entre 10 e 30 anos de relacionamentos tidos como estáveis, construídos através da conjugalidade.

A dinâmica da conjugalidade é atravessada por diversos aspectos individuais, familiares, históricos e sociais, significando que a conexão matrimonial é constituída ponderando toda a trajetória cursada pelo casal, a partir da escolha do cônjuge (Alves-Silva; Scorsolini-Comin; Santos, 2016).

Esse panorama das educadoras sociais quanto a sua situação conjugal assemelha-se ao estudo de Ribeiro (2020), em que a maioria das participantes se autodeclaram casadas, trazendo a ideia de que o casamento confere à mulher uma segurança e o *status* de ter um “esposo e/ou marido”.

No cenário brasileiro, em um estudo *on line* no qual participaram 276 usuários da *web* que estavam em um relacionamento amoroso heterossexual, 23,1% dos entrevistados definiram a infidelidade como uma quebra de acordo entre o casal (Haack; Falcke, 2013; Scheeren; Apellániz; Wagner, 2018). 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). Os estudos têm evidenciado diferenças entre a forma como homens e mulheres respondem a diferentes tipos de infidelidade. As mulheres tendem a apresentar mais ciúmes relacionados à infidelidade emocional, enquanto os homens à infidelidade sexual (Guadagno; Sagarin, 2010).

Geralmente, a separação conjugal pode apresentar dois lados (positivo/negativo), sendo observada como positiva quando possibilita uma maior autonomia e decisão de escolha,

fica-se junto enquanto está bom; o lado considerado negativo deve-se pelo fato de que não se fazem mais esforços para manter a relação (Secco; Lucas, 2015).

Bozon (2004) aponta que as biografias conjugais e afetivas dos indivíduos se fragmentam e diversificam. Para o autor, o período em que os sujeitos permanecem sexualmente ativos tem aumentado devido à maior precocidade durante a juventude e ao prolongamento da atividade sexual em idades mais avançadas. As crescentes rupturas conjugais não levam a uma proporção igual de crescimento da solidão conjugal e sexual. Desta forma, a ideia de vivenciar a condição de solteira reafirma as mudanças culturais e significativas alcançadas pelas mulheres no tocante aos relacionamentos afetivos.

Há de se pensar nos fatores que influenciaram as mudanças nos relacionamentos afetivos ou na condição de conjugalidade percebidas na atualidade. Um dos fatores diz respeito à escolaridade: quanto maior o nível de escolaridade, geralmente, permitirá o acesso a melhores salários, sabendo que nem sempre é uma regra. Um outro fator seria o mercado de trabalho formal e a consequente independência financeira, que, de certa maneira, alteraram de forma significativa os papéis assumidos pelas mulheres tanto dentro quanto fora do espaço doméstico (Secco; Lucas, 2015).

No grupo de educadoras sociais que informaram estar solteiras observou-se que três possuem ensino superior completo, duas com médio completo e apenas uma com médio incompleto. Entretanto, a escolaridade parece não conferir melhores salários, este grupo de educadoras sociais recebe, em média, um salário mínimo e meio.

Secco e Lucas (2015), ao buscarem compreender como a independência financeira feminina poderia influenciar na vida amorosa das mulheres, evidenciaram que a questão de separação está relacionada à ideia de liberdade e de independência. Em sua pesquisa, as entrevistadas alegaram que a mulher tem o direito de decidir se deve manter ou não o casamento/relacionamento afetivo. Outrora não havia essa liberdade, e sim a obrigatoriedade de suportar o enlace, independentemente, de ser bom ou não para ambos.

Neste estudo, as seis educadoras sociais solteiras possuem filhos, o que pode indicar a sua responsabilidade socioeconômica. Também pode-se pensar que as educadoras possam desenvolver sua prática junto aos adolescentes em situação de acolhimento, realizando-a como um cuidado aos seus próprios filhos.

É possível pensar que a não permanência em relacionamentos afetivos tenha relação direta com incompatibilidade entre os cônjuges, relacionamentos afetivos tóxicos e ruptura de afinidades entre os casais. Nesse sentido, as mulheres que não conseguem se desvencilhar dos relacionamentos afetivos tóxicos tendem a adoecer, também havendo comprometimento da

sua saúde mental, que tende a gerar danos em sua saúde sexual. A saúde sexual está ligada ao senso de autoestima e, se negada, pode ter efeitos deletérios que comprometem não só a sua sexualidade, mas também a autoimagem, as relações sociais e a saúde mental.

Em relação ao sexo/gênero/orientação sexual, dezessete educadoras sociais se autodeclararam heterossexuais e uma homossexual. A heteronormatividade estabeleceu como padrão de normalidade a heterossexualidade (Reis; Teixeira; Mendes, 2017). O termo heteronormatividade foi instituído na década de 1990 para produzir um sistema de ideias que constituiu a heteronormatividade como padrão de sexualidade (Costa, 2012). A heteronormatividade padroniza a sexualidade e regula o modo e a maneira que sociedade contemporânea deve ser organizada. Essa padronização acaba por prescrever como os sujeitos devem viver seus desejos e expressar suas sexualidades e, ademais, como devem habitar seus corpos. O termo parte de definições dicotômicas dos sexos biológicos (vagina/pênis) para determinar representações de gênero (feminino/masculino) e, em subsequência, as orientações sexuais (heterossexual/ homossexual).

De fato, existe na sociedade, em geral, um padrão que estabelece a “normalidade e/ou naturalidade”: homem branco, heterossexual, de classe média urbana, cristão e ocidental (Costa, 2012).

No grupo de educadoras sociais, apenas uma se autodeclarou homossexual. Não duvidando das demais autodeclarações das entrevistadas sobre sua orientação sexual, cabe destacar que tornar público ou não a percepção de si mesma, certamente, leva em conta o ambiente e a situação, sendo compreensível a insegurança para revelar a sua orientação sexual, principalmente, quando esses códigos contrariam as normas sociais aceitas (Araújo, 2015).

Gagnon (2006) aponta que a sexualidade e o gênero são aprendidos socialmente como forma de conduta e estão ligados de diversas maneiras em diferentes culturas. Entende-se que a discussão sobre a diversidade sexual deve ser transparente e clara para o indivíduo, que ele possa compreender essas discussões e que elas possam auxiliar no processo de desconstrução dos diversos tipos de “fobias” relacionadas à orientação sexual do indivíduo. Acredita-se que essa temática precisa ser discutida de forma natural a partir da família e na escola para possibilitar explicações acerca da sexualidade feminina para além dos órgãos reprodutores (Oliveira; Rezende; Gonçalves, 2018).

Dentre o grupo de educadoras sociais, treze sinalizaram que possuíam uma vida sexual ativa e cinco alegaram não possuir uma vida sexual ativa. Vivenciar uma vida sexual ativa e segura vai ao encontro dos direitos sexuais.

Entende-se que promover a saúde sexual é também uma estratégia para cuidado da saúde e do desenvolvimento humano, integrando aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação, o prazer e o amor (Oleman, 2011; WHO, 1975; 2006). Entende-se que a sexualidade está ligada à intimidade, ao erotismo e ao prazer sexual.

O sexual tem sido o grande enigma do ser humano e, todo grupo humano, ao ser interpelado pelo sexual, cunha dentro de suas menções sintagmáticas, ou seja, apresentam muitas dificuldades ou nem conseguem para lidar com as demandas dos impulsos: são os discursos sobre a sexualidade, verdadeiros artefatos culturais tributários do momento sócio-histórico do qual emergem (Ceccarelli; Andrade, 2018).

4.2 Percepções das educadoras sociais acerca de sua saúde sexual

A primeira categoria emerge da descrição sobre como as educadoras autoavaliam as informações que possuem sobre a saúde sexual e os meios como adquiriram tais informações. Também apontam como expressam sua saúde sexual, ou seja, expressões da saúde sexual considerando sua autopercepção sobre si mesma, sua saúde sexual, a vivência da sexualidade e sexo, higiene pessoal e íntima e dinâmica das relações afetivas. **(APÊNDICE D)**

4.2.1 Autoavaliação das Informações sobre saúde sexual

No que diz respeito às informações que as educadoras sociais possuem sobre a saúde sexual, observou-se que elas realizam uma autoavaliação e afirmam possuir informações acerca do tema. Entretanto, algumas afirmam que possuem informações limitadas para tratar as questões que envolvem a saúde sexual. Logo, há um misto em relação a esse dado, conforme poderá ser visto na próxima subcategoria que aborda como elas percebem efetivamente a saúde sexual.

Algumas educadoras ao se depararem com a imensidão do tema se achavam desinformadas sobre a saúde sexual; outras se consideraram informadas, demonstrando empoderamento a partir das informações que possuem, levando-se em consideração o tripé que

abarca a saúde sexual e as dimensões, como a sexualidade, as relações sexuais sem coerções e a reprodução responsável.

Assim, não vou dizer que... mais ou menos. Eu procuro assim o básico [saúde sexual] mesmo. (ES7)

Na medida do possível [informada]. Não 100%. (ES10)

Eu me considero informada sim. (ES11)

Modéstia parte sim (risos). Eu me considero informada. (ES8)

Eu sempre fico me policiando, se tiver algo fora do normal, um cheiro diferente, essas coisas assim, alguma acontecendo no meu corpo diferente, né. (ES14)

Eu procuro “cheiros” no meu corpo, essas coisas todas. É porque a mulher tem que se cheirar, né? Ela precisa conhecer o seu corpo, né? Eu me cheiro. A partir do odor, do cheiro, você já saber, consegue identificar alguma alteração. Algum corrimento vaginal, né. (ES15)

Neste bloco, um grupo de educadoras sociais percebem que possuem orientações que oferecem condições para cuidar de si mesma e uma participante afirma que possui um conhecimento básico para tratar as questões que envolvem a saúde sexual. Outro grupo de participantes faz referência ao conhecimento do corpo para identificar alterações através de cheiros característicos de IST.

Righetto, Vitorino, Muriel-Torrado (2018) reiteram que a predisposição de localizar as informações, assimilá-las e incorporá-las como conhecimento adquirido, seja em âmbito profissional e/ou pessoal tem valor inestimável. Acredita-se que este valor inestimável seja pela possibilidade de agregar e aplicar esta informação ao conhecimento que o indivíduo possui sobre a temática, neste caso, a saúde sexual. O conhecimento sobre a saúde sexual ainda apresenta barreiras invisíveis para o ser humano. A definição de saúde sexual destaca que homens e mulheres possam experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura (Brasil, 2013b).

Entende-se que essa vida sexual segura está diretamente relacionada à informação que o ser humano possui sobre a saúde sexual. A saúde sexual se manifesta em diferentes momentos no ciclo de vida, e para cada ciclo, uma singularidade. E o desconhecimento ou a não informação das singularidades acaba por comprometer a saúde sexual do ser humano. As educadoras sociais afirmam que a informação que possuem dariam conta de um cuidado básico e dentro do possível. Ainda assim, elas conseguem identificar alguns sinais e/ou sintomas dos agravos sexuais que poderiam indicar infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), geralmente, as que são passíveis de tratamento e cura, bem como as tratáveis, mas sem possibilidade de identificar aquelas assintomáticas como o HIV/AIDS. Se faz necessário levar

em conta que as estimativas globais de prevalência e incidência dessas infecções sexualmente transmissíveis curáveis permanecem altas (Rowley *et al.*, 2016).

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de ISTs curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade. Tais estimativas indicam alta frequência das ISTs e justificam a estratégia global da OMS e a definição de ações prioritárias para alcançar metas de eliminação das ISTs até 2030 (Miranda *et al.*, 2021; WHO, 2018).

Que um corrimento escuro não é normal. Uma coceira não é normal. Entendeu? É isso. (ES10)

Fico chocada, morro de medo de doenças sexualmente, um tempo atrás eu tive um corrimento com cheiro muito forte. Eu tive que tratar, incomodava muito. (ES6)

As educadoras sociais conseguem identificar alterações a partir da observação do seu próprio corpo. O conhecimento do seu próprio corpo confere a possibilidade de identificar alterações no contexto da sua saúde sexual. Para as educadoras sociais, o medo em contrair uma IST demonstra a preocupação pelo incômodo, e conseqüentemente, o tratamento realizado. O conhecimento da mulher do seu próprio corpo ainda esbarra no processo de construção social da população feminina. Ao entender como funciona cada parte do corpo, confere simplicidade na identificação dos problemas de saúde, como se relacionar melhor consigo e cuidar melhor de si mesma, bem como promover a sua própria saúde, conhecer o próprio corpo.

Apesar dos avanços e conquistas no âmbito dos direitos, historicamente, a construção social da mulher esteve atrelada ao patriarcado. Nas sociedades marcadas e fundadas com base no patriarcalismo, a mulher vivia sob a tutela de uma figura masculina. Essa construção social era ou ainda é alimentada pelas várias faces da violência contra a mulher, como, por exemplo, a violência doméstica e sexual, a obrigatoriedade da reprodução, a ausência de direito sobre o seu próprio corpo, entre outras.

Segundo Gagnon (2006), a sexualidade é aprendida, estabelecida e reconstruída sob todos os aspectos e se organiza conforme a estrutura social e cultural. Acredita-se que a maneira como a mulher aprende a experienciar a sua sexualidade está atrelada a medidas preventivas com seu parceiro acerca do sexo seguro.

Seguindo as questões referentes ao conhecimento acerca da saúde sexual, observou-se também a não informação sobre a saúde sexual por parte das educadoras. Constatou-se

ainda uma dificuldade das educadoras sociais em falar sobre saúde sexual, sexualidade e sinalizam um bloqueio quando perguntadas sobre sexualidade.

Olha eu vou ser sincera, eu não sei te responder essa pergunta [sobre ter informações acerca da saúde sexual]. (ES3)

Assim, tem muito bloqueio, quando se fala de sexualidade até para falar da própria sexualidade. (ES5)

Elas parecem impactadas quando ouvem uma pergunta sobre saúde sexual, por conta do desconforto em abordar sobre esse tema. Este comportamento demonstra o quão difícil é abordar temas que culturalmente são restritos à intimidade.

As educadoras sociais hesitam nas suas falas que dizem respeito a não serem informadas sobre saúde sexual. À medida que as perguntas eram realizadas, elas acreditavam que não possuíam a informação necessária sobre saúde sexual, mas o que possuem já seria suficiente para o seu próprio universo.

Olha só, eu acredito que pela pesquisa que você fez comigo [sobre saúde sexual] aí, eu não sou bem-informada ..., mas para mim já é o bastante, de repente, por exemplo, eu tenho que me informar mais. Mas no meu universo, estou indo bem, não estou mal não. (ES4)

Pontuam questões importantes que dizem respeito à discussão da saúde sexual a partir da esfera familiar, ou seja, a informação e/ou conhecimento sendo tratado no âmbito domiciliar. Elas fazem uma alusão à ausência da família, mais especificamente da figura da mãe ou uma pessoa que pudessem orientar sobre a temática da saúde sexual. Demonstram alcançar a fase adulta não se percebendo informada de temas importantes na vida do indivíduo.

Minha mãe nunca falou sobre nada a respeito de nada disso [saúde sexual]. Eram pessoas antigas, então não tinha abertura com o assunto [saúde sexual]. ES2

Se não estivesse gravando eu ia te falar bem claro, mas gravando eu não vou falar. Eu não sou informada de nada. Eu acho que vivo o dia a dia e procurar aprender a cada dia. ES9

Os pais têm a responsabilidade de serem os primeiros educadores sexuais dos filhos, no que diz respeito a mostrar os diferentes modelos de identidade sexual (Lima *et al.*, 2013). Entretanto, é sabido que existe uma grande dificuldade da família em compartilhar as informações e/ou conhecimento sobre saúde sexual. Para algumas famílias, discutir saúde

sexual e suas dimensões seria uma autorização para os filhos se relacionarem sexualmente de maneira precoce. De fato, para alguns núcleos familiares, existe uma barreira no tocante a essas informações, fazendo com que o jovem busque essas informações em locais onde elas são oferecidas de maneira desconexas com a realidade e acabam por contribuir para a prática sexual desprotegida e insegura.

Determinadas famílias demonstram serem adequadas ao adiamento da iniciação da vida sexual até o (a) filho (a) concluir o ensino superior, alcance uma boa colocação no mercado de trabalho ou simplesmente pelo credo religioso ou crença familiar, evitando assim falar sobre o assunto (Grossman; Jenkins; Richer, 2018). Dependendo do contexto social e do capital cultural que a família possui, poderá influenciar de maneira positiva ou negativa, ou até mesmo não existir a oportunidade em discutir tais questões no recôndito familiar. Verdadeiramente, não é possível compartilhar o conhecimento que não se tem. Para abordar temas como a saúde sexual, sexualidade, sexo, prazer, orgasmo, é necessário que o indivíduo tenha se desenvolvido num espaço onde tais questões foram apresentadas respeitando as fases do seu desenvolvimento e de maneira simples, para que na vida adulta possa vivenciar a sua sexualidade de maneira saudável.

A sexualidade é uma condição humana que começa a se formar na infância, continua sendo construída na adolescência e se manifesta diferentemente nas várias fases da vida (Rheume; Mitty, 2008; Van Haute, 2005). As informações ou conhecimento construído de maneira equivocada ou permeada de pré-conceitos formará adultos incompletos. Para Freud (1987) apud Lara (2009) “o ser humano, ao negligenciar a sua sexualidade, ele jamais se sentirá um ser completo”, e estará exposto a alterações do comportamento, potencialmente nocivas ao indivíduo (Brenner, 2007).

É mister que as discussões que envolvem a saúde sexual e as suas dimensões façam parte da história de vida do indivíduo. Segundo Gagnon (2006), os cenários culturais se referem às instruções culturais da vida coletiva fornecidas pelas instituições (família) e arranjos institucionais (escola/igreja). Há de se pensar que essas instruções acerca da saúde sexual, geralmente, não fazem parte das discussões ou são aprendidas esfera familiar, e como as educadoras sociais podem vivenciar a sua saúde sexual de maneira satisfatória se as instruções recebidas foram permeadas de juízos de valores. Para Gagnon (2006) estas instruções encontram-se inseridas em roteiros ou narrativas de cada papel especificamente, e, neste caso, atrelado ao gênero. Comumente, os saberes sobre a saúde sexual permanecem como tabus no imaginário da população ou nas rodas de conversas entre os seus pares. A saúde sexual está, de modo direto, relacionada com a sexualidade, sendo considerada um

aspecto basilar da vida humana, havendo ao menos seis dimensões: física, psicológica, espiritual, social, econômica e cultural (Oliveira *et al.*, 2014).

Considerando as informações adquiridas sobre saúde sexual, emergiram também os meios de aquisição, os locais, meios e profissionais que auxiliam no acesso à informação sobre saúde sexual.

Nesta subcategoria, as educadoras sociais citaram os espaços nos quais elas adquiriram informações sobre a saúde sexual. De modo geral, estão centrados na escola, faculdade, educação em saúde na comunidade e através de líderes religiosos.

Na escola, ah, às vezes na escola. Na comunidade, eu lembro que na época tinha um negócio de umas mulheres em ação, estava sempre falando alguma coisa [saúde sexual]. ES15

Na faculdade. Hoje, atualmente, eu vejo [saúde sexual] mais na faculdade. ES10

A própria minha igreja sabe, às vezes, a pastora tem essa abertura com a gente de conversar, falar a respeito [saúde sexual] com a gente, de conversar. ES2

Cada espaço destacado por elas remete às características específicas que cada instituição possui no tocante à produção de informação e/ou conhecimento sobre determinado tema. Os espaços escolares devem contribuir no desenvolvimento do indivíduo, trabalhando, através da educação em saúde, as discussões a partir da educação sexual. Entretanto, pensar em temas que abarquem a educação sexual, se faz necessário que estes profissionais ligados a educação (professores) tenham a compreensão da sua própria saúde sexual. De que maneira discutir com o “outro” matérias polêmicas, se para este profissional tais questões não estão resolvidas. Entende-se que esses temas controversos, como saúde sexual, requererá uma visão de mundo descolada dos pré-conceitos que constroem todo ser humano, a partir da sua história de vida e do ponto de partida na vida para cada indivíduo.

Já nos espaços acadêmicos é possível encontrar a produção de saberes e o conhecimento de modo mais diversificado e plural. A universidade possui como finalidade a transformação do indivíduo para que este transforme as realidades desiguais encontradas na sociedade. A desigualdade encontrada em diversas esferas da sociedade também se dá no campo da saúde. E a presença da população feminina na universidade tem contribuído para a diminuição das disparidades sociais entre homens e mulheres. Diversos indicadores confirmam essa tendência geral de aumento da escolaridade das mulheres em relação aos homens. Em 2016, na faixa dos 25 a 44 anos de idade, 21,5% das mulheres tinham

completado a graduação, contra 15,6% dos homens (Agência Brasil, 2018; Maruani; Hirata, 2003).

De fato, depois de séculos de exclusão, as mulheres seguem alcançado êxito no ingresso e na finalização dos cursos nos sistemas escolares, inclusive no nível superior (Brasil, 2015). Entretanto, tanto o acesso ao ensino superior, quanto a finalização deste processo, não garantem a redução das desigualdades na sociedade, particularmente o acesso a informações sobre saúde (educação em saúde).

A maneira de adoecer e morrer segue diferenciada quando comparada entre os grupos populacionais. Essa disparidade se desloca para o campo de saúde, se revelando nos níveis de risco à saúde e no acesso ao sistema e aos serviços de saúde (Henriques, 2019).

Os determinantes sociais da saúde indicam que o risco de adoecer é menor entre as pessoas com renda e escolaridade mais altas, por causa do acesso à prevenção e ao tratamento, do que os indivíduos na situação inversa, de pobreza (Barrozo *et al.*, 2020).

As condições de saúde da população em geral são influenciadas pelos níveis de escolaridade, classe social e socioeconômica. Quanto maior os níveis de escolarização, menor a possibilidade do adoecimento por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que apresenta uma relação direta com as condições de vida da população. Cabe ressaltar que para uma melhor compreensão sobre desigualdades em saúde devem ser consideradas as características específicas das categorias gênero, raça, classe social/*status* socioeconômico, revelando as associações entre essas categorias e a produção dos arquétipos de saúde e doença (Siqueira, 2014).

A partir da caracterização das educadoras sociais, foi possível identificar que este grupo possui formação universitária, o que diferencia no acesso às informações. A formação universitária tende a contribuir na redução de desigualdades, entre elas na esfera da saúde, e, principalmente, os agravos que comprometem a saúde da mulher. O acesso à educação, geralmente, confere ao indivíduo a capacidade questionar e fazer valer o seu direito nas diversas esferas da sociedade.

A partir do conjunto de informações que o indivíduo possui, geralmente, se apropria de maneira mais robusta dos direitos que lhes são conferidos enquanto cidadão. Certamente, encontram-se as dissonâncias na sociedade entre o direito de vivenciar o seu direito, principalmente, em relação aos direitos sexuais.

O Brasil é signatário em diversos compromissos internacionais em oferecer o acesso à saúde para a população feminina de maneira mais equânime (International Conference on

Population and Development, 1994; ONU, 1995; WHO, 1975). As discussões sobre a saúde sexual devem estar em todos os espaços da sociedade.

Observou-se que nem todas as participantes apontaram o espaço universitário como um local para aquisição da informação sobre a saúde sexual. A partir disso, infere-se que, provavelmente, os cursos voltados para área da saúde discutam com mais facilidade as questões que envolvem a mulher, entre elas a sua própria saúde.

A igreja também é um dos locais em que as participantes buscam a informação sobre saúde sexual. Levando em conta a fala da educadora social, chama a atenção quando em seu discurso faz uma referência de que “às vezes” a líder religiosa conversa sobre saúde sexual. Refletindo acerca da expressão “às vezes”, percebe-se que o tema saúde sexual apresenta um indicativo de tempo e demonstra ser uma temática não abordada de maneira constante para o grupo de mulheres que professam a mesma fé naquele espaço.

A igreja tinha grande influência sobre a sexualidade feminina (Del Priore, 2004). De acordo com a história, a vida sexual das mulheres esteve embasada em padrões morais, éticos, comportamentais, entre outros, que ensinavam as mulheres para viver em família, a zelar pelo lar, sendo encarregadas de cuidar da casa e dos filhos (Oliveira; Rezende; Gonçalves, 2018).

É oportuno salientar que a religião pode ser uma variável influenciadora para o início das atividades sexuais. Como também de determinados comportamentos relacionados com a saúde sexual, contribuindo para adiá-los, reduzi-los ou mesmo restringi-los, de forma direta ou indireta, demonstrando os aspectos de dominação da igreja (Silva; Camargo; Iwamoto, 2014). Estes padrões de dominação se estenderam para as ramificações do cristianismo.

De certo que alguns avanços ocorreram na igreja, pois passaram a discutir, ainda que de maneira tímida, temas que dizem respeito à promoção da saúde da mulher. Ainda assim, as desigualdades de gênero nos espaços religiosos é uma realidade, entre elas a violência contra a mulher.

O estudo realizado por Nunes e Souza (2021), no estado de Goiás, analisou um grupo de mulheres evangélicas pentecostais e neopentecostais que vivenciaram a violência doméstica perpetrada pelo parceiro e/ou ex-parceiro. Segundo as autoras, a vivência das violências contra as mulheres religiosas legitima o patriarcado e a dominação masculina, contribuindo na manutenção dos relacionamentos abusivos e para a não denúncia aos órgãos especializados, reforçando a passividade e a resolução de problemas a partir da oração.

No presente estudo, as educadoras sociais professam sua fé nas religiões ligadas ao cristianismo (72,2%), mas não houve relatos que sinalizassem algum tipo de violência vivenciada pelas participantes.

As educadoras sociais também apontaram como formas e maneiras de acessarem informação a respeito da saúde sexual através da *internet*, de relações de amizade e de leituras.

Constatou-se que dezesseis educadoras sociais utilizam a *internet* para buscar informações sobre saúde sexual e o uso de plataformas para realizarem as buscas sobre o tema foi quase que uma unanimidade entre as entrevistadas, uma verdadeira evolução tecnológica.

[Quais os locais que você busca informações sobre saúde sexual?] Na verdade, quando tenho alguma dúvida, eu procuro pela internet. (ES3)

Com a internet, as informações são mais rápidas. (ES15)

Eu vou buscar, agora a gente tem o Google. Aí quando eu tenho alguma questão [saúde sexual], eu pergunto ao Google. Antigamente, era a biblioteca. (ES11)

Quando eu estou com dúvida, eu procuro no Google. (ES1)

E vou, geralmente, vou também na internet. (ES7)

Geralmente, eu, se eu estiver uma dúvida, na internet. (ES14)

Na internet, eu já estudei muito sobre isso [IST], né. (ES16)

As maneiras de acesso apontadas pelas participantes são através da *web*, por meios das mídias sociais, a rede de amigos e a leitura de livros e artigos entre outros. Atualmente, a informação encontra-se de maneira pulverizada nos diversos meios de comunicação e o consumo destas informações ocorre numa velocidade recorde. Haja vista que as mídias sociais, como o *Facebook*, *Tik Tok*, *Instagram*, *YouTube*, *WhatsApp*, *Rumble* e *Twitter*, entre outros, apresentam diversas informações publicadas.

Em 2011, o Brasil alcançou o quinto lugar no *ranking* mundial que analisava o meio onde as pessoas mais procuram orientações sobre saúde, a *internet* como a primeira escolha (Vermelho *et al.*, 2014). Entretanto, apesar da facilidade de acessar a informação, esbarra-se nas informações desconexas ou nas chamadas *fake news*, produzindo a desinformação aos usuários. Nesse contexto de evolução tecnológica, pondera-se que o surgimento da *internet* propiciou, primeiramente, que computadores fossem conectados em rede. Em seguida, as pessoas foram conectadas por meio de recursos como, por exemplo, e-mails, mensagens instantâneas, fóruns, seção de comentários e, mais recentemente, por meio das redes sociais (Amaral; Juliani; Bettio, 2020; Ashton, 2009).

De fato, através das mídias sociais, é possível trazer o mundo para a palma da mão, através aparelhos celulares. Uma infinidade de saberes que podem ser acessados de qualquer lugar, horário e por qualquer indivíduo que possua o mínimo de habilidade cognitiva no manuseio dessa tecnologia. Em um estudo realizado junto à população de mulheres na terceira idade, foi possível identificar que, apesar da interação, elas se deparam com desafios no manuseio das mídias sociais através do uso da *internet* (Techio *et al.*, 2021).

O uso das mídias sociais tem contribuído na superação das limitações de tempo e do espaço (Aragão *et al.*, 2018). Segundo os autores, essa contribuição permite um alcance maior de indivíduos que podem interagir a qualquer hora e em qualquer lugar, rompendo com o tempo determinado para o processo de ensino/aprendizagem.

O uso do computador e da *internet* vêm se difundindo ao longo do tempo e o estar *on-line* ou conectado tem se mostrado como um aparato tecnologia de informação essencial para a comunicação entre pessoas (Foletto; Fiepke; Wilhelmo, 2018). Para os autores, o computador, a *internet* e as demais tecnologias digitais trouxeram novas possibilidades, agilidade na interação e criaram processos comunicativos. Uma das participantes afirma que diante de uma dúvida, ela pergunta a uma determinada empresa de *internet*. Para as educadoras sociais, a rede de *internet* não é só local de busca para sanar as dúvidas, mas também local de estudo.

Num estudo internacional realizado junto aos adolescentes demonstrou-se que as mídias digitais tendem a oferecer ferramentas de inovação para intervenções na saúde sexual entre essa faixa etária (Guse *et al.*, 2012). Os autores afirmam que o uso das ferramentas de inovação tem contribuído para as mudanças drásticas na comunicação entre as pessoas em todo o mundo, favorecendo o diálogo sobre temas que, presencialmente, poderiam ser mais difíceis de abordar. O acesso à *internet* através dos aparelhos celulares se tornou uma ferramenta “imprescindível” no acesso à informação.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) (2018), divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontaram que a inserção da *internet* em domicílios no Brasil aumentou 4,2 pontos percentuais e ficou em 79,1%, totalizando 56,747 milhões de residências. A pesquisa traz que dos 181,9 milhões de pessoas estimadas pela PNAD Contínua, 74,7%, ou seja, 173,3 milhões, ou três quartos do total, diziam ter acesso à *internet* de alguma forma. E uma diferença apontada no estudo está relacionada ao gênero, em que mais mulheres acessam a *internet* – 75,7%, contra 70,7% no ano anterior – do que homens, com 73,6% (contra 68,8% em 2017) (IBGE, 2018).

Diante destes dados, as respostas das participantes coincidem com os resultados da PNAD Contínua. Contudo, é necessário que o usuário lance mão da utilização de estratégias ou filtros, se possível, a fim de avaliar a qualidade da informação disponibilizada. Trazendo essa informação para as questões de saúde, neste caso a saúde sexual, de certo que a qualidade da informação sobre a saúde, de maneira geral, deveria auxiliar na construção dos saberes e não causar a desinformação. A informação que tem sido pulverizada nem sempre apresentam uma fonte confiável. Ainda que pulverizada através dos meios de comunicação, se a informação não for decodificada (usuário) e transformada (receptor) em conhecimento, não cumprirá o seu real propósito, que deve ser a transformação das realidades e das condições sociais em que vive.

Apesar da grande maioria das educadoras sociais utilizarem a *internet*, uma educadora social descarta o uso da *internet* por não confiar nas informações nela encontradas. Ressalta-se a percepção de uma das entrevistadas quanto a fidedignidade das informações encontradas na *internet*. Além de livros, o acesso aos artigos científicos também foi citado por participantes. A utilização de artigos científicos como fonte de informação é um acesso privilegiado.

Leio bastante, eu leio bastante, leitura. Eu gosto de livro, de poder pegar o livro, a confiabilidade [internet] é muito pequena, quase nula. Hoje em dia, qualquer um vai lá e escreve o que quer e aquilo ali vira uma verdade absoluta. E você não sabe de onde veio aquela verdade, né? (ES8)

Eu leio muito, é sempre um aprendizado, eu leio de tudo, entendeu. (ES9)

Eu procuro nos livros, também leio, pesquiso aqui e ali. (ES5)

Eu gosto de livros, dos livros que eu tenho sobre produtos naturais, eu tenho, eu gosto destas informações. (ES13)

Leio artigos, artigos científicos, entendeu? (ES10)

Um outro meio de buscar o acesso à informação para as entrevistadas se dá através da leitura de livros e de artigos científicos. Ainda há preferência em buscar conhecimento a partir de livros físicos e gostar de manuseá-los, ou seja, estar em contato com o exemplar. Essa preferência vai na contramão da atualidade, em que a conectividade se dá também através de aplicativos para leitura de livros.

Geralmente, o uso das bibliotecas virtuais ocorre nos espaços acadêmicos das instituições de ensino superior (IES). No meio acadêmico, uma das competências das IES é preparar os discentes e docentes para desempenhar as suas atividades individuais, profissionais e sociais (Alves; Santos, 2018). E, para tal, necessitam de amadurecer o nível

das suas capacidades cognitivas, pensamento crítico e competências analíticas. A população, de maneira geral, apenas utiliza os navegadores para realizarem suas pesquisas mais simples.

Constatou-se também que todas as educadoras sociais mencionaram os profissionais de saúde como sendo pessoas importantes na aquisição de conhecimentos, informações e orientações sobre saúde sexual. As participantes afirmavam que buscavam pelas enfermeiras para sanar as dúvidas que possuem sobre saúde sexual.

E eu tenho outros amigos que também são enfermeiros, minha irmã e minha mãe que trabalharam num hospital federal. (ES1)

Eu sempre vou na clínica da família perto da minha casa que, ultimamente, anda muito carente em termos de médicos, mas eu pergunto à enfermeira, alguma coisa assim. (ES4)

Tiro minhas dúvidas com a enfermeira, a enfermeira, lá no posto de saúde, lá em Vila Isabel. Eu moro e frequento lá. (ES12)

A enfermeira do posto, colocou assim para mim, “parabéns”, não deu nada no seu preventivo, entendeu? Ela esclarece as dúvidas entre uma consulta e outra. (ES16)

É importante, a enfermeira explicou a importância de fazer os exames todo ano, mesmo não tendo vida sexual [ativa]. (ES17)

A educadora social faz uma menção de ser parabenizada pela enfermeira, devido ao resultado do preventivo não apresentar nenhuma alteração e o esclarecimento das dúvidas entre as consultas. E outra participante faz uma referência acerca de a enfermeira orientá-la quanto a importância de realizar o preventivo mesmo na ausência de vida sexual.

As educadoras sociais fazem referência à enfermeira como a profissional que elas buscam para responder as dúvidas relacionadas à saúde sexual. É extensa a área de atuação da enfermeira no cenário da atenção básica de saúde, dentre elas, a saúde da mulher.

Geralmente, nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem há um arcabouço de conhecimentos relacionados à saúde da mulher. Esta estrutura, comumente, apresenta uma linha do tempo do processo histórico e sua contextualização, acerca das conquistas através da implementação das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. E, especificamente, abordar as questões sobre a saúde sexual, deve ser discutida, de maneira mais natural possível.

A atenção na saúde sexual e reprodutiva deve ser realizada de maneira humanizada e não prescritiva, e essa atenção deve ser semelhante quando a mulher está fora do período gestacional. Existe uma gama de questões acerca das diversas fases ou ciclos que a mulher

vivência ao longo da sua vida. Dentre as áreas de atuação da enfermeira estão os programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, entre outras. Sabe-se que a saúde sexual perpassa por todas as fases da vida da mulher (Brasil, 2001).

De fato, a enfermeira está inserida nos cenários da atenção básica, assistindo de forma integral a mulher desde a idade reprodutiva, bem como a fase pós-menopausa. Na atenção básica de saúde, deve ser uma prática constante e comum a valorização do usuário que busca pelos serviços das unidades de saúde. Esta deve ser uma estratégia, a fim de estabelecer um vínculo com a unidade de saúde a qual ele pertence, na ideia de que este usuário compreenda a sua corresponsabilidade com a sua própria saúde. Deste modo, espera-se que as unidades básicas de saúde sejam a porta de entrada dos usuários no para Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que não adentre ao serviço de saúde apenas pelo serviço de urgência e emergência.

Entende-se que, independentemente, do profissional que atenda as educadoras sociais, o direito à saúde para o público feminino deve ser considerado um 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 fornecimento de uma assistência de caráter integral da sua população (Gonçalves; Costa, 2019).

Ao assistir à população feminina, a enfermeira deve atentar-se para um olhar alinhado com a integralidade e não prescrição, seguindo o modelo medicalizado ao invés do cuidado humanizado. Uma vida sexual ativa e prazerosa é uma das bases da saúde em sua integralidade. A enfermeira deve atuar com o intuito de ajudar a cliente a desfazer os preconceitos e tabus impostos pela sociedade (Silva *et al.*, 2020). Deve contribuir e buscar garantir uma atenção de qualidade aos problemas sexuais enfrentados por estas mulheres, trazendo uma abordagem resolutiva e positiva em relação ao prazer sexual (Ziliotto; Marcolan, 2013).

4.2.2 Expressões da saúde sexual das educadoras sociais: um olhar sobre si mesma e suas relações afetivas

Nessa segunda subcategoria da categoria “Percepções das educadoras sociais acerca de sua saúde sexual”, observa-se que as participantes descrevem a saúde sexual a partir da observação de si mesma; da autoestima elevada e do empoderamento; da sua sexualidade

vivida com liberdade, suas condutas e escolhas na vida; da manutenção do equilíbrio das emoções, mente e corpo; do autocuidado com o corpo através de atividade física e alimentação saudável; e das relações afetivas vividas.

Então, eu me basto, eu me sinto sabe, eu sou promotor de mim mesma, entendeu. Procuro fazer minha unha, cuidado dos cabelos, eu me olho no espelho, eu falo assim, gente, mas você, você nasceu para brilhar mesmo. Eu sou assim, aí eu não fui criada para sofrer não, fui criada para brilhar, entendeu? (ES4)

É estar sempre bem consigo mesma, entendeu? Sim, eu estou satisfeita, sim. (ES18)

Você gostar de ser quem você é para gostar de si mesmo. (ES5)

Tenho, assim, para eu ter uma vida sexual saudável é estar me sentindo bem comigo mesma, com meu corpo. Eu estar me tratando. E eu estar buscando né? (E2)

As educadoras sociais entendem que a saúde sexual perpassa pela observação de si mesma. Elas reconhecem a si próprias, a partir das características físicas que possuem. Compreende-se que a percepção de si mesma de maneira positiva contribui no modo como este indivíduo conduz a sua vida. A autoestima elevada e a autoimagem, geralmente, estão relacionadas com o bem-estar, ou não, da pessoa consigo mesma (Lazanha *et al.*, 2016).

A autoestima seria como uma porta de entrada para uma vida feliz, sendo compreendida por um conjunto de sentimentos e pensamentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, que se reflete em uma atitude positiva ou negativa em relação a si mesmo (Sbicigo; Bandeira; Dell'Aglio; 2010; Silva, 2019). O conceito de autoestima está atrelado à visão do próprio reflexo, ou seja, trata-se de uma percepção que o sujeito faz de si mesmo (Riso, 2012).

A autoimagem é a maneira que o indivíduo se vê ou percebe. As educadoras sociais promovem a si mesmas, sem a necessidade de que outra pessoa o faça. Ao olhar no espelho o reflexo ou a sua autoimagem de uma mulher que nasceu para brilhar, independente das adversidades enfrentadas no cotidiano.

A autoestima e a autoimagem são aspectos importantes nas várias dimensões para uma vida saudável. Segundo pesquisadores, a autoimagem é influenciada pela autoestima e está relacionada à imagem que o indivíduo tem sobre a aparência e o funcionamento de seu próprio corpo (Soares *et al.*, 2021). É fundamental que haja uma estabilidade desses fatores, sendo inegável a importância para que o indivíduo se sinta bem consigo mesmo e essa estabilidade possa refletir em relacionamentos saudáveis e um desempenho positivo em suas

atividades (Sbicigo; Bandeira; Dell’Aglío; 2010). O indivíduo que possui uma autoestima elevada e uma autoimagem positiva, geralmente, tende a ser uma pessoa que consegue viver bem consigo mesma. Acredita-se que este seja um dos maiores desafios para o ser humano na atualidade, estar bem consigo mesmo, para estar bem com o outro. As falas das participantes corroboram tais percepções.

Busco estar bem comigo mesma. Uma mulher negra, linda, gordinha, eu vivo de bem com a vida, me trato. (ES8)

Ah, me ver bonita? Eu gosto de ver bonita sim. Claro, a aparência, primeiro a aparência que fica né, você feia? Ah, eu me acho uma preta bonita sim. Eu convencida disso, como preta não perco, (risada), como negra. Ah, como preta, eu tô bem, entendeu? (ES15)

Uma das participantes ao ser ver acima do peso, parece não estar atrelada aos padrões de beleza. Estar acima do peso não é problema para a participante, ainda assim, sabe viver de bem com a vida. Os padrões de beleza hegemônicos e eurocêtricos (mulher branca, magra e bela) são estabelecidos pela cultura da sociedade ocidental e tentam impor como essa mulher deve se encaixar, sobretudo no tocante aos padrões do corpo de uma mulher negra, quando esta apresenta um padrão contra hegemônico.

É possível perceber pequenos avanços contra hegemônicos, ainda que discretos, nas questões que abarcam a mulher negra *versus* padrão de beleza. Ainda assim, percebe-se na fala de uma das participantes a percepção da sua beleza como mulher negra, mas apresenta uma preocupação com a aparência. Leva a pensar que essa percepção existe, ela como mulher negra, com autoestima elevada e uma autoimagem segura da sua condição de mulher, mas precisa ser de boa aparência, reafirmando a ideia de que a feiura estaria associada a cor da pele.

Para Vilhena, Medeiros e Novaes (2005) a feiura se caracteriza, em um só tempo, como uma ruptura estética e psíquica, da qual provém a perda da autoestima. Uma baixa autoestima traz comprometimento da saúde mental do indivíduo e, possivelmente, o seu adoecimento ao tentar se adequar ao padrão de beleza estabelecido como natural. Tais padrões são cristalizados culturalmente e a necessidade de atender a este padrão de beleza tem contribuído no aumento de procedimentos estéticos e plásticos no país.

As pessoas que não se enquadram nos modelos ditos ideais sentem-se excluídas, ou seja, fora de moda (Murari; Dorneles, 2018). Percebe-se uma mudança significativa na

indústria da moda. Atualmente, essa indústria produz vestimentas para corpos “perfeitos”, que não caem bem em alguém está acima do peso padrão (Murari; Dorneles, 2018).

Outro ponto destacado pelas educadoras sociais diz respeito a sua sexualidade vivenciada com liberdade no tocante as suas condutas e escolhas na vida.

Sexualidade é o jeito de eu me vestir, o jeito de eu andar, ser feminina. É não expor o meu corpo.(ES1)

Eu acho que está tudo ligado, a sexualidade é o nosso corpo, sei lá. (ES15)

Caramba o que é que eu entendo? É entendo [sexualidade] como liberdade. Eu acho que você tem que ser livre nas suas escolhas na vida. Sexualidade para mim é isso, é gostar de gente, se é mulher ou homem não importa, entendeu? Sexualidade para mim é isso, é você ser livre. (ES5)

A educadora social expressa sua sexualidade a partir do seu modo de vestir, andar, de ser feminina e não expor seu corpo. Homens e mulheres seguramente não são erigidos somente através de estruturas de coerção ou censura (Louro, 2018). Para a autora, ambos se inventam, do mesmo modo, transversalmente nas práticas e relações que estabelecem: acenos, modos de ser e de estar no mundo, formas de falar e agir, condutas e posturas apropriadas.

O modo como ela se comporta diz respeito a singularidade que existe em cada indivíduo. Essa singularidade carrega dentro de si a intencionalidade e a escolha, o que torna a sexualidade uma dimensão humana, daí a escolha intencional da participante em não expor o seu corpo. O seu corpo possui inscrições culturais que não devem ser lidas por qualquer indivíduo, e sim por um parceiro escolhido. Tal comportamento segue ao encontro de Gagnon (2006) que pontua que os indivíduos desenvolvem roteiros e diálogos próprios do modo de expressar seu comportamento.

Senem e Caramaschi (2017) apontam que, além da dimensão íntima e pessoal, a sexualidade é consecutivamente influenciada pelo estilo que o indivíduo amplia as suas relações interpessoais. Para os autores, através dessas relações, os sujeitos aprendem a viver a sexualidade e a significar seus sentimentos e comportamentos, tornando-a uma dimensão cultural, recebendo diferentes sentidos em cada época, tempo ou sociedade.

Para as educadoras sociais, a sexualidade é a liberdade nas escolhas dos relacionamentos sexuais, de expressar a sua sexualidade distanciando-a da reprodução. Segundo Gagnon (2006), seria se distanciar da sexualidade biológica, ou seja, apenas para a reprodução; vivenciar a sua sexualidade sem coerção, mas de modo responsável. Segundo as

participantes, sexualidade é dar e receber prazer, ou seja, vivenciar o sexo pelo prazer, e não apenas para cumprir uma obrigação dentro do relacionamento.

Conforme Werebe (1998), a relação sexual não se resume somente no encontro entre dois órgãos sexuais, mas entre duas pessoas e as suas especificidades, sentimentos, aspirações, desejos, necessidades, conflitos e problemas, ou seja, o ser humano na sua totalidade.

Ao adotar a interpretação social e cultural para o comportamento sexual parece levar em consideração todas as dimensões que compõem o indivíduo (Gagnon, 2006). Quando as participantes relatam que sexualidade é dar e receber prazer, observa-se que, a partir dos roteiros sexuais construídos por cada participante, elas direcionarão as suas ações para o parceiro, estabelecendo quando, onde e como as suas experiências sexuais devem acontecer (Gagnon, 2005). As educadoras sociais trouxeram em suas falas a importância da sexualidade como modo de expressar-se no mundo a partir do sexo, o que, para as participantes, está relacionado a dar e receber prazer.

Nada melhor que um amorzinho, sexo gostoso né? Ah, é importante dar prazer e receber prazer, né? Sexo ou amor, o importante é rolar com prazer (risadas). Hum, é um prazer total (risada). É o ápice na relação. É um prazer intenso, entendeu, o orgasmo. (ES15)

Para um grupo de educadoras sociais, a relação sexual está para além do ato em si. O sexo, para elas, apresenta uma importância pelas falas exibidas. Para alcançar uma profundidade nas entrevistas, percebeu-se a necessidade de uma abordagem livre de preconceitos e um ambiente que trouxesse privacidade. Entendeu-se que expressar temas de tamanha intimidade não é uma tarefa fácil, principalmente, quando o tema é orgasmo.

Arcos-Romero e Sierra (2018) destacam que grande parte dos estudos, ao longo das décadas, trouxeram o orgasmo como resposta fisiológica, minimizando as características subjetivas e aos fatores que se associavam ao ato sexual. Para Pereira e Souza (2019), a experiência orgástica, única ou múltipla, tende a ser comprometida por diversas variáveis e perspectivas, destacando-se fatores biológicos, pessoais, psicoemocionais, interpessoais, comportamentais e socioculturais (Pereira; Souza, 2019). Para as autoras, nos fatores pessoais, inclui-se o papel das variáveis sociodemográficas, psicológicas e emocionais.

Segundo Carneiro (2017), as pesquisas apontam variáveis como facilitadoras ou complicadoras do orgasmo. Dentre as facilitadoras estão a masturbação, maior escolaridade, emoções positivas com relação ao sexo e boa autoestima sexual. Já as complicadoras estariam relacionadas à distração cognitiva e às emoções negativas frente à atividade sexual. O

orgasmo cumpre uma simbologia importante na percepção de funcionalidade sexual para ambos os sexos, sendo interpretado como saúde sexual (Kontula; Miettinen, 2016). Acredita-se que vivenciar a sua saúde sexual a partir da sexualidade e expressá-la a partir de uma vida sexual ativa e com qualidade tem sido um desafio para grande parte da população feminina.

Discutir as questões que dizem respeito à vida sexual como orgasmo sempre foi cercado de mistérios atrelados a culpas ou distúrbios conexos ao orgasmo. Stuparu (2020) assegura que as mulheres resistem em ponderar sobre a maneira em que o orgasmo é alcançado e sobre a ausência ou algum distúrbio relacionado ao orgasmo, por apresentarem sentimentos de vergonha e culpa, mas, principalmente, pelo preconceito e tabu que enfrentam.

Tais sentimentos são oriundos dos aspectos históricos e culturais, atrelados à condição e às características da mulher. A priori, o desejo da mulher era para satisfazer o homem e para a reprodução; a seguir, a condição de sexo frágil e sem nenhuma autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade, entre mitos, tabus e interditos que cercaram e/ou cercam os papéis sociais da mulher (Brenot; Coryn, 2017). Os autores destacam a carência de estudos e publicações sobre o prazer, o orgasmo e a satisfação sexual femininos.

Afora as dificuldades de significados, há concordância quanto ao prazer sexual ser um motivador da atividade sexual. Do mesmo modo, o orgasmo pode sinalizar uma sexualidade saudável, atuando como um possível indicador para relacionamentos saudáveis e satisfação sexual (Kontula; Miettinen, 2016). No tocante aos papéis socialmente construídos, distinguiram que os estereótipos de gênero, a passividade e a submissão da mulher, assim como abusos sexuais, possuem correlação negativa com o orgasmo (Arcos-Romero; Sierra, 2018). Uma das educadoras sociais faz uma referência acerca de mulheres que desconhecem o orgasmo e certamente desconhecem o seu próprio corpo.

Acredita-se que a questão do orgasmo seja a caixa de Pandora para um número significativo de mulheres. Evidentemente, há todo um misto de ideias encobertas que as mulheres evitam ou preferem não falar abertamente, geralmente este assunto está restrito aos pequenos grupos femininos. De fato, nem todas as mulheres conseguem descrever quando atingiram ou não o orgasmo, já que homens e mulheres possuem percepções diferentes para atingi-lo.

Ao longo do tempo, percebe-se a existência de funções diferentes para homens e mulheres. Geralmente, eles buscam prazer e relaxamento no orgasmo, e prezam pela quantitativo, e as mulheres valorizam o romantismo e intimidade, prezando pela qualidade da relação sexual (Rocha; Fensterseifer, 2019). Ainda assim, percebe-se que, pela dificuldade de dialogar com o parceiro a sua satisfação ou insatisfação na relação sexual, algumas mulheres

tendem a fingir o orgasmo, principalmente, porque, diferente do homem que se torna visível o pênis ereto, para a mulher existe a possibilidade de mascarar o momento de prazer e/ou orgasmo durante o ato sexual. O fingimento do orgasmo por parte das mulheres pode ter múltiplas causas, como o simples desconhecimento do próprio corpo e a dificuldade de dizer o que sente e como gosta da estimulação sexual (Araújo, 2015). Para a autora, pode ser sinal de dificuldades maiores tais como a insegurança quanto a sua sexualidade, o medo da perda do parceiro, ansiedade e culpa em relação à sua própria vivência sexual.

Destaca-se que para vivenciar ou experimentar um orgasmo se faz necessário que a mulher, primeiramente, conheça o seu próprio corpo, descubra em seu corpo os pontos de prazer e que este conhecimento lhe confira a autonomia necessária para negociar com o parceiro tudo que diz respeito à sua satisfação sexual de maneira plena.

Referente à satisfação sexual, as pesquisas têm registrado que mulheres em relações homossexuais alcançam uma maior satisfação (Sanches *et al.*, 2010). No que diz respeito às relações homoafetivas, a fala de uma participante que se declarou lésbica reiterou que dar e receber prazer independe da orientação sexual do indivíduo.

Você ter uma relação com homem ou com mulher... E, hoje em dia, tem essas falas [relação homoafetiva], né? (ES2).

Uma das participantes fala da sua orientação sexual se autodeclarando lésbica e a outra participante trouxe uma fala ampliada das questões que abarcam a diversidade sexual. A temática acerca da diversidade sexual tem sido debatida nas diversas esferas da sociedade, dentre elas na área da saúde. Entretanto, percebem-se as dificuldades e os entraves na busca aos serviços de saúde, havendo uma discrepância no reconhecimento do direito, independentemente da orientação sexual.

A população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), atualmente mais ampliada para LGBTQIAP+, tem enfrentado dificuldades na garantia dos direitos constituídos (Brasil, 2013d). Albuquerque *et al.* (2016) afirmam que os direitos básicos, como os de saúde, têm sido cerceados. O preconceito contra a população LGBTQIAP+ propicia um encadeamento de obstáculos que vão desde a não procura dos membros da comunidade pelos serviços de saúde até a não efetivação do cuidado, configurando-se assim como um grave problema de saúde pública (Cesaro, 2016).

A população LGBTQIAP+ tem apresentado as piores condições de saúde, se comparado à população geral. O acesso e a utilização dos serviços assistenciais de saúde têm sido marcados por dificuldades e barreiras (Gonzales; Przedworski; Henning-Smith, 2016).

Em estudo realizado por Araújo (2015) acerca das representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica na atenção básica do município do Rio de Janeiro, a autora identificou um conteúdo densamente normativo, com significativa carga afetiva, que opera como essência para a violência simbólica no cuidado, contribuindo com o processo de exclusão das mulheres lésbicas do campo da saúde.

Desse modo, as mulheres lésbicas são classificadas, pelos profissionais de saúde, em masculinas ou femininas, sendo enraizada numa rede de significados com forte conotação negativa e, na medida em que rompem menos com as normas sociais, são mais bem aceitas. Esse é um exemplo clássico das práticas deletérias vivenciadas pelas mulheres lésbicas, que buscam por consultas ginecológicas com menor frequência do que mulheres heterossexuais (Costa-Val *et al.*, 2022). Para os autores, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT), reconheceu as consequências deletérias da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população.

Bezerra *et al.* (2019) também relatam ter observado que pouco se avançou em relação à melhoria concreta das condições de acesso à saúde das pessoas LGBTQIAP+. Corroborando, um estudo realizado por Paulino, Rasera e Teixeira (2019) identificou os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizadas nos municípios de Uberlândia e Belo Horizonte, em Minas Gerais. Segundo os autores, os médicos se utilizam dos discursos “da não diferença”, “do não saber” e “do não querer”, e estes discursos potencializam o silêncio de temas que abarcam as condições de saúde da população LGBTQIAP+, distanciando-a do cuidado em saúde integral, equânime e universal.

Tais realidades reafirmam as desigualdades no acesso dessa população aos serviços de saúde. Um dos aspectos centrais é que a temática tem sido falada, fala-se muito sobre sexualidade. No entanto, o discurso tem sido direcionado para os aspectos biologicistas, sendo esta fala médica que tende a cristalizar a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente discordantes da norma, o que legitima e reproduz processos discriminatórios (Lionço, 2008; Costa-Val *et al.*, 2022), além de requalificar como uma matriz binária e heteronormativa que sedimenta uma suposta continuidade entre sexo, gênero e desejo (Butler, 2015).

O direito ao acesso aos serviços de saúde ofertados é pautado nos princípios que norteiam o SUS, dentre estes princípios encontra-se a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie à garantia deste direito.

Ao verbalizarem sobre sua sexualidade, as educadoras sociais expressam, a partir das relações de poder ligadas às escolhas, um modo de ser e estar no mundo mais independente da figura masculina.

Sexualidade é a gente ter poder. É poder escolher de fazer escolhas em tudo (ES11).

Você ter o poder das escolhas na nossa casa, entende? É uma experiência muito legal (ES10).

Apropriar-se da sua sexualidade é apoderar-se das decisões e de escolhas para a vida. Elas relacionaram a expressão de sua sexualidade atrelada ao poder feminino ou ao empoderamento, sendo este fruto da independência feminina que tem sido conquistada desde a revolução industrial ao trazer a população feminina para o mundo do trabalho.

É sabido que os avanços ocorridos na sociedade foram construídos por várias mãos, concomitante com a sociedade civil e o movimento de mulheres em prol da garantia dos seus direitos constitucionais. Para além do mundo do trabalho, a inserção das mulheres nos espaços educacionais também tem contribuído, na maioria das vezes, no empoderamento da população feminina que ingressa nesses espaços.

Na medida em que a inserção da mulher no mundo do trabalho se estabelece, acredita-se que o acesso aos recursos financeiros lhes confere o “poder de decisão”. Acredita-se que o acesso à educação, na maioria das vezes, contribuiu para recebimento de melhores salários, e, conseqüentemente, um poder aquisitivo que lhes confira o “poder de decisão” na condução da vida de cada mulher.

O papel da mulher no decorrer da história tem se modificado à medida que a sociedade tem flexibilizado sua composição, já que os provedores dos lares foram cedendo espaço às mulheres empenhadas que estão inseridas no mercado de trabalho, que são responsáveis pela educação dos filhos e que administram seus lares (Azevedo; Sousa, 2019).

Sexualidade é tudo. Ser uma mulher independente, né? Ah, trabalhar, você estudar, né? Para conseguir, alcançar as metas na vida, conquistar os seus objetivos, né? É, construir o seu próprio negócio, ter sua casa, ter seu carro, sua independência ao total. Não ficar na dependência de ninguém, de nenhum homem. (ES18)

Para as educadoras sociais, a sexualidade perpassa pela independência financeira. Tal condição confere a mulher o poder de estabelecer objetivos financeiros e metas a serem alcançadas ao longo da vida. Interessante perceber que, nessa fala, a educadora traz uma sequência de trabalhar e estudar, o que leva a refletir que a participante tem a necessidade de

trabalhar e estudar, ou seja, não obteve a oportunidade de apenas estudar para alcançar os objetivos.

Acredita-se que para a mulher em condição econômica adversa nem sempre desfavorecimento social e econômico seria um impeditivo para o seu crescimento educacional e econômico. Entretanto, no alcance dessa estabilidade financeira, possivelmente, será necessário um empenho maior, mas sendo possível e, desta maneira, a mulher não estaria dependente financeiramente da figura masculina.

A população feminina tem buscado se qualificar para atender ao mercado de trabalho, ainda assim, segue agregando o papel de filha, esposa e de mãe, além de apresentar um bom desempenho profissional (Azevedo; Sousa, 2019).

Nesse segundo agrupamento, as educadoras sociais expressam que a saúde sexual também está atrelada ao equilíbrio das emoções, cabeça (mente) e corpo. Para vivenciar uma saúde sexual, sexualidade e experienciar uma vida sexual saudável se faz necessária uma saúde emocional.

Existe um grande percentual de mulheres que tem sofrido com a insatisfação na vida sexual, afirmando que, ao ter a saúde mental comprometida, há baixa autoestima e comprometimento sobre sua sexualidade (Fortes, *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2018). A saúde mental emerge na fala das educadoras sociais.

Eu procuro estar com a saúde sexual em dia, e principalmente, o emocional, a saúde mental. É necessário alcançar equilíbrio da cabeça [mente] e o corpo. (ES8)

Emocionalmente, né? Às vezes, estamos com alguns problemas na cabeça [mente], e o corpo não responde, né? Eu não consigo, têm mulheres que conseguem fingir tudo. (ES11)

É também pela questão do meu peso, de eu estar acima do peso, entendeu? Então, assim gera muita coisa, né? Fora outras coisas, até psicologicamente. (ES16)

A minha segunda gestação mexeu muito, então, com o emocional da mulher. Eu não tô satisfeita comigo. Cabeça, né? Com o psicológico da mulher, né? (ES18)

Às vezes, por causa da rotina, a libido tem diminuído. A gente não tem a libido tão em alta como antes, todo dia, toda hora, onde rolava algumas transas. (ES16)

Então, como eu já havia dito, a saúde sexual, eu entendo que ela abrange um leque de fatores, desde psicológico, físico, social, porque, a partir do momento que existe um rompimento nesses fatores, né, a parte sexual fica comprometida, ela vai afetar tanto psicológico, quanto físico, quanto corpo, né? E qualquer pessoa ficaria abalada, né? (ES14)

Diante das diversas responsabilidades, grande parte das mulheres foram criadas para atenderem a sua condição de mulher, mãe, uma profissional no mercado de trabalho, entre outros papéis. As educadoras sociais trazem em suas falas o peso da responsabilidade com as tarefas domésticas que fazem parte da dinâmica quase que diária das mulheres no país, mesmo após chegarem à casa após um dia de trabalho.

Diuturnamente, o cansaço tende a comprometer o psicológico e o emocional da mulher, acarretando um desequilíbrio entre a cabeça (mente) e o corpo. A gestação também foi apontada pelas educadoras como um momento de fragilidade que alterou a saúde emocional. O comprometimento da saúde emocional tende a acarretar um desequilíbrio entre a cabeça (mente) e o corpo.

O empenho ou resultado insatisfatório nas questões sexuais estaria diretamente atrelado aos aspectos biopsicossociais e ao desenvolvimento do indivíduo (Oliveira *et al.*, 2018). Na humanização do cuidado, a saúde da mulher perpassa pelo eixo do cuidado à saúde mental, estando este inserido na PNAISM (2004), e sua discussão tem sido atrelada ao gênero.

As diferenças de gênero podem afligir, inteiramente, a saúde mental da mulher, da maneira como ela tem sido vista pela sociedade, os tabus e preconceitos que são endereçados a ela e as próprias alterações fisiológicas que atravessa desde a infância, menarca, gravidez e menopausa (Ramada *et al.*, 2010). De fato, a mulher tem sido vítima de uma sociedade que, por muito tempo, não considerou a importância do seu prazer na relação sexual, já que tal teria como o intuito a reprodução (Oliveira *et al.*, 2018).

A educadora social aponta uma série de fatores e situações que, diante de uma ruptura, a parte sexual fica comprometida. Entende-se que a mulher busca ser uma “boa mãe”, “dona de casa”, sem haver um manual que contemple as etapas para alcançar esse nível de perfeição. Um leque de fatores extrínsecos e intrínsecos, como a rotina diária, a gestação, físico (corpo), a libido (sexual) e o social (interação), podem comprometer a qualidade da saúde sexual, sexualidade e a vida sexual. Recentemente, o adoecimento da população no tocante às doenças psicossomáticas se tornou um problema de saúde pública.

Os transtornos mentais representam um dos principais desafios na agenda de saúde, de países desenvolvidos ou em desenvolvimento, compondo um ônus extraordinário para os serviços públicos (Lopes, 2020). Para a autora, os transtornos depressivos e ansiosos têm alcançado, consecutivamente, posições entre a quinta e sexta como causas de anos de vida vividos com incapacidade devido à saúde mental.

A bibliografia acerca dos principais fatores de risco abarcados na incidência de transtornos mentais em adultos tem apresentado consistência em relação ao papel dos

determinantes sociais, indicando que as mulheres e os indivíduos que acumulam situações sociais, familiares e ambientais adversas são os que se encontram em maior risco de adoecer (WHO, 2014). Dentre os transtornos mentais, destacam-se os transtornos depressivos. Tais transtornos constituem-se um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial. Diversos estudos epidemiológicos sustentam que a depressão tem sido, aproximadamente, duas vezes mais prevalente em mulheres quando comparadas em homens (Boing *et al.*, 2012; Munhoz, 2012; Rombaldi, *et al.*, 2010).

Segundo Gonçalves *et al.* (2018), os mesmos estudos têm buscado aferir os fatores explicativos para essa diferença e apontam como fatores relevantes as diferenças fisiológicas e hormonais, baixo nível de escolaridade, baixa renda, questões socioculturais, além de diferentes formas de lidar com situações estressoras.

Em continuidade à subcategoria “Expressões da saúde sexual das educadoras sociais: um olhar sobre si mesma e suas relações afetivas”, as participantes destacam o autocuidado do corpo, a saúde sexual como equilíbrio entre mente e corpo, em que o sexo faz bem à saúde, é uma necessidade humana, mas não é tudo. Para o alcance desse equilíbrio e saúde sexual, destacam atitudes e comportamentos de cuidado relacionados aos hábitos higiênicos diários, exercícios e alimentação saudável.

A saúde sexual é a saúde com o meu corpo. (ES1)

Sabe, eu acho que é o cuidado com o nosso corpo, né? Basicamente, para mim é isso. (ES4)

Mas exercício mesmo é só caminhada e dançar em casa. Ligo a televisão, coloco no YouTube e fico lá dançando lá como uma louca, para queimar calorias. (ES3)

Saúde sexual é o meu corpo. Fazer atividade física, caminhada, fazer alguma dieta assim regrada. (ES10)

Bom, saúde sexual é o cuidado com a minha alimentação. (ES15)

Para as educadoras sociais, a saúde sexual está ligada ao cuidado com o corpo. Elas buscam estratégias, a partir da prática de atividades físicas, para conquistarem um corpo que atenda suas expectativas.

A prática de atividade física promove o combate a diferentes doenças (Carvalho *et al.*, 2021). O exercício físico proporciona ao indivíduo benefícios, sejam em curto, médio ou longo prazo, tais como a diminuição da obesidade e a redução dos fatores de risco sugestivo das doenças cardiovasculares; deste modo, quão mais ativos esses indivíduos, melhor será sua saúde.

A prática de forma regular da atividade física é de suma importância para manutenção do peso corporal (Florêncio; Paiano; Costa, 2020). Tais benefícios alcançam a cognição, que tende a promover adaptações nas estruturas cerebrais e sinápticas, que têm relevância para a cognição. Apesar de algumas contradições, a prática de forma regular da atividade física tem demonstrado ganhos na plasticidade cerebral e na função cognitiva, quando realizados exercícios de intensidade moderada a baixa (Neves; Silva, 2019).

Entretanto, apesar de todos os benefícios que podem ser conquistados a partir do hábito para a prática de atividades físicas, é notório o culto, a busca e a valorização do corpo perfeito. Nas sociedades, o corpo tem sido extremamente valorizado, especialmente pelos aspectos que produzem notoriedade, como a estética, a sexualidade e as relações sociais de gênero, as quais se deparam densamente vinculadas (Gualda *et al.*, 2009).

Atualmente, com advento das mídias sociais, de maneira exacerbada percebe-se uma necessidade de apresentar um corpo perfeito, um corpo que atenda aos padrões de beleza. Ainda que em decorrência de um modelo corporal recomendado socialmente beirando à perfeição, várias mulheres têm apresentado problemas na esfera da libido e deixam de viver plenamente em virtude da busca incessante por um padrão de corpo perfeito, sem levar em conta o biótipo que diferencia cada indivíduo (Tomaz *et al.*, 2020).

Eu me vejo uma mulher negra, linda, toda bem distribuída, corpo, bunda (risos, risos). Eu sou negra e gosto de ser negra, entendeu? (ES15)

Sim, estou satisfeita com o meu corpo. Eu quero emagrecer um pouco, mas tô satisfeita. (ES18)

As educadoras sociais nos trazem a ideia de que, para este grupo de mulheres, o corpo físico deve ser cuidado. Interessante que o cuidado com o corpo emerge como um item importante, mas que nem todas conseguem alcançar e manter devido aos diversos fatores externos e alheios à vontade de cada educadora social. Desta maneira, as ES vivem sob a influência da mídia na idealização do corpo perfeito.

O corpo tem sofrido diversas alterações, sejam elas físicas ou psicológicas, durante toda a nossa história. Para Le Breton (2011), o corpo é o eixo de relação com o mundo, um analista de grande porte para a compreensão do presente.

Atualmente, enfrentamos as dimensões do corpo passando por fortes influências das mídias sociais na era digital (Tomaz *et al.*, 2020). Diante disto, a mídia se destaca como meio para formação/construção de corpos idealizados como padrões ideais. Desta maneira, as ações

da vida cotidiana e os usos do corpo, como as atividades físicas, esportivas e a caminhada, envolvem sistemas simbólicos, representações e imaginários construídos por atores sociais em dados contextos e tempos (Lüdorf, 2021).

Para Caron (2014), o padrão de beleza feminino que tem sido difundido nos meios de comunicação tem construído rótulos de mulheres que são enigmáticos para a maioria desse mercado consumidor. Mauss (2003) afirmava que “o corpo” descreve as maneiras pelas quais os homens da sociedade e de uma forma tradicional, servem-se dos corpos. Para o autor, o uso do corpo seria o resultado da concepção social de cada indivíduo na construção deste corpo.

Para as educadoras sociais, há uma busca por um corpo perfeito, que emerge de sua imposição em várias esferas da sociedade. Tais esferas seguem, para além da própria mídia, nos espaços universitários, escolas, revistas, entre outros. Percebe-se que onde existe um grupo de indivíduos, a mulher, certamente, encontrará algum tipo de disputa, ainda que velada.

De maneira obsessiva e um tanto extrema, há uma constância na busca por academias, clínicas de estética, dietas sem prescrição nutricional e, principalmente, exercícios sem orientações de um profissional (Tomaz *et al.*, 2020).

Para Tomaz *et al.* (2020), o corpo perfeito tem sido discutido em âmbito social, tem encontrado na mídia um ambiente e todas as ideias ao seu respeito têm sido amplamente construídas. Segundo os autores, os anúncios das revistas, os textos jornalísticos, fotos e outdoors ecoam como vozes e opiniões acerca de como a sociedade consumista e extremista observa o corpo quando se trata do padrão de beleza. Para as educadoras sociais, existe um padrão de corpo a ser seguido.

A educadora social aponta que o corpo precisa estar bem distribuído, ou seja, se faz necessário uma harmonia proporcional ao padrão desejado de beleza corporal. Tal harmonia corporal parece estar relacionada ao olhar negativo do outro e o impacto que o corpo mal distribuído pode causar à autoimagem dessa mulher. Há sempre uma necessidade de perder peso ou de emagrecer, ainda que lhe digam não haver necessidade. Atualmente, vive-se para atender a expectativa do outro através dos padrões corporais naturalizados como “perfeitos” pelas sociedades.

A supervalorização da beleza e o culto ao corpo podem representar formas de manutenção de apego, aceitação e sentimento de pertencimento familiar e social, quando ele sempre foi meio de acesso a essas necessidades emocionais básicas ou quando ele se constituiu como uma porta de entrada para que estas necessidades emocionais pudessem ser

satisfeitas por outras vias (Jager *et al.*, 2017). Essa busca pela perfeição do corpo tende ao adoecimento psicológico das pessoas. A insatisfação com o corpo tem sido uma ameaça ao bem-estar psicológico para uma ampla gama de etnicidades, em maior ou menor grau (Bucchianeri *et al.*, 2016).

Desta feita, as relações de poder sobre “o corpo feminino” seguem alimentando o seu caráter político ao longo do tempo. Nesse sentido, Foucault (2014):

Mas o corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem, no entanto, ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e, no entanto, continuar a ser de ordem física (FOUCAULT, 2014, p. 28-30).

Na perspectiva de Foucault (2014), o corpo está atrelado a um sistema de sujeição em que o indivíduo não percebe que suas escolhas e metas são influenciadas por este sistema que estabelece, de maneira sutil, um padrão de beleza do corpo. E na busca para alcançar esse padrão, comumente, o ser humano esquece de refletir acerca dos modos e da maneira aos quais esse padrão pode ser alcançado.

Eu vejo assim... que na realidade, o meu corpo... hoje eu preciso me cuidar mais, né? Em relação até estética, né? De você tá... a gente engorda. Chega uma certa fase do nosso corpo... da nossa vida. O meu corpo hoje não está como eu acho que deveria estar. (ES2)

Sim, estou satisfeita com o meu corpo. Eu quero emagrecer um pouco, mas tô satisfeita. Eu sei também que é do peso do corpo. (ES17)

Tem algumas coisas a ajustar, não apenas em partes do corpo, mas no meu corpo todo. Então, hoje em dia, eu tenho flacidez, eu não tinha, entendeu? Ah, pra ter relação sexual também a gente fica meio com vergonha do nosso corpo, entendeu?(ES18)

Para as educadoras sociais, há, em alguns momentos, uma insatisfação com o corpo que apresentam na atualidade. Tal insatisfação vai ao encontro da necessidade de estar adequada ao padrão de beleza para o corpo feminino. As educadoras sociais fazem referências

à condição do seu corpo como uma máquina que precisa de ajustes. Interessante que este corpo desajustado traz vergonha, interferindo na relação sexual.

Tais falas leva a refletir o quanto a preocupação em alcançar este padrão de corpo tem interferido na sexualidade da mulher. Dá a ideia de que a satisfação sexual depende do corpo que se possui, e não da liberdade em vivenciar a sua sexualidade independentemente do peso corporal. A dificuldade em vivenciar a sua sexualidade devido ao padrão inadequado do peso corporal reafirma a ideia de Foucault. O controle denominado de tecnologia política do corpo é difuso e, muitas vezes, é uma instrumentação multiforme.

Foucault (2014) estabeleceu em seus estudos acerca da existência de uma estrutura de condutas previamente construídas pela medicina como um campo de saber e que estas são abordadas nas relações de poder com o sexo, alimentação, sono e maneira de viver. Em relação ao ato sexual e o cuidado com o corpo, surge uma ambivalência em relação a seus efeitos.

Outro apontamento das educadoras sociais diz que a saúde sexual que está atrelada à higiene pessoal e íntima. Para as participantes, a mulher precisa ter a noção hábitos higiênicos. Este grupo de educadoras sociais entende que a saúde sexual está para além do corpo, não basta apenas ter um corpo saudável, mas o cuidado no uso das roupas íntimas, a depilação, o autocuidado íntimo, a fim de evitar doenças relacionadas à sujidade (escabiose), micoses e as ISTs.

Ah! Eu acho que o cuidado da mulher é a higiene. Eu procuro tomar banho diariamente. (ES9)

Gosto de passar o forro das calcinhas, entendeu? Porque a gente estende no varal, e às vezes passa um bicho, essas coisas. (ES17)

Em relação às calcinhas. A higienização na mulher é importante, né? Eu acho. (ES7)

Uso de calcinha, não pode ser de qualquer tecido. (E10)

Nos dias de hoje, o autocuidado diário relacionado à genitália feminina, tem sido tratado como tabu e este tema tende a trazer constrangimento entre as mulheres (Souza; Oliveira; Gonçalves, 2020). Para os autores, por uma questão anatômica, sociocultural, econômica e sexual, o conforto da genitália feminina tem sido negligenciado. Um tema pouco abordado devido ao grau de intimidade que ele representa para as mulheres.

De tal maneira, o constrangimento faz com que as dúvidas pertinentes ao tema não sejam esclarecidas, produzindo a construção de costumes e hábitos prejudiciais à saúde da mulher (Souza; Oliveira; Gonçalves, 2020). Interessante que as participantes enfatizam a higiene pessoal, que apresenta uma transversalidade na saúde sexual. Leva a refletir acerca da higiene pessoal e de que maneira este hábito faz parte do cotidiano dos indivíduos. Certamente, o cuidado com a higiene pessoal dependerá do contexto social ao qual o indivíduo tem o seu ponto de partida na vida para com o mundo.

Para as participantes, o cuidado da mulher é a higiene, o banho diário, o uso de sabonete íntimo com moderação, a depilação, o uso de calcinhas e protetores diários. Segundo Farage, Lennon, Ajayi (2011), uma grande variedade de produtos tem sido utilizada pelas mulheres na área genital, produtos ditos “íntimos”. Entretanto, muitos deles podem alterar a flora normal da genitália.

Crann *et al.* (2018) apontam que o microbioma vaginal influencia a qualidade de vida e a saúde. Ele necessita de cuidado devido aos seus principais componentes, como as bactérias comensais e as patógenas, que devem estar firmemente em simbiose, que é o equilíbrio entre as elas. E frente a qualquer desequilíbrio, poderá resultar em processos infecciosos na região íntima.

Para Farage, Lennon, Ajayi (2011), grande parte destes produtos são utilizados para limpeza e controle de odores, como sabonetes líquidos, duchas higiênicas, lenços umedecidos e desodorantes em spray, podem causar desequilíbrio na flora vaginal.

Em Portugal, a temática higiene íntima e menstrual tem sido discutida na esfera privada, devido à dificuldade que existe em falar do assunto, o que leva as jovens apresentem mais vulnerabilidade no acesso à informação (Barge, 2018). O autoconhecimento do seu corpo através dos odores, que fisiologicamente são exalados, demonstra que esse conhecimento pode auxiliar a mulher na identificação das alterações pH vaginal ou infecções vaginais.

Eu posso tirar minha calcinha e mostrar que não tenho problema nenhum, é tudo limpo. (ES13)

Eu procuro cheiros no meu corpo, essas coisas todas. É porque a mulher tem que se cheirar, né? Mulher tem que de cheirar, né? Eu me cheiro. Ela precisa conhecer o seu corpo. (ES14)

O médico falou, até por causa do uso de calcinhas, e a gente fica com a região genital abafada, né? O uso da calça jeans apertada. (ES6)

As realidades apresentadas pelas participantes corroboram com os diversos estudos nacionais e internacionais que discutem essa temática. Segundo Giraldo *et al.* (2013), em um estudo realizado no Brasil para descrever as práticas e cuidados com a área genital de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, *piercings* corporais, tatuagens, depilação e práticas sexuais, em uma universidade pública de São Paulo, identificou-se que 61,8% das entrevistadas usam calcinhas de algodão, porém, ao mesmo tempo, 75,4% usam calças jeans apertadas, somente 18,4% deixam de usar calcinha para dormir e uma participante relatou ter *piercing* genital, sem tatuagem. A maioria das universitárias adotou a depilação genital, sendo que, aproximadamente, um terço delas o faz de forma completa (Giraldo *et al.*, 2013).

Estudo realizado junto às mulheres sauditas acerca da remoção dos pelos pubianos (Rouzi *et al.*, 2018) relatou que essa tem sido uma prática cada vez mais comum, principalmente, entre as mulheres jovens. Embora difundido, há dados limitados sobre os métodos, produtos, motivos e complicações da depilação pubiana, principalmente, entre as mulheres sauditas. Tais complicações incluem pelos encravados, abrasão epidérmica, inflamação no folículo, vulvite ou dermatite de contato; em casos mais graves, queimaduras genitais podem ocorrer devido à depilação e irritação severa da pele causada por vários produtos pode levar à irritação vaginal ou hiperpigmentação pós-inflamatória (Attieh *et al.*, 2016; Castronovo *et al.*, 2012). Para as educadoras sociais, a remoção dos pelos também é um autocuidado, sendo a depilação uma das técnicas utilizadas.

Eu raspo ou me depilo direitinho, porque eu acho que isso tudo são cuidados de higiene, né? É um cuidado com a saúde sexual. (ES17)

Eu procuro ter uma higiene perfeita, né? Eu me depilo, até porque eu tenho alergia a pelos. Então, se eu deixar meus pelos pubianos crescerem, eles encravam. Eu tive que fazer uma cirurgia, porque o pelo encrava. Então eu não posso ter pelos. (ES8)

Apesar de a depilação ser uma das técnicas utilizadas pelas mulheres como uma questão de higiene e de estética, ainda assim não há fundamentação científica que comprove essa prática. Entende-se que as noções de higiene são variáveis conforme o contexto social de cada indivíduo e que tende a sofrer influências pessoais, culturais e sociais (Silva *et al.*, 2021). Para os autores foi possível compreender que muitas mulheres carecem de entendimento e consciência da anatomia de sua região genital, também não conhecem as formas de proporcionar o cuidado necessário da sua saúde íntima. Um estudo mostrou que a utilização

do papel higiênico no sentido incorreto, o uso de calça jeans por tempo prolongado, odores alterados e infecções cutâneas relacionadas à depilação da região íntima foram fatores que apresentaram influência na ocorrência de infecções (Giraldo *et al.*, 2013).

De maneira uniforme, os estudos apresentam algo comum entre eles: as mulheres possuem uma prática de cuidado com a higiene íntima, mas precisam lançar mão de diversos produtos para este fim.

Sempre usar um sabonete íntimo, mas eu não uso direto, sempre usar um sabonete íntimo. (ES9)

Uso protetor diário, usar sabonete íntimo. (E10)

Silva e Costa (2019) reiteram o que os especialistas ressaltam acerca dos cuidados na higiene íntima e os benefícios encontrados com a utilização de sabonetes líquidos íntimos, que devem conter excipientes associados para não alterar a homeostase da pele, sobretudo quanto ao pH e à microflora vulvar.

Entende-se que a mulher vivencia várias fases ao longo na vida que pode alterar a microbiota, contribuindo no adoecimento por infecções bacterianas como a vaginose bacteriana (VB).

A VB é uma infecção vaginal que incide em mulheres em idade fértil devido ao desequilíbrio de bactérias no canal vaginal (Souza; Vale; Souza, 2022). Essa alteração, geralmente, ocorre a partir de um desequilíbrio hormonal e, possivelmente, carência de hábitos higiênicos. A infecção pode ser percebida pela presença de secreção de odor fétido, intensificando após a relação sexual e durante o ciclo menstrual. Ribeiro (2020) afirma que essa patologia pode gerar sérias complicações, como doença inflamatória pélvica (DIP), e, em mulheres grávidas, a infecção das membranas que envolvem o feto, podendo gerar parto prematuro e infecções uterinas pós-parto ou após um aborto.

Segundo os relatos das educadoras sociais, o cuidado com a higiene íntima parece ser uma prática comum entre elas. E entende-se que ao cuidar de si mesma também é uma oportunidade para conhecer o seu próprio corpo. Outro tema que as educadoras sociais trouxeram, no tocante à saúde sexual, diz respeito à importância de uma alimentação saudável.

Ah! Eu me alimento bem às vezes, comer comidas saudáveis, legumes, fazer alguma dieta assim regrada. Mas, assim, eu não faço sempre não. Quando dá assim, eu procuro ter uma alimentação mais saudável. (ES10)

Eu fiz uma reeducação alimentar por minha conta, comecei a tirar o carboidrato, colocar mais legumes e verduras. (ES14)

Tenho procurado me alimentar bem, eu não me alimento muito, não. Eu tento fugir de comer muito doce. (ES18)

A saúde sexual, para as educadoras sociais, revela-se também por uma alimentação saudável ou uma dieta balanceada. Há uma busca pela manutenção da saúde através da alimentação saudável. De certo que, para alcançar uma vida saudável, se faz necessário o equilíbrio entre a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Para Peixoto *et al.* (2018), a atividade física inclui qualquer movimento corporal que haja um gasto energético calórico, por exemplo, danças, jogos, lutas e esportes, trazendo bem-estar, qualidade de vida, equilíbrio do metabolismo e diminuição do advento das doenças crônicas. Todo esse conjunto de fatores externos e intrínsecos que tende a produzir além da satisfação pessoal, a promoção da saúde.

Maia *et al.* (2020) descrevem que o avançar da idade tem sido um processo no qual acontecem diferentes transformações, destacando-se fatores sociais, psicológicos, mentais, o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, em destaque, o sobrepeso e a obesidade. Ressalta-se que a adoção de uma alimentação saudável concomitante à prática de atividades físicas torna-se essencial na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida em todas as fases (Instituto Fernandes Figueira, 2022).

A recomendação mundial para a prática de atividade física é que indivíduos entre 18 e 64 anos devem fazer, pelo menos, 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana, ou fazer, pelo menos, 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa por semana (WHO, 2017).

Desse modo, a população, ao incorporar a prática de atividade física de modo regular e a manutenção de uma alimentação saudável, tende a criar hábitos saudáveis ao associar tais práticas no seu dia a dia (Florindo *et al.*, 2016; Reis *et al.*, 2016). Esta alimentação saudável deve ser uma prática a ser adotada em todas as faixas etárias da vida (infância, adolescência, fase adulta e o período de vida da mulher após os 60 anos), pois todas requerem atenção com a alimentação e cada um desses períodos possuem suas particularidades (Instituto Fernandes Figueira, 2022). E, por isso, seguir uma alimentação saudável deve ser fundamental para melhorar a qualidade de vida da população feminina em todas as faixas etárias. Entende-se que uma adequada alimentação deve ser variada e com alimentos de ótimo valor nutricional

oferecendo, na sua maior parte, os alimentos in natura ou minimamente processados, criando assim um prato equilibrado e capaz de proporcionar um bom estado nutricional (Bortolini *et al.*, 2019).

Por mais que as educadoras sociais tentem se adequar a uma reeducação alimentar, diminuindo ou abolindo a ingestão de carboidratos e doces, dando preferência por pratos com mais legumes e verduras, percebe-se a dificuldade em seguir as propostas que elas mesmas constroem.

Em estudo realizado por Menezes e Resende (2020) junto os adultos praticantes de exercício físico associado com uma alimentação equilibrada, foi possível identificar que a maioria dos entrevistados (90%) garantiu que havia recebido orientações sobre uma alimentação saudável e 64,3% dos participantes disseram ter um conhecimento regular sobre o assunto.

Para algumas educadoras sociais, se torna um desafio manter as metas estabelecidas, geralmente, pois a inexistência de hábitos alimentares que não foram cultivados no âmbito familiar contribui para a não adoção e adesão aos hábitos alimentares saudáveis. Além de tudo, à medida que os países se desenvolvem economicamente, os níveis de inatividade do indivíduo se elevam e podem alcançar 70%, devido à mudança nos padrões de transporte, maior uso de tecnologia para trabalho e lazer, valores culturais e aumento de comportamentos sedentários (WHO, 2018). Esses dados são corroborados por Hood *et al.* (2020), que, ao realizarem estudo com pessoas portadoras de DCNT, concluíram que o grande problema da população em manter um estilo de vida saudável depende da escolaridade, ou seja, tempo que a pessoa disponibiliza estudando, condição financeira e o ambiente onde vive.

Continuando esta subcategoria, as educadoras sociais versaram que a saúde sexual estava diretamente relacionada às parcerias afetivas estabelecidas, devendo ser estas, geralmente, parcerias monogâmicas e/ou relacionamento fechado, afetivas e respeitadas, pautadas a partir da confiança, do diálogo e do cuidado entre os parceiros.

Não posso dizer que tive vários parceiros, porque seria mentira, sou casada há 47 anos. Eu sinto muito te dizer que foi um só, apenas um parceiro. (ES9)

Eu penso que o ideal, né, você transar com o mesmo parceiro, né? (ES13)

Acho que é importante manter o mesmo parceiro. (ES6)

Eu tenho um parceiro só, confio nele, é meio errado, estranho, falar isso, né? Mas assim, pela pessoa que eu moro, que eu conheço, sei que não teria ninguém lá fora, então confio nele. (ES5)

Quando eu era casada, olha, é aquele negócio, quando você tem confiança no seu marido, né? Sabe que ele não está, assim, como a gente diz "pulando cerca". Entendeu? (ES17)

Prezo em manter a minha relação afetiva saudável com uma parceira única, porque nós somos monogâmicas. (ES8)

Neste bloco, as educadoras sociais trazem o tempo de relacionamento, a importância da manutenção do mesmo parceiro nos relacionamentos afetivos e que as relações sexuais também sejam com o mesmo parceiro, a partir da confiança externada pelas educadoras sociais. Um educadora social sinalizou que, para a manutenção de uma relação afetiva saudável, a monogamia é um ponto importante.

O tempo de relacionamento afetivo tende a influenciar na sua manutenção, geralmente, o indivíduo possui uma sexualidade que foi inscrita ao longo da sua história de vida. Neste caso, a mulher que se encontra num relacionamento afetivo há mais de quarenta anos, estaria para atender os *scripts* sexuais a serem desempenhados por ela e para atender às expectativas do outro do que a si mesma. (Gagnon; Simon, 2005; Goffman, 2014).

Um outro ponto abordado pelas educadoras sociais diz respeito não apenas à manutenção dos mesmos parceiros, mas que as relações sexuais aconteçam apenas com eles.

Na Teoria dos Roteiros Sexuais, a mulher, geralmente, estabelece de que maneira, como e com quem as relações sexuais acontecerão devido aos *scripts* sexuais construídos nas diversas fases da vida (Gagnon, 2006). As relações sexuais podem carregar as experiências individuais vivenciadas por cada indivíduo e estes lhe atribuem significações especiais, a chamada significação ontogênica (Gagnon, 2006).

As educadoras sociais externam possuírem apenas um parceiro e estabelecem a confiança entre eles. Ainda assim, uma delas percebe com estranheza o fato de confiar no parceiro, e que essa confiança está acima da possibilidade de ela vivenciar uma infidelidade conjugal. Imagina-se que a estranheza da educadora social talvez se deva à naturalidade de como os casos de infidelidade conjugal são percebidos nos grupos sociais ao qual a mulher está inserida.

Em uma outra fala, a educadora social destaca que, na condição de casada, deveria existir uma confiança no marido. Percebe-se que a relação de confiança entre os cônjuges era posta como regra, ao invés de serem construídas pelo casal. A ideia de confiança era imposta para a mulher, mesmo sabendo que a infidelidade conjugal é uma prática mais comum entre os homens. A infidelidade predomina entre os homens, porque preceitos normativos tornam o fato mais admissível entre o público masculino, já que a mulher é vista como fonte de prazer e o homem de dominação (Arent, 2009; Costa; Cenci, 2014). A fidelidade ainda tem sido

supervalorizada entre todas as pessoas, almeja-se ter uma vida moderna, com independência, privacidade e novidades (Costa; Cenci, 2014).

Uma educadora social descreve que saúde sexual é a manutenção da relação afetiva saudável com uma única parceira, ou seja, optando pela monogamia. Percebe-se que a monogamia pode ser um fator de proteção para uma das educadoras sociais nos relacionamentos afetivos tidos como estáveis e que estabelecem, de maneira velada, a exclusividade entre as parceiras.

A ideia de monogamia como fator de proteção foi identificada no estudo realizado junto às educadoras sociais. Para elas, seria uma ação de cuidado nos relacionamentos com um único parceiro sexual, desde a primeira experiência sexual, seria uma estratégia para prevenção de IST (Ribeiro, 2020). Deste modo, a educadora social não se preocuparia em utilizar proteção contra IST, pois acreditam na fidelidade da parceira. A não preocupação do sexo desprotegido tende a ser uma percepção errônea das mulheres LGBTQI+, por acreditarem que não se relacionarem com homens estariam protegidas das IST (Araújo, 2015).

As educadoras sociais trouxeram em suas falas a percepção de uma mulher romântica, uma ideia romântica dos relacionamentos e que entre um homem e uma mulher se faz necessário o amor e a confiança entre o casal.

Isso, eu sou uma mulher romântica, não parece não, mas eu sou romântica. (ES4)

Eu fazia umas ideias românticas dos relacionamentos. (ES11)

E eu vejo isso assim, que a mulher e o homem, na sexualidade, você tem que se amar, o casal se gostar mais. É você ter uma relação que tenha carinho. (ES2)

Assim, eu não uso preservativo, amor e confiança é importante na relação. (ES5)

Duas educadoras sociais falam da percepção em ser uma mulher romântica e a outra participante aponta que fazia um juízo romântico dos relacionamentos. Percebe-se que nos dois apontamentos, as educadoras sociais tratam a percepção de si mesma como uma mulher romântica, que leva a refletir a ideia de ser uma mulher romântica para elas. As falas sugerem que ainda que ela se perceba, em alguns momentos ela não se reconhece como uma mulher romântica. E a imagem romântica dos relacionamentos pode estar atrelada à ideia cristalizada do “amor romântico” construído nas sociedades, mesmo em uma era de conquistas femininas.

É possível ainda perceber na população de mulheres jovens a reprodução de condutas e comportamentos impregnados de romantismo que geram dependências emocionais.

A origem do amor romântico está conexa ao espaço social da mulher e da sua imagem como esposa e mãe (Giddens, 1994). De tal modo, seria no contexto da criação do lar e da “invenção da maternidade”, no final do século XVIII. O amor romântico surge e tende a ser aceito como “essencialmente um amor feminizado”, produzindo a fusão entre maternidade, feminilidade e a personalidade da mulher (Giddens, 1994). Ao romantizar o relacionamento, a mulher, geralmente, reflete o modelo de casamento sem imperfeições, heterossexual, com frases cristalizadas na sociedade, como “felizes para sempre”, “até que a morte nos separe”, “ruim com ele, pior sem ele”. Essa é uma realidade encontrada na população de adolescentes, que identificou que o amor romântico se apresenta no imaginário popular e nas vozes da população estudada como o elemento que parece solucionar todos os problemas, superar os desafios, atravessar o tempo, encurtar as distâncias e até perdoar e relevar o sofrimento emocional que o indivíduo possa ter vivenciado (Junqueira; Melo, 2012).

As educadoras sociais trazem também a expressão de que a mulher e o homem na sexualidade precisam se amar e que na relação exista manifestações de carinho. Entende-se que as expressões e gestos de carinho pelos parceiros possuem um significado, sobretudo porque a mulher se sente “acariciada” pelos gestos dos parceiros que expressem carinho (Hoffmeister; Carvalho; Marin, 2019).

Uma outra educadora social trouxe o não uso de preservativo, a partir do discurso de que o amor e a confiança são importantes no relacionamento. A ideia da não proteção durante as relações sexuais emerge, geralmente, da construção de fidelidade nos relacionamentos afetivos. No estudo realizado por Araújo *et al.* (2020), a fim de analisar as práticas de cuidado com a saúde sexual de estudantes universitárias e a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis e agravos de saúde, identificou-se que as jovens ainda demonstram medo da possibilidade de afastamento dos companheiros, caso elas não concordem com as cobranças realizadas pelos parceiros ou utilizam como defesa sentimentos de confiança e do amor romântico. Este ideal pode criar, para algumas mulheres, uma ilusão na qual podem se colocar em situação de vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS, por sentirem que o amor as protege dos males da existência (Bacchini, 2017).

As educadoras sociais destacaram que a vida sexual tem a sua importância e o sexo aproxima e complementa o relacionamento entre o casal, sempre permeado pelo “amor”.

A vida sexual, o sexo né, é o complemento mesmo da vida, o sexo, no relacionamento, o amor do casal. Então, eu acho que assim ela vem complementar justamente essa união. (ES7)

Porque eu acho que entre um casal tem que ter, né? O sexo, né? Tem que ter intimidade, o carinho. (ES18)

Eu entendo assim. Ah, sei lá, quando os dois se relacionam bem sexualmente, se entendem bem na cama, de um modo geral, né? Essas perguntas são cabeludas, meu Deus! (ES17)

Mas o sexo faz parte sim. É uma forma de você também se aproximar também de seu marido. (ES9)

As educadoras sociais trouxeram em suas falas o valor da relação sexual como sendo amálgama na relação afetiva. E, neste contexto, o sexo ou ato sexual demonstra ser um elemento importante para a intimidade do casal.

Nos relacionamentos afetivos, geralmente, “o ato de amar” para a população feminina apresenta algumas características diferentes no âmbito geracional. E as gerações percebem as questões amorosas e sua importância conforme o modo como este sentimento foi apresentado.

As participantes fazem referência a atitudes de amor e carinho e que a cama do casal seria o local de aproximação entre eles. Seguindo Gagnon e Simon (2005), acredita-se que os sentimentos conexos com as relações afetivas dizem respeito aos comportamentos sexuais. E estes não apresentam uma padronização sem levar em conta os contextos nos quais eles são estabelecidos. Para Bozon (2004), nos comportamentos sexuais das pessoas, as práticas, os relacionamentos e os significados estão arraigados no conjunto das experiências que constituem essas pessoas como seres sociais, dentro de cenários culturais da sexualidade dominantes em suas respectivas sociedades. E refletindo na faixa etária das educadoras sociais, é possível inferir que este grupo possui um olhar para o amor impregnado do amor romântico construído ao longo da história e experiências de vida de cada participante.

Bozon (2004) assegura que numerosos fatores que têm contribuído no modelar a experiência da sexualidade de forma diferenciada conforme com grupos sociais: trajetórias biográficas, influência da religião, condições de vida, padrões de relações entre os sexos, usos dos corpos e posição na estrutura social.

Bozon (2004) mostra que as repercussões das mudanças sobre a construção biográfica da sexualidade são numerosas, sendo a mais espetacular delas o alongamento do calendário da vida sexual dos indivíduos, tanto por uma iniciação mais precoce, quanto por

um prolongamento até as idades mais avançadas. Acredita-se que o prolongamento da vida sexual dos parceiros em idades mais avançadas requer atitudes que contribuam para manter o relacionamento “aceso” ou intenso, a fim de que a relação afetiva sofra os desgastes, oriundo do esfriamento das relações afetivas.

Para Bozon (2004), de maneira definitiva e em virtude de suas mudanças de tempo, a atividade sexual constitui-se um dos sinais mais reveladores da nova organização das idades e do curso da vida. A valorização da atividade sexual permanece quando ela foi vivenciada com frequência e prazer (Abdo; Fleury, 2015). De certo modo, acredita-se que deve fazer parte da sexualidade de cada indivíduo vivenciar o prazer com intensidade. Entretanto, para algumas pessoas, o sexo não é o mais importante numa relação afetiva. Tal condição tem sido uma realidade para um grupo de educadoras sociais.

Para mim, como é que se fala? Na união de um casal, o sexo não é tudo, para mim é a minha amizade. A gente sempre colocou, primeiro lugar, o respeito. Assim, eu e ele colocamos a amizade. Se não estivesse rolando sexo ou nada, até porque nós vivemos bons tempo. (ES3)

Nessa idade, o sexo não é o mais importante, o respeito entre o casal, e sim o companheirismo. (ES13)

Você não foca no sexo. Você foca mais no lado do companheirismo. (ES7)

Eu não sei se o sexo tem essa importância toda, mas que tem, tem né? Eu vejo, porque eu vejo pelo lado do casamento, companheirismo, tudo isso, né? (ES9)

Caramba, assim, eu como é que eu vou falar? Eu, basicamente, não preciso de sexo! Assim, o ser humano precisa de sexo, eu preciso de sexo, mas eu sempre fiquei de boa sozinha, mas sexo para mim, como é que eu vou falar para você? Sexo não é tudo. (ES4)

As educadoras sociais que se encontravam na faixa etária de 47 a 60 anos, relataram de que o sexo não é tudo. Uma delas justifica que a idade seria o fator pelo desinteresse sexual. As demais participantes trazem em suas falas as palavras companheirismo, a amizade e o respeito entre os parceiros são atitudes e comportamentos valorizados por este grupo. Há de pensar também que os comportamentos sexuais são influenciados pela cultura e a cultura transforma sociedades.

Historicamente, a mulher sempre esteve a atender a responsabilidade pela reprodução, sem levar em conta suas aspirações no tocante ao direito de escolher ter filhos ou não, ou seja, vivenciar a sua sexualidade. Ao refletir acerca destas falas, parece que a satisfação sexual deste grupo está mais ligada à afetividade do que o ato sexual propriamente dito. Elas apresentam leveza quando afirmam que sexo não é tudo. Diversos tem sido os estudos que discutem as possibilidades de entendimento sobre as expressões sobre amor.

Encontra-se a partir dos estilos primários de amor, como *Eros, Storge e Ludus*, uma das combinações de que o amor seria voltado ao carinho e cuidado com o outro, sem necessidade de intimidade sexual (Hoffmeister; Carvalho; 2022 apud Lee, 1977).

Considera-se que, com o passar do tempo, os relacionamentos afetivos tidos como duradouros tendem a valorizar menos as atividades sexuais, que era comum no início dos relacionamentos. Há também outro aspecto relativo a essa faixa etária desse grupo: de um lado, o processo de envelhecimento e seus impactos decorrentes das mudanças hormonais devido ao climatério, a menopausa, a finitude da jovialidade; e do outro, a necessidade de adaptar-se a esse novo momento de transição.

Esse momento de transição, a depender da maneira que essa mulher construiu a si mesma para vivenciar este processo de envelhecimento, poderá se dar de maneira positiva ou negativa. De maneira positiva, a mulher consegue viver bem consigo mesma, na sua vida em busca dos seus ideais, independentemente de estar num relacionamento afetivo estável e duradouro. Entende-se que, para essa mulher, o sexo ou ato sexual não seria a prioridade.

A solitude seria o exercício de o próprio ser humano pela preservação da sua unidade. O indivíduo seria uma junção irrefutável de duas realidades – a essencial e a existencial (Tillich, 1987). Seguindo a ideia do autor, as mulheres que não têm medo do silêncio, de estar sozinha ou em companhia de si mesma, reconhecem o sexo como uma necessidade humana, mas vivem bem com ou sem a prática sexual. É possível pensar que é um grupo de mulheres que possuem uma formação universitária e que apresentam atitudes de satisfação consigo mesma, independente da atividade sexual ou não. Na sua condição de mulher e gostar de estar com você mesma, é vivenciar a solitude sem experimentar a solidão. Acredita-se que a mulher que possui habilidade de vivenciar a solicitude sinaliza uma maturidade emocional, ao se perceber como uma mulher responsável por suas escolhas maduras e acertadas para si mesma.

A maturidade não depende de idade, mas de como o indivíduo age e pensa. As maturidades física, mental, emocional e espiritual, são independentes, mas interdependentes (Motta, 2022). O indivíduo pode apresentar uma maturidade física e não emocional, mas, por outro lado, a ausência de maturidade emocional tende a colocar em risco a dimensão física, assim como a falta de maturidade espiritual pode prejudicar a maturidade emocional e assim por diante (Motta, 2022).

A maturidade emocional tende a promover a satisfação em estar consigo mesma alcançando a felicidade. A satisfação na vida e a felicidade podem ser expressas por condições ou valores manifestados em diversas formas (Portella *et al.*, 2017). O sentimento de

felicidade tem sido considerado como um dos melhores indicadores de bem-estar. A busca pela felicidade, o bem supremo na vida de uma pessoa, sempre foi algo almejado no decorrer da história.

De fato, entende-se que a proteção de qualquer agravo na saúde independe do amor romântico ou de sentimentos, mas sim da necessidade de assumir as responsabilidades pela sua própria saúde. As educadoras sociais trazem a importância de o parceiro cuidar de sua própria saúde.

Estar sempre observando o parceiro, observando, conversando. Até mesmo orientando e procurando informações em relação a isso [saúde sexual]. E a gente possa chegar num acordo e um cuidar do outro, né? Em relação à vida sexual. (ES7)

Assim, os parceiros que eu tive, eles também se cuidavam, então eu sabia direitinho, entendeu? (ES4)

Ele tem que se cuidar. Com seu próprio corpo, entende? Com si próprio[parceiro]. (ES2)

Bem, o que eu entendo é que não apenas você que deve estar sempre na clínica da família, mas os homens também, né? (ES13)

E, assim mesmo com esse parceiro tem que ter cuidado com ele mesmo, porque só posso responder por mim, pela minha saúde. E, não pelo outro, dele, né? (ES5)

Um cuidado que eu tenho que ver justamente com a minha pessoa [saúde] em relação até mesmo com o parceiro [saúde] que eu estiver. (ES7)

As educadoras sociais abordam a seriedade de o parceiro cuidar de sua própria saúde, bem como do seu próprio corpo. Destacam ainda que não seria apenas a mulher que deveria buscar o cuidado nas unidades de saúde, mas que os homens também.

Entretanto, diante do discurso acerca da importância de o homem cuidar de sua própria saúde e do seu corpo, ainda assim é perceptível que a mulher, constantemente, está atenta à saúde do seu parceiro, percebe-se isso quando a educadora social traz em sua fala que além de observar o parceiro, ela sinaliza sobre o cuidado a saúde, a partir de orientações e do diálogo de cuidado da saúde sexual de maneira mútua.

A presença da população masculina nas unidades de saúde tem sido um grande desafio para os gestores dos serviços de saúde do país. Geralmente, eles chegam as unidades de saúde pelas unidades de urgência e emergência. Corroborando essa ideia, os achados de Lopes, Sardagna, Iervolino (2017) sinalizaram que os homens procuram o pronto atendimento para tratar de problemas pontuais quando dificultam as atividades diárias, muito especialmente as laborais, e que a busca pelo alívio imediato da queixa deva ser um elemento decisivo para a procura por atendimentos.

É de notório conhecimento da sociedade científica que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e morrem mais do que elas pelas principais causas de morte (França *et al.*, 2021). De acordo com a história, acredita-se ser o resultado da construção da masculinidade a partir das concepções de gênero. Em meio às lacunas existentes na saúde do homem e para responder essas lacunas, elaborou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada no ano de 2009, sendo desenvolvida sob cinco eixos temáticos: acesso e acolhimento, saúde sexual e saúde reprodutiva, paternidade e cuidado, doenças prevalentes na população masculina, prevenção de violências e acidentes (Brasil, 2009b). A PNAISH busca integrar à população masculina aos serviços de saúde, porque esse público-alvo, geralmente, não procura o atendimento médico, em razão dos aspectos culturais, vergonha ou falta de tempo. Foi constituída para direcionar as ações de saúde e reduzir os altos índices de morbimortalidade masculina (Batista *et al.*, 2021).

Apesar do arrefecimento nas discussões sobre a saúde do homem, percebe-se que poucos são os avanços. Acredita-se que seja em decorrência de uma política pública que surgiu de maneira diferente das políticas públicas voltadas para a população feminina, que foram elaboradas para responder os anseios e questionamentos das mulheres. Já a PNAISH nasce de cima para baixo, ou seja, centradas em especialidades médicas que se fazem presentes nestes olhares, um cuidado mais centrado nas intervenções a partir dos agravos do que propriamente um cuidado ancorado na promoção da saúde da população masculina. Conforme o DATASUS, a população masculina tem sido acometida pelas doenças do aparelho circulatório (DAC), neoplasias malignas (NM), doenças do aparelho respiratório (DAR) e as causas externas (CE). Para Batista *et al.* (2017), tais morbidades poderiam ser evitadas na grande maioria dos casos ao ser descoberta no início.

4.3 Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual

A segunda categoria emerge a partir de 347 UR sendo intitulada “Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual”, e que é constituída por duas subcategorias: “Cuidados das educadoras sociais com a sua saúde sexual”, com 210 UR, e “Fatores limitadores dos cuidados de si e com a saúde sexual”, com 137 UR.

4.3.1 Cuidados das educadoras sociais com a sua saúde sexual

Nesta primeira subcategoria, as educadoras sociais versam sobre o cuidado com sua saúde sexual a partir das consultas ginecológicas.

Cuidados com a minha saúde sexual? Bom, eu vou ao ginecologista. (ES1)

Eu vou ao ginecologista todo ano. (ES11)

Eu procuro ir a um ginecologista para saber como é que eu estou. Para ver se estou precisando de alguma coisa na minha saúde. Então, no ginecologista tem que estar sempre. Entendeu? (ES2)

Eu vou ao ginecologista de 6 em 6 meses. (ES5)

Eu vou ao ginecologista, sempre que eu preciso, vou ao ginecologista. Eu vou periodicamente ao ginecologista. (ES6)

Sim. Olha só! Eu tenho idas frequentes ao ginecologista. A minha ginecologista é a minha ginecologista de sempre. (ES8)

Quase uma unanimidade, as educadoras sociais buscam o serviço de ginecologia através das consultas com um profissional. Entende-se que as participantes valorizam o acesso ao serviço, a fim de cuidar da sua saúde sexual, possibilitando a identificação de alterações no aparelho reprodutor, bem como a prevenção de ISTs, a detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama, alterações no ciclo menstrual, alterações hormonais e o comprometimento da vida sexual. Para as participantes, o cuidado com a saúde sexual perpassa pela periodicidade nas consultas com o ginecologista, respeitando o intervalo entre as consultas realizadas na atenção básica.

A atenção básica (AB) tem sido um dos espaços para o atendimento da mulher nas consultas ginecológicas. Nesse contexto, entende-se que o momento da consulta ginecológica tem sido um espaço amplo de produção de cuidado integral à saúde das mulheres (Frigo *et al.*, 2016). Para os autores, o cuidado à saúde da mulher implica em assumir a ideia de integralidade em saúde apostando na potencialidade de alavancar e produzir a organização da rede de atenção à saúde das mulheres, de forma a fortalecer os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2011).

Fazendo papa... ginecológica... como é que é? Papa... esqueci o nome! Isso! Preventivo. Eu vou anualmente (ES11).

A consulta ginecológica constitui-se em espaço importante para o estabelecimento de diálogo e vínculo, de maneira respeitosa e de confiança, entre a usuária e o profissional que lhe assiste (Ribeiro; Góes, 2021). Para as autoras, tal atuação tende a requerer, por parte das enfermeiras e da gestão, uma atenção cuidadosa que qualifique e valorize a usuária. Esse manejo, geralmente, pode gerar uma maior satisfação por parte dos profissionais e das usuárias assistidas, exigindo competências, habilidades e empenho para o enfrentamento dos desafios, com vistas a assegurar um cuidado integral, longitudinal e com qualidade à saúde da mulher (Ribeiro; Góes, 2021).

A procura pela consulta nos serviços de ginecologia busca, primeiramente, a realização do preventivo ou Papanicolau. O exame citopatológico é realizado com a intenção de detectar, de maneira precoce, as doenças que se desenvolvem no colo do útero (Dias *et al.*, 2022).

Para Santos e Gomes (2022), quando o exame é realizado periodicamente, proporciona a identificação de alterações celulares que podem evoluir para o câncer. Apesar de apresentar uma alta taxa de identificação de lesões, no entanto, ainda há um desconhecimento por parte da população feminina em relação ao exame praticado na AB (Brasil, 1988). A baixa adesão ao preventivo é uma das causas que transforma o câncer do colo do útero (CCU) na quarta causa mais frequente de morte de mulheres por câncer no Brasil (Santos; Gomes, 2022). O preventivo é considerado um método eficaz para prevenção e detecção precoce do CCU, por meio do rastreamento das lesões precursoras, e deve ser ofertado a todas as mulheres com vida sexual ativa com idade entre 25 e 64 anos (Maciel; Aoyama; Souza, 2020). Segundo os autores, as abordagens de cunho educativo devem estar presentes em toda conduta da equipe de saúde.

Eu faço preventivo, né, de um em um ano. É todo ano praticamente, né? (ES12)

Você fazer um preventivo. Você começa a ser esclarecida, né? E fazer preventivo uma vez ao ano.(ES2)

Para as educadoras sociais, a realização do preventivo tem sido uma rotina anual, e uma oportunidade de esclarecimento sobre as possíveis alterações nos resultados. A periodicidade estabelecida no protocolo do Ministério da Saúde tem sido de grande valia para

que a mulher possa reconhecer a importância e a necessidade da realização do exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero (PCCU), bem como o retorno para ter acesso aos resultados encontrados. (Instituto Nacional do Câncer, 2020).

O exame de imagem citado pelas educadoras sociais foi a ultrassonografia transvaginal, que auxilia na avaliação da condição da saúde dos órgãos reprodutores femininos e tem sido um dos métodos para o diagnóstico de possíveis alterações como a endometriose, a síndrome dos ovários policísticos (SOP), a doença trofoblástica gestacional, entre outras.

Então, por exemplo, já me passaram, por exemplo, é aí ultrassonografia transvaginal e aquela do abdome, abdominal. (ES4)

Ela pede, às vezes, a ultrassonografia para ver também como está o nosso útero. (ES18)

As educadoras sociais demonstram que buscam os serviços de saúde para cuidar da sua saúde sexual realizando a rotina ginecológica de maneira periódica e sistemática. Entende-se que há uma compreensão das educadoras sociais em realizar todas as etapas que compreendem essa rotina.

Além da consulta ginecológica, as participantes apontam a importância da realização dos exames que compõem a rotina. Os exames de imagens como a mamografia, para as educadoras sociais também significa uma forma de cuidado da saúde sexual.

Fazer a sua mamografia. Isso eu estou tratando da minha saúde sexual, né? (ES2)

Fazer os exames periodicamente, mamografia. (ES11)

Mamografia, como eu tenho um plano de saúde. Com o plano de saúde, fica mais fácil fazer os exames, entendeu? (ES6)

As falas das educadoras sociais demonstram a importância da rotina ginecológica, que abrange, além do preventivo, os exames de imagens, como a mamografia. A mamografia e seus achados são classificados segundo o *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), divulgado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e traduzido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (Brasil, 2013a). Segundo o documento, o objetivo principal da utilização do BI-RADS deve ser a uniformização e a padronização dos laudos de mamografia,

sujeitos à discrepância na interpretação quando utilizados critérios descritivos. Além do mais, o BI-RADS auxilia no controle de qualidade dos dados provenientes da radiografia, pois permite a revisão e a adequação do diagnóstico radiológico prévio (Brasil, 2013a).

A Classificação do BI-RADS está dividida em grupos de avaliações (0 a 6), em que zero consiste no exame incompleto; um, no exame negativo; dois, no exame com achado, tipicamente benigno; três, no exame com achado, provavelmente benigno; quatro, no exame com achado suspeito; cinco, no exame com achado altamente suspeito; e seis, o exame com achados cuja malignidade já está comprovada, e cada resultado propõe recomendações e acompanhamento conforme sua gravidade (Brasil, 2013a).

A mamografia é o principal exame de detecção precoce do câncer de mama, mas o acesso não tem sido igualitário entre as mulheres brasileiras (Barbosa *et al.*, 2019). Os demais exames de imagens, além da mamografia, tornam-se complementares para alterações no diagnóstico. Este exame é indicado para mulheres de 50 a 69 anos, sem sinais e sintomas de câncer de mama, uma vez a cada dois anos, e anual, a partir dos 35 anos, para mulheres de alto risco.

As educadoras sociais sinalizaram a importância da realização dos exames devido ao histórico familiar.

Não, assim, eu tenho que fazer [mamografia, US mama], até tenho que fazer devido a minha idade, já fiz, por parte de pai, todas aquelas que não faleceram de velhice, faleceram com problemas de câncer. Minha tia com câncer de mama, as mulheres com câncer de mama, minha tia com câncer de mama, meu pai morreu de câncer, então eu tenho que fazer. (ES3)

Olha, eu tenho caso de câncer na família né? Eu perdi minha irmã mais nova com câncer no útero, depois foi para o pulmão... minha irmã nunca foi boa em cuidar da saúde, então, estou sempre monitorando a minha saúde. Minha irmã faleceu ia fazer 44 anos, morreu muito nova, tem, vai fazer o quê...? 5 anos, minha irmã caçula faleceu, tipo assim, eu tenho sério problema de ir ao médico, né, mas é desde criança mesmo [...] (ES4)

As participantes que apresentam um histórico familiar de câncer e com alto risco sinalizam que permanecem atentas aos cuidados necessários para detecção precoce de possíveis alterações, sendo elas a mamografia e a ultrassonografia de mama.

Segundo Barbosa *et al.* (2019), o uso dos serviços de saúde tem sido um fator que pode influenciar a participação do público feminino nas ações de controle do câncer de mama. Para os autores, as mulheres que consultaram com médico no último ano apresentam maiores chances de realizar a mamografia, bem como aquelas que possuem plano de saúde têm maior chance de realizar o exame (Costa; Matos, 2007; Oliveira *et al.*, 2011; Silva *et al.*, 2017).

Esses dados são corroborados em um estudo realizado por Castro e Borges (2021), que observaram diversos motivos que levaram as mulheres a não realizarem o exame de rastreamento, e constatou-se que, a maioria, se enquadrava em situações de baixa renda e baixa escolaridade.

Para a população feminina, o acesso à mamografia tem sido um desafio que faz parte do cotidiano nos serviços de saúde. Como consequência, um número significativo de mulheres é diagnosticado com câncer de mama em estágio avançado, aumentando as chances de mortalidade. Tais informações demonstram que o acesso à mamografia tende a ser mais fácil quando essa mulher tem acesso ao serviço médico, é escolarizada e possui um plano de saúde. Então, a mulher que não atende a este perfil, certamente seu exame será postergado pelo serviço de saúde, devido à demanda *versus* oferta, independentemente da indicação do exame e do nível de urgência.

Para Castro e Borges (2021), mesmo diante das medidas adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) e esses exames estarem disponíveis de forma gratuita no SUS, diversas mulheres deixam de realizar. Percebe-se um abismo entre a garantia do direito ao exame e a sua realização pela usuária, independentemente do quadro em que se encontra. Existe um peregrinar da mulher em busca pela realização deste exame na rede pública de saúde, que tem sido traduzido em números, principalmente, em regiões do país onde a oferta de mamógrafos ocorre de maneira desigual.

Um outro exame realizado pelas educadoras sociais diz respeito a ultrassonografia de mamas. O uso da USG mama faz parte dos exames de imagens que complementam a mamografia quando esta apresenta um resultado inconcluso (Vasconcelos *et al.*, 2010). Entretanto, segundo os autores, a USG mamária não deve ser indicada no rastreamento de câncer de mama em mulheres assintomáticas.

Entende-se que o acesso aos serviços de saúde que ofereçam os exames que compõe a rotina ginecológica confere uma satisfação para as educadoras sociais.

Tem que fazer sempre exame das mamas, a ultrassom das mamas, né? (ES13).

Faço exame das mamas, sempre tô me prevenindo” (ES18).

Para as educadoras sociais, a realização destes exames de imagens confere um sentimento de cuidado com a sua saúde sexual em uma ideia de prevenção. Entretanto, para

algumas mulheres, mesmo buscando a prevenção e a detecção precoce da doença, o adoecimento pelo câncer torna-se uma realidade difícil de ser vivenciada.

No que diz respeito ao adoecimento da mulher pelo câncer de mama ou de colo uterino, esse tópico merece reflexão, principalmente em relação à mama, pois possuem uma representação significativa para a mulher devido à carga de significados existentes, principalmente, quando ela recebe um resultado positivo para carcinoma.

A mulher diante deste resultado traz à tona uma gama de sentimentos que dizem respeito ao comprometimento da sua sexualidade e feminilidade, que têm destaque na vida da mulher devido às representações que envolvem a sensualidade, a sexualidade, a feminilidade e a maternidade. Tais destaques, geralmente, expressam a totalidade da condição como mulher que se percebem limitadas não apenas em seguir o tratamento e a retomada da sua vida na sua totalidade, mas também aos temores que os cânceres de mama e colo uterino causam à população feminina.

Vivenciar todas as etapas da doença, na maioria das vezes, alcançam esferas para além do corpo físico. O corpo físico apresenta suas fragilidades, mas a autoimagem, o psicológico, o emocional e o afetivo contribuem para agravar a sua condição de mulher, que se agrava a partir da sua baixa autoestima e a autoimagem prejudicada. O imaginário da própria mulher fragiliza sua autoimagem, devido à ideia de mutilação da mama e a queda de cabelo, sendo estes a expressão máxima da sexualidade feminina.

Um outro ponto abordado pelas educadoras sociais diz respeito aos cuidados da saúde sexual no uso de preservativos nas relações sexuais, ou seja, sexo seguro. Elas apontam a importância do uso dos dispositivos de proteção das ISTs ou gestações não planejadas.

Eu me relaciono com camisinha, camisinha sempre mesmo, porque eu não gosto de tomar remédio, eu sou muito irresponsável com relação à medicação. (ES4)

Da maneira que eu faço, não abro mão de usar o preservativo, por dois motivos: primeiro, eu não quero engravidar, e o segundo motivo por causa de doenças como IST, sífilis e outras. (ES6)

Primeiramente, tem que usar camisinha. Usar camisinha sempre, né? E em segundo, assim, tem pessoas que não transam com o mesmo parceiro, mas assim, o ideal né você transar com o mesmo parceiro, né, e usar camisinha. (ES12)

As educadoras sociais expressam a importância no uso de preservativos nas relações sexuais e trazem algumas justificativas: a falta de disciplina no uso de medicações que se faz necessária para que não aconteça uma gestação não planejada; e o uso da camisinha confere

uma proteção das ISTs, HIV/AIDS, demonstrando o conhecimento dos riscos pelo não uso de preservativos, como o adoecimento da mulher. Uma das formas de adoecimento das mulheres está relacionada com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

A proteção da mulher das ISTs está relacionada não apenas o conhecimento do seu próprio corpo, mas também com escolhas e comportamentos que não comprometam a qualidade da sua saúde sexual. Entende-se que o modo e a maneira que a mulher cuida e vivencia a sua sexualidade tem a ver com a aquisição da informação sobre saúde sexual e a transformação da informação em conhecimento, que será aplicado no seu modo de vida, para, assim, vivenciar a sua sexualidade livre de agravos.

No estudo realizado por Guimarães *et al.* (2019) sobre as dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres, o tempo de relacionamento e a confiança no parceiro foram percebidos pelos participantes como fator de proteção em relação às ISTs/HIV/AIDS. Para os autores, a utilização do preservativo entre os casais coloca em voga o valor da confiança que deve estar presente na relação, edificada e assentada no ideal de fidelidade entre os parceiros, ainda que essas questões não tenham sido claramente debatidas e ajustadas.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) estima que mais de um milhão de pessoas contraia uma IST ao dia. No ano, 500 milhões possuem uma IST curável e, a cada ano, a estimativa é que 500 milhões de pessoas contraem gonorreia, clamídia, sífilis e/ou tricomoníase. Nestes números, 530 milhões estão infectadas com o vírus do herpes genital e 290 milhões de mulheres encontra-se com o Papiloma Vírus Humano (HPV) (Brasil, 2015). Outro problema de saúde pública no país é a contaminação de homens e mulheres por sífilis, que é uma infecção sexualmente transmissível (IST) que se manifesta de maneira silenciosa, evoluindo por estágios, apresentando uma alternância entre sintomáticos e assintomáticos, em que qualquer órgão do corpo humano pode ser acometido (Andrade *et al.*, 2019). Internacionalmente, observa-se um aumento no número de casos de sífilis, constando uma taxa de incidência de 12 milhões de pessoas contaminadas a cada ano (França *et al.*, 2015). Para as educadoras sociais, o uso de camisinhas é uma condição *sine qua non* para que a relação sexual aconteça sem agravos.

As educadoras sociais reiteram a importância da frequência no uso da camisinha, ou do sexo seguro, a fim de evitar a contaminação pelas ISTs. Para as educadoras sociais, o uso da camisinha nas relações sexuais é uma maneira de cuidado com a sua saúde sexual.

Difundir e promover o uso de proteção ou de preservativo nas relações sexuais tem sido meta das políticas públicas do país, a fim de evitar ou minimizar o adoecimento da

população de maneira geral. Entende-se que o uso de maneira sistemática de preservativo nas relações sexuais tende a estar atrelado ao comportamento sexual, que, na maioria das vezes, apresenta uma complexidade por ser determinado por múltiplos fatores, como gênero, cultura, nível educacional, influência dos pares e da família, crenças, valores pessoais e mídia (Dunne *et al.*, 2015; Leite; Rodrigues; Fonseca, 2004; Plutarco *et al.*, 2019).

Segundo Andrade *et al.* (2019), nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo dos casos de sífilis no país. Esse crescimento tem sido atribuído a alguns fatores, dentre eles, o refinamento do sistema de vigilância, bem como o aumento da testagem dos indivíduos a partir do uso de testes rápidos. Um outro fator de extrema relevância está na redução do uso de preservativo (Brasil, 2021).

O crescimento dos casos de contaminação pela sífilis no país, também é consequência do comportamento sexual de cada indivíduo, ou seja, das escolhas de cada indivíduo. Cabe ao indivíduo estabelecer as melhores escolhas em relação ao cuidado com a sua saúde sexual.

Entende-se que existe uma corresponsabilidade no processo de saúde e doença do indivíduo no tocante ao uso de preservativos masculino ou feminino. Concebe-se que, por mais que o profissional do serviço de saúde traga as informações necessárias para a adoção de hábitos que garantam uma relação sexual ou sexo seguro, o uso de preservativos em determinados lugares e contextos familiares tradicionais ainda podem causar acanhamentos, e, por vezes, se transforma em tabu (Andrade *et al.*, 2016). Para os autores, a precariedade das informações tende a ser fator agravante ao não uso do preservativo, e, conseqüentemente, ao risco de contaminação, podendo interferir no conhecimento sobre este método e nas crenças quanto ao uso. Em estudo realizado junto a mulheres residentes na cidade de João Pessoa, na Paraíba, para avaliar o conhecimento sobre os preservativos masculino e feminino, os autores identificaram que as mulheres participantes apresentaram inadequados conhecimentos sobre os preservativos.

Andrade *et al.* (2016) apontam que as mulheres mencionaram cuidados estavam relacionados à validade, ao modo de abertura, às condições da embalagem e à conservação dos preservativos, ou seja, no momento pré-sexual. Se por um lado, identifica-se um conhecimento inadequado das mulheres sobre os preservativos masculinos e femininos, do outro, as relações de gênero e o arcabouço sociocultural dos sujeitos contribuem para a não adesão ao uso de preservativos nas relações sexuais (Guimarães *et al.*, 2019).

Neste estudo, foi possível identificar que, ao mesmo tempo, em que as educadoras sociais afirmam a importância do uso dos preservativos nas relações sexuais, identificou-se

que as falas se contradizem à prática. Em um primeiro momento, fala-se de maneira empoderada, mas, ao longo das entrevistas, o cotidiano do cuidado com a sua saúde sexual se apresenta de maneira contrária e em linha tênue. Essa linha tênue está entre aquilo que se acredita ser a melhor escolha, mas, no dia a dia das relações afetivas, nem sempre a escolha da mulher em utilizar o preservativo prevalecerá. As educadoras sociais entendem que não uso de preservativos nas relações sexuais seria uma ausência de cuidado com a sua saúde sexual.

É horrível! Nós optamos por não fazer uso, mas se tiver que usar, a gente vai usar. (ES1)

É porque na hora [sexo] a gente acaba esquecendo de tudo, é. (Risos). Na verdade, assim, eu sou casada, a maioria assim, das pessoas que é casada não usam. (ES12)

Eu sei que a gente deveria usar a camisinha, né? A gente tem doze anos juntos, né? Assim, eu não tenho parceiro por fora, então, tipo, eu estou despreocupada, né? Sendo assim, que eu não uso camisinha com ele, né? Por ser meu marido, eu sei que deveria usar, né? Não sei por que não usamos a camisinha (risos) (ES18)

Mas, ainda assim, camisinha para ele não é algo muito bom de ser usado. (ES14)

Fazer sexo com camisinha, me cuidar, né? (ES16)

Sim, camisinha, na ideia de se proteger, se preservar as doenças, tipo HIV/AIDS e a sífilis. (ES6)

Hoje em dia, não só camisinha na verdade, hoje em dia, eu uso camisinha. (ES14)

Camisinha sempre, entendeu? Eu não abro mão. (ES3)

Interessante que as educadoras sociais trazem motivos para o não uso da camisinha. Dentre as justificativas estão a opção pelo não uso, o esquecimento, o tempo de relacionamento afetivo estável, e, por último, o parceiro não gosta de usar o preservativo. São alegações lícitas, mas não garantem a segurança necessária para uma relação sexual segura.

Percebe-se que ao longo do tempo as alegações para o não uso de preservativos permanecem as mesmas. No estudo realizado por Guimarães *et al.* (2019) junto a homens e mulheres para verificar as dificuldades na utilização do preservativo masculino, foi possível identificar a semelhança neste grupo pesquisado, também a suposição de fidelidade entre os parceiros e confiança vinculada às relações estáveis e de maior tempo de duração.

Intui-se que a similaridade dos achados entre os grupos pesquisados remete à ideia de fidelidade entre os parceiros nos relacionamentos duradouros. Para Gutierrez *et al.* (2019), a relação de confiança ou a falta dela entre os parceiros sexuais para a decisão do uso do preservativo, pode estar inteiramente conexa com a condição da situação conjugal. E, por fim, as questões de gênero, que se apresentam como propulsora quando a mulher não consegue sustentar os argumentos, ainda que sejam robustos, acerca da importância do uso do preservativo nas relações sexuais; o desejo do parceiro prevalece nas práticas sexuais.

Compreende-se que a mulher ao se colocar no lugar de submissão talvez prefira não entrar nos embates que, possivelmente, seriam estabelecidos caso insista no uso do preservativo. Tal realidade é corroborada por Guimarães *et al.* (2019), que reitera que a mulher, ao introduzir no relacionamento afetivo a discussão acerca dos motivos para a utilização ou não de preservativo, tende a adicionar na pauta uma série de interrogações. Para os autores, tais interrogações, comumente, não compõem a dinâmica do relacionamento dos casais que se sustentam no ideário do amor que resguarda no ideal de fidelidade contido nas relações de maneira monogâmica. A percepção das educadoras sociais segue a ideia cristalizada do não uso de preservativos nas relações afetivas duradouras ou tidas como estáveis.

4.3.2 Fatores limitadores dos cuidados de si e com a saúde sexual

Na segunda subcategoria da categoria “Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual”, as participantes versaram acerca dos fatores que contribuem para o não cuidado com a sua saúde sexual, desde atividade laboral, a rotina diária com filhos e casa e as questões da vida financeira que tendem a diminuir a libido.

Eu vou dizer, às vezes você chega tão cansada em casa, você vai fazer isso [rotina da casa], vai fazer aquilo, que acaba não fazendo o mínimo [cuidado de si mesma] possível. E isso é ruim, eu preciso cuidar de mim. (ES7)

Eu trabalho aqui à noite. Só trabalho aqui, mas tem as questões de casa e tudo mais, que eu tenho responsabilidade também, então por exemplo, é eu sei que eu tenho que me cuidar, eu tenho que, por exemplo, praticar uma atividade física, eu tenho que fazer uma atividade física, porque, com o tempo, o corpo vai se desgastando, mas eu acho que tem a ver com a sexualidade. (ES4)

As educadoras sociais apontam que o trabalho ou a atividade laboral associada às demais atividades domésticas tornam-se um agente que dificulta um cuidado com a sua saúde sexual.

Geralmente, a rotina dos filhos, a manutenção da casa e as responsabilidades no trabalho também atravessam a saúde sexual. Entende-se que a atividade laboral agregada a outras responsabilidades que fazem parte do cotidiano da mulher, na maioria das vezes, contribui para o descuido da sua própria saúde como um todo e em detrimento dos outros.

Pereira, Ramos e Silva (2022) destacam que as sociedades capitalistas se convencionaram, através de regras os encargos da mulher, em atender as necessidades de alimento, de vestuário, de higiene, do trabalho doméstico não remunerado desempenhado dentro dos lares, e estes encargos desgastam a mulher. Segundo Silva *et al.* (2020), de maneira subjetiva, acredita-se que as mães, geralmente, encontram-se sobrecarregadas.

Olha! Eu chego em casa num cansaço tão grande, que eu tomo banho, quando dá tempo. Se eu quiser almoçar ou então eu espero o almoço ou então eu nem espero almoço, eu durmo, e eu levanto, almoço e durmo vou até à noite. As pessoas falam que à noite nós não fazemos nada, vem trabalhar à noite para ver como é! (ES13)

É o trabalho, é ter que fazer as coisas em casa, e então, às vezes, a gente nem pensa em sexo naquele momento, entendeu? Aí acaba atingindo a vida, sim, tudo é atropelado um pouco. (ES18)

As educadoras sociais relatam que as questões sexuais acabam por serem atropeladas pela rotina. Segundo elas, a rotina do dia a dia acaba por comprometer a sexualidade da mulher que se desdobra entre os afazeres domésticos, filhos, trabalho e o cônjuge/companheiro; a atenção que a mulher destina aos filhos acaba por prejudicar a intimidade do casal, e, conseqüentemente, a frequência das relações sexuais.

Porque, às vezes, a nossa filha está em casa e para acontecer as “coisinhas”[sexo], eu estou sempre atenta se minha filha está distraída com alguma coisa. Assim eu, ela vê desenho, ela joga o meu celular, mas a gente procura trancar a porta do quarto ou espero ela dormir, eu tenho um cuidado. (ES16)

Como eu falei, a rotina atrapalha um pouco, os filhos, né? A frequência [sexo] não é a mesma. (ES18)

Compreende-se por parte das educadoras sociais uma preocupação de não expor os filhos a nenhuma situação relacionada à intimidade do casal e o cuidado para que a criança não tenha acesso ao espaço de intimidade do casal durante a relação sexual. Para a mulher

com filhos, geralmente, diante das suas necessidades referentes à vida sexual, ela precisa esquematizar o cenário doméstico para que possa então vivenciar esse momento de intimidade do casal. Dependendo da idade dos filhos, geralmente, eles não têm condições de interpretar o ato sexual. No universo feminino há uma máxima de que a mulher precisa ser “uma boa mãe”. Essa ideia tem sido construída ao longo do tempo, a partir dos constructos que ancoraram os papéis sociais destinados à mulher, e, dentre esses papéis, está o cuidado com os filhos.

Partindo da perspectiva que a mulher algum dia se tornaria mãe, ao longo do tempo ampliou-se a ideia de que a maternidade era inata, biológica e instintiva à mulher (Estrela; Machado; Castro, 2018). Observa-se que nestes atributos elencados não existe a possibilidade de a mulher não ser “uma boa mãe”. E a mulher, comumente, cobra de si mesma quando ela não consegue dar conta de alguma responsabilidade que possa colocar em xeque a sua competência para gerenciar a casa, filhos, relacionamentos e trabalho.

As educadoras sociais precisam fazer escolhas para dar conta de todas as atividades durante o seu dia, de certa maneira, diante das escolhas que são necessárias e imprescindíveis, elas nem sempre podem optar por cuidar de si mesma ou vivenciar um momento de intimidade, sem estarem atentas nas necessidades dos filhos.

Outro aspecto elencado pela educadora social diz respeito à vida financeira como um fator também que compromete a libido, e, conseqüentemente, a relação sexual.

A rotina do dia a dia atrapalha esses momentos de intimidade, o sexo ou a relação sexual acontecer. A gente lembra das finanças, né? (ES16)

Tem a vida financeira que atinge também e mexe muito com a vida sexual, tudo isso. Ah, atrapalha um pouco o casamento. A vida sexual também acaba, ela é atingida, né, também. (ES18)

Para as educadoras sociais, um ponto nevrálgico nos relacionamentos diz respeito à vida financeira comprometendo a vida sexual do casal. Nos momentos de intimidade, as responsabilidades financeiras circundam a mente diuturnamente do indivíduo e acaba por comprometer esse momento que deveria ser prazeroso. A escassez de recursos financeiros têm sido um dos problemas que tem causado desavenças nos relacionamentos afetivos, sendo um dos fatores que diminuem a libido. Acredita-se que vários fatores têm contribuído para a redução da satisfação sexual entre as mulheres.

Segundo Shahmoradi e Saadat (2018), existem evidências científicas nas classificações comuns de fatores de risco associados à saúde sexual para homens e mulheres e

estes podem comprometê-la. Tais fatores como o uso de medicamentos, entre outros, podem interferir em uma resposta sexual feminina satisfatória.

Eu estou passando pela fase da menopausa. Eu estou naquela fase dos calores e tal. Assim, eu percebi que a libido diminuiu, isso me incomoda sabe? Assim, mas assim eu tenho um pouco de libido, mas fiquei bloqueada, por conta destes calores e tal, sabe? (ES5)

A falta de libido. É porque eu tomo anticoncepcional e o anticoncepcional ele tira a libido. Eu percebi que o anticoncepcional tirou a minha libido, eu percebo está menor, entende? Mas já conversei com a médica, mas que ela já passou uns remédios, entendeu? Para melhorar isso. (ES18)

O uso de medicamentos e as transições da vida, de maneira geral, como da fase reprodutiva para a menopausa trouxeram desconfortos para as educadoras sociais. Algumas pesquisas realizadas em Teerã, capital do Irã, mostraram que dentre os 400 requerentes de divórcio, cerca de 66,7% e 68,4% dos homens e mulheres estavam insatisfeitos com a vida sexual com seus cônjuges, respectivamente (Ramezani *et al.*, 2015).

No Brasil, estima-se que 8,2% das mulheres se queixam de absoluta falta de desejo sexual; 26,2% não atingem o orgasmo; 26,6% têm dificuldade de excitação e 17,8%, dispareunia (Abdo, 2009). Segundo a autora, tem sido insuficiente o conhecimento acerca do comportamento sexual feminino, bem como sobre em que proporção os fatores de natureza biopsicossocioculturais se mesclam e definem o desempenho e satisfação sexual das mulheres.

Pondera-se que, se por um lado há a medicalização da qualidade da satisfação sexual da mulher, por outro há de pensar nas questões históricas que compõe a trajetória da mulher no mundo do trabalho, e, possivelmente, a influência no desempenho da atividade sexual. Entende-se que outrora essa mulher estaria no lar aguardando seu cônjuge retornar do trabalho, e, teoricamente, ela não estaria assoberbada com as atribuições do mundo do trabalho, já que ela não pertencia a este universo.

Historicamente, a união ou casamento estava atrelado à realidade financeira, mesmo havendo amor. Desta maneira, a mulher também estaria ciente de que o seu futuro bem-estar material estava ligada à situação financeira de seu cônjuge e qualquer despesa com si mesma precisaria passar pela sua anuência. (Lins, 2012).

Apesar da união do casal estar conectada também ao financeiro, há de levar em conta a inserção dessa mesma mulher no mundo do trabalho. Entende-se que a mulher percorreu um caminho sem volta ao fazer parte do mundo do trabalho. O caminho sem volta se deve ao

fruto do trabalho, ou seja, a remuneração, que ainda ínfima, quando comparada aos valores recebidos pelo homem, a mulher entregava para o marido/cônjuge/companheiro/parceiro para que ele administrasse. Contudo, a mulher percebe que o dinheiro confere “poder”, e esse poder conferiu à mulher o poder de questionar e avaliar a qualidade do relacionamento, partindo da premissa que ela não depende economicamente do seu par.

Desta feita, os relacionamentos se tornam frágeis quando as questões financeiras ditam os níveis de poderes nas relações afetivas. E a mulher tende a avaliar se o relacionamento vale o investimento. Para Borges (2013), em virtude da fragilidade atribuída aos laços amorosos e às relações conjugais, as mulheres contemporâneas parecem estar investindo menos no casamento. O fator econômico tem apresentado uma forte influência nas transformações dos relacionamentos entre homens e mulheres (Secco; Lucas, 2015). Destaca-se o olhar de que a autonomia econômica permite a qualquer um dos cônjuges buscar a separação no tempo oportuno (Lins, 2017). Segundo o autor, parece que há menos divórcios em locais onde existe dependência econômica entre os cônjuges.

4.4 Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional

A terceira categoria emerge a partir de 326 UR intitulada como “Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional”, compostas por duas subcategorias. A primeira subcategoria “Percepções das educadoras sociais sobre a saúde e o comportamento das adolescentes” com 133 UR, que descreve o olhar das educadoras sociais acerca dos comportamentos sexuais e afetivos de adolescentes femininas na unidade de acolhimento e os saberes a partir da visão de mundo deste grupo populacional.

Na segunda subcategoria “Cuidados não formais desenvolvidos pelas educadoras sociais junto às adolescentes em acolhimento institucional”, com 196 UR, as educadoras sociais apresentam as estratégias e rotinas do cuidado não formal junto às adolescentes femininas no tocante à saúde sexual (gravidez não planejada, IST), reforçando o diálogo como ferramenta para valorização e sensibilização da adolescente como forma de cuidado, a escuta ativa na construção vínculo.

4.4.1 Percepções das educadoras sociais sobre a saúde e o comportamento das adolescentes

Na primeira subcategoria, as educadoras sociais versam sobre os comportamentos sexual, afetivo e interpessoal das adolescentes, sinalizando os comportamentos de risco com a sua saúde sexual.

Sim, o tempo todo. Elas têm um fogo! O tempo todo falando de namorado, elas não têm outro assunto. (ES1)

A sexualidade delas é muito afluada. Essas meninas quando vêm, já vêm com sexo na cabeça, é assim. Muita afluada a sexualidade. (ES2)

Eu acho que elas dão por dá[sexo], transam por transar, porque acham que têm que fazer, ou porque acham que está na hora, ou que o homem quer vai e faz. (ES5)

De maneira quase que unânime, as educadoras sociais trouxeram os olhares acerca do comportamento sexual desordenado e intempestivo das adolescentes femininas. Nas falas das educadoras sociais está impresso o embaraço pela maneira como as adolescentes femininas expressam e vivenciam a sua sexualidade. Entende-se que desconhecer o processo que, geralmente, todo o adolescente atravessa durante a transição para a fase adulta se torna um desafio para grande parte da população adulta, que seria o manejo dos adolescentes de maneira geral. Contudo, esse processo não deveria ser desconhecido para as educadoras sociais que se dispõem a trabalhar junto à população de adolescentes femininas acolhidas.

Para Ramos *et al.* (2020), as adolescências abrangem períodos do desenvolvimento humano na construção de identidades, na busca por autonomia frente à família e à sociedade e de tempo de (re) descoberta das relações afetivas, sejam elas familiares, íntimo-sexuais/íntimo-amorosas e grupais. A adolescência é um período de transição da fase infantil para a idade adulta, no qual ocorrem mudanças de ordem física, cognitiva, emocional e social (Fonseca, 2017).

A Organização Mundial da Saúde define que adolescentes são os que possuem entre 10 e 19 anos (*adolescents*); enquanto a Organização das Nações Unidas aponta como entre 15 e 24 anos (*youth*), sendo usados, principalmente, para fins estatísticos e políticos (Eisensteein, 2005). Usa-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*young adults*) (WHO, 1986). Contudo, já se considera uma adolescência tardia ou “adullescência” a manifestação da imaturidade comportamental de um jovem que, acima dos

22 e 24 anos, tem expectativas, posturas e mentalidade de um jovem entre 15 ou 16 anos (Abarca, 2020).

A adolescência pode ser entendida como um constructo histórico e social (Fondello; Scivoletto, 2018). Para as autoras, a puberdade, caracterizada pelas transformações biológicas que levam à capacidade reprodutiva, desempenha papel importante nesse processo. Nesta fase, os adolescentes atravessam o processo de construção de identidade, que incide a partir da interação com a comunidade e pode influenciar de maneira positiva ou negativa o seu desenvolvimento (Papalia; Feldman; Martorell, 2013). Uma das formas de influenciar, negativamente, seria através dos estigmas sociais que são colados nos indivíduos que vivenciam o acolhimento.

As educadoras sociais trazem em suas falas os estigmas sociais que são atrelados a todo indivíduo que apresenta um comportamento sexual diferente daquele que elas têm como adequado. Afigura-se a ideia de que as educadoras sociais não vivenciaram na adolescência as transformações características de cada faixa etária da vida. De certo modo, o indivíduo possui uma realidade social e cultural que o constrói, e, a partir desta construção social, haveria ou não compreensão do comportamento que o outro apresenta, neste caso, de adolescentes femininas acolhidas. Soma-se a esse processo a desafiliação da adolescente feminina em decorrência das violências vivenciada nos espaços que deveriam protegê-la, neste caso a família (Carinhanha, 2009).

Diante deste histórico, seria esperado que essa adolescente feminina acolhida tivesse uma visão de mundo diferente das demais adolescentes que não se encontram na condição de acolhidas. Sem muitas opções e perspectivas na vida, a sobrevivência tende a falar mais alto, no sentido de se inserir ou buscar grupos de adolescentes que possam de alguma maneira ajudar a proteger-se das violências.

Elas [adolescentes] dizem que não transam, mas transam sim, cara, transa sim, transa sim. Porque elas falam, eu fiz isso, fiz aquilo[sexo], sabe? Elas [adolescentes] também sabem até onde vão no assunto. (ES15)

Mas já ouvi as meninas falarem que transou com gente assistindo, o cara pegou ela e outra [adolescente], sabe? (ES4)

Não, vergonha nenhuma, se duvidar abre [short], mostra [genitália], não tem problemas nenhum. Elas não têm de pudor, não têm nenhum pudor. (ES6)

Para as educadoras sociais, o comportamento das adolescentes ultrapassa o limite do senso de moralidade do ponto de vista sexual. Há de se levar em conta que a adolescente

passa pelo processo de adolecer, e que os comportamentos inconsequentes e desarvorados fazem parte deste processo de transição. Além disso, o fato de as adolescentes femininas estarem em situação de acolhimento, não as fazem deixar de ser adolescentes.

Na adolescência, as descargas hormonais tendem a influenciar nas transformações psíquicas, físicas e comportamentais. A adolescência é a fase de transição para a fase adulta, e, geralmente, é permeada por um turbilhão de sentimentos, medos e angústias que circundam o imaginário dos adolescentes - e para as adolescentes femininas acolhidas não seria diferente. Agrega-se à vida da adolescente feminina acolhida uma dupla vulnerabilidade: a assimetria de gênero e ser adolescente institucionalizada devido aos laços familiares esgarçados (Penna *et al.*, 2016). Talvez para as educadoras sociais, o comportamento sexual das adolescentes femininas acolhidas apresente um risco a mais, não apenas para a sua saúde sexual, mas também pela sua condição de adolescentes. Entende-se que a adolescente feminina acolhida, por carecer do suporte familiar devido ao esgarçamento destas relações familiares, que podem culminar num descompasso da sua vida sexual.

Percebe-se na fala das educadoras sociais que talvez nem todas elas possuam aptidão para lidar com as transformações acerca da sexualidade na vida das adolescentes, seja por incompreensão ou por falta de uma capacitação que abarque todo esse processo, que inclui a sexualidade. Essa possível dificuldade pode ser o reflexo de como lida com a sua própria sexualidade.

Segundo Uziel e Berzins (2012), a adolescência e a sexualidade são temáticas que, cada vez mais, se entrelaçam. Na adolescência, além do descobrimento da sexualidade, podem acontecer conflitos e medos frente às mudanças que a caracterizam (Freitas Junior, 2020).

Para Ferreira, Piazza e Souza (2019), a adolescência desperta um grande interesse pelo tema das sexualidades, que são componentes que transitam pela subjetividade e individualidade, podendo ser constituído social e culturalmente, e que influencia na construção da sexualidade de cada indivíduo. Geralmente, nesta fase há uma precocidade da vida sexual, sendo esse um movimento cultural em todas as esferas da sociedade. Imagina-se que a precocidade da vida sexual acaba por promover a hipersexualização do adolescente, sendo esta fase também de experimentação da vida sexual, em que, geralmente, a adolescente feminina se lança para vivenciar as experiências sexuais carecendo de informações importantes no cuidado com a sua própria saúde sexual.

Elas só querem viver aquele momento. As adolescentes falam assim, “tia eu sou jovem. Eu tenho que viver a vida”. E elas já têm essa vida sexual ativa. (ES7)

Falam [adolescente] o tempo de fazer sexo, naturalmente. Não escolhe local não tá? Se deu vontade, a gente tem que ficar muito em cima. (ES11)

Elas vivem o momento mesmo, elas estão, se deixar já saem se pegando [transando]. Eu acho estranho, mas se elas estão no ambiente e der vontade, elas estão transando com um e outro. (ES6)

Para as educadoras sociais, as adolescentes femininas acolhidas apresentam um comportamento sexual desprovido de cuidado por parte delas. Para as participantes, as acolhidas querem apenas vivenciar o momento, sem qualquer preocupação com os possíveis desfechos desfavoráveis, como, por exemplo, o adoecimento por uma IST. Tal comportamento desprovido de cuidado é característico nos adolescentes e a transgressão tende a fazer parte do comportamento desse grupo populacional.

Gulassa (2010a) afirma que, para as educadoras sociais, o processo de desenvolvimento dos jovens/adolescentes apresenta uma marca bastante desafiadora: a transgressão. Para a autora, quando os jovens/adolescente se rebelam, vão contra as regras estabelecidas, seja na unidade de acolhimento, com adultos ou no mundo, seria um modo de demonstrar a insatisfação com a situação em que se encontra. Estes momentos podem acontecer por estarem vivenciando perdas importantes ou por se sentirem contrariados, humilhados, roubados (Gulassa, 2010a).

Uma das maneiras de transgressão tem a ver com o comportamento sexual. A adolescência também é abalizada, entre outras particularidades, pela procura de autonomia acerca das decisões, emoções e ações, pelo incremento de habilidades e a vivência da sexualidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2017). Para as educadoras sociais, as adolescentes femininas acolhidas tendem a experimentar o risco ao se envolverem sexualmente sem devido cuidado, bem como da sua integridade física, devido à prática de furtos.

Por exemplo, uma menina [adolescente] que sai com vários caras para roubar e transar. (ES15)

Olha só! Se for uma pergunta bem direta, tipo assim, algumas contam pra gente [educadora social] tá ali, que, às vezes, sai e que se prostitui. (ES8)

Tem outra aqui que fala assim, que ela sai porque ela pega os homens bêbados, vai para o hotel e às vezes transar, às vezes não transa, mas é para roubar. (ES4)

No caso de algumas adolescentes femininas em situação de acolhimento, o sexo seria uma moeda de troca utilizada para galgar alguma vantagem em benefício próprio ou por proteção das violências (Carinhanha, 2009). Percebe-se que as adolescentes femininas não estariam em busca de relações afetivas duradouras ou estáveis, e sim estratégias de defesa de si mesma contra as violências.

Segundo Carinhanha, Penna e Ribeiro (2021), as violências têm desenhado a realidade vivenciada pelas adolescentes, favorecendo uma baixa autoestima. Para as autoras, a maneira que elas se expõem aos riscos para um ganho financeiro rápido e fácil torna-se mais interessante do que se sujeitar a um emprego não qualificado ou à escassa ajuda do Estado. No intuito de oferecer novas oportunidades às adolescentes femininas acolhidas, geralmente, além de elas estarem matriculadas na escola, a fim de que as trajetórias escolares não estejam comprometidas devido ao processo de acolhimento, elas são inseridas no programa de “Jovem Aprendiz”.

Miura *et al.* (2014) relata que a escola para as adolescentes acolhidas nem sempre parece ser atrativa ou uma oportunidade para novos projetos e sonhos. Há de se pensar que a valorização da educação faz parte de uma construção que deve acontecer na esfera familiar. E que para as adolescentes femininas, esse processo ocorre de maneira equivocada, comprometendo o desenvolvimento da pessoa, bem como o preparo para o exercício da cidadania e uma consciência crítica.

Fonseca (2017) aponta que durante o período de acolhimento, os adolescentes deveriam estar inseridos em contextos, por exemplo, família, escola e instituições sociais, que possam garantir a proteção de seus direitos fundamentais, porque teriam suas necessidades físicas, sociais e emocionais supridas, além de vivenciar experiências positivas que oportunizassem maiores expectativas de sucesso. De certo modo, ainda que a unidade de acolhimento insira a adolescente feminina acolhida no espaço escolar, ela nem sempre consegue mensurar a importância deste espaço de transformação, ainda que rejeite os espaços escolares. De fato, a discriminação, o desrespeito e a falta de sensibilidade para lidar com este grupo nos espaços escolares, até mesmo pelos próprios alunos, que por mais que vivam de forma precária, consideram-se superiores por terem uma casa e uma família (Carinhanha; Leite; Penna, 2008).

Apesar de grande parte das educadoras sociais alçarem o ensino superior, talvez não consigam trabalhar estratégias que possam sensibilizar as adolescentes femininas acolhidas, ao ponto de quebrarem a cadeia de vulnerabilidades a partir do processo educacional. As

educadoras sociais trouxeram a constante exposição aos riscos e o perigo do sexo desprotegido e encontros sexuais esporádicos com diferentes parceiros.

E se elas [adolescentes] saírem para algum evento, se der “mole”, elas acabam fazendo [sexo] por fazer com qualquer desconhecido. (ES6)

Elas só falam que fez[sexo], o que aconteceu durante [relação sexual], é até difícil, às vezes, de compreender[linguajar]. (ES17)

A exposição das adolescentes à prática do sexo desprotegido tem sido uma realidade. A multiplicidade de parceiros sexuais torna-se um fator de risco quando se leva em conta a ausência de cuidado da adolescente feminina acolhida, e, ao mesmo tempo, a não preocupação com as possíveis consequências como resultado das escolhas sexuais inadequadas.

A história de vida de cada adolescente feminina acolhida, geralmente, apresenta uma reprodução das realidades que são vivenciam no ambiente doméstico. Esse ambiente, comumente, é dividido com vários membros da família, onde não há privacidade para os moradores. Talvez, para elas, fazerem sexo com desconhecidos tenha sido a sua realidade e entendem que não há nada de anormal.

Ao mesmo tempo, acredita-se não ser fácil uma adolescente feminina acolhida com pouco ou nenhuma escolaridade conseguir fazer escolhas assertivas. Entende-se que para que a sexualidade possa ser vivenciada na sua plenitude se faz necessária a compreensão acerca da responsabilidade de cada indivíduo no processo de escolhas relacionadas à proteção das IST e gestações não planejadas. Geralmente, as mulheres acreditam que a possibilidade de contaminação por uma IST está relacionada a comportamentos considerados desviantes, sendo provável na vida de quem não vivencia um relacionamento estável (Moura *et al.*, 2021).

Há poucas produções que aprofundem as discussões acerca da saúde sexual e sexualidade de adolescentes femininas em situação de acolhimento. Na maioria das vezes, as produções científicas estão atreladas à saúde sexual e reprodutiva, com maior enfoque nas gestações não planejadas, e, em um segundo momento, nas ISTs (Couto; Rizzini, 2020).

A abordagem da temática acerca da saúde sexual pelas educadoras sociais parece uma tarefa difícil, principalmente, em decorrência dos preconceitos, dos valores, das desinformações e das fragilidades que tanto elas quanto as adolescentes femininas trazem a esse respeito. Tais fragilidades são pouco exploradas no âmbito familiar e nos serviços de saúde como temáticas que fazem parte da natureza humana. De fato, abordar a educação sexual deveria acontecer através dos vínculos primários, tendo a família como referência, e, em um segundo plano, como prática pedagógica nas escolas e demais instituições sociais.

Para que o trabalho seja desenvolvido junto com adolescentes, o diálogo e a comunicação horizontal devem ser o principal instrumento, especialmente quando se trata de assuntos considerados fatores de risco para sua saúde física e mental (Ferreira; Santos, 2019).

Outras falas das educadoras sociais dizem respeito às relações homoafetivas entre as adolescentes femininas nos espaços de acolhimento.

Assim, muitas aqui se relacionam com meninas que são lésbicas. E também tem as adolescentes que se relacionam com homem. Eu respeito, cada um na sua, né! (ES10)

Elas têm relações entre elas. Porque, assim, elas sentem necessidade de transar. Elas estão sentadas ali, daqui a pouco, uma olha para outra: “Ai gente! A gente sente aquela atração uma pela outra, tia”. Meu Deus, que é isso? (ES3)

Essa adolescente até que ela fala “Ah, tia, eu peguei fulano”, pega garoto, pega menina, mas acho que isso também é muito da cabeça dela. (ES4)

Tem umas meninas que falam que gostam de menina e umas que falam que gostam dos dois. Eu fico ali só escutando. Eu não posso ser invasiva. Porque eu acho que é muito pessoal. (ES11)

Para as educadoras sociais, as relações homoafetivas têm sido uma realidade nos espaços de acolhimento. Percebe-se que a orientação sexual das adolescentes femininas causa um impacto nas educadoras sociais. Para elas, há um sentimento de estranhamento ao depararem com tal comportamento sexual das adolescentes femininas, que, nesta fase, adentram no campo da experimentação sexual e da hipersexualização.

Geralmente, a adolescência é o período crítico do desenvolvimento da sexualidade, sendo que é nesta altura ocorre o primeiro contato sexual com pessoas do sexo oposto, contudo, sendo comum que estes contatos sejam com pessoas do mesmo sexo (Canudo, 2021; Taquette; Rodrigues, 2015). É neste período que ocorre a fase de experimentação e de conhecimento do próprio corpo e que tende a contribuir para a construção da futura identidade sexual - seria na adolescência a definição da orientação sexual (hetero, homo e bissexual) (Taquette; Rodrigues, 2015; Freitas Junior, 2020).

Para a educadora social, o fato de a adolescente relacionar-se com menino e menina (a bissexualidade) seria algo da cabeça delas, do imaginário ou mesmo a experimentação da sexualidade.

A sexualidade entre pessoas do mesmo sexo tem sofrido, ao longo dos anos, mudanças nos discursos sociais (Neves, 2016). Para o autor, na atualidade, esses discursos

levam a uma visibilidade social indubitável, assim como ao aumento dos direitos que são agora reconhecidos às minorias sexuais.

Ainda que as educadoras sociais se mantenham distantes do assunto e tragam em seu discurso o posicionamento de apenas escutar sem ser invasiva, tal conduta demonstra que respeitam a orientação sexual, contudo, percebe-se ainda uma barreira invisível nessas discussões. O comportamento das educadoras sociais parece demonstrar um desvencilhar de qualquer posicionamento acerca da temática que possa trazer uma dificuldade ou desconforto entre os pares no espaço de trabalho.

Em temáticas um tanto quanto espinhosas que dizem respeito à sexualidade, orientação sexual, o “não dito”, geralmente, é percebido pelos profissionais que optam por não abordar a temática. Essa é a realidade em quase todas as esferas da sociedade e apontam a dificuldade no tema, sendo a saúde sexual da população jovem envolta em preconceito (Araújo *et al.*, 2020).

A homossexualidade ainda tem sido considerada um desvio à norma social, sendo encarada por algumas gerações como contra a natureza, conduzindo a atitudes e práticas permeadas de juízos de valores (Neves, 2016). Essa também foi uma realidade identificada junto às estudantes de medicina. Habitualmente, os estudantes e os profissionais que se dedicam ao cuidado em saúde se mostram embaraçados diante de demandas relacionadas à esfera sexual dos usuários (Costa-Val, *et al.*, 2022). Para os autores, a não abordagem do tema gera uma relação superficial com os usuários que buscam qualquer tipo de serviço. Segundo Neves (2016), a persistência da discriminação e do preconceito, no que diz respeito à orientação sexual, ainda surge nos discursos.

As educadoras sociais trazem falas acerca da importância da valorização das relações afetivas pelas adolescentes femininas, e que não sejam apenas de momento ou superficiais, mas com um parceiro fixo.

Elas falam, “Ah tia, eu tenho dois, três parceiros”. Eu falo que ela não pode ter dois, três parceiros. (ES2)

Elas não têm uma pessoa fixa, né? Aí tem que ver, né, se também a pessoa que elas [adolescentes] ficam tem um histórico legal. (ES10)

Não digo que não precisa de ter amor, mas você conhece a pessoa, está se relacionando, não tem isso com elas [adolescentes]. (ES6)

As educadoras sociais sinalizam que as adolescentes femininas se relacionam sexualmente com uma multiplicidade de parceiros. Tal comportamento sexual remete as educadoras sociais à realidade contrária a que elas acreditam, ou seja, a importância de ter um parceiro fixo.

A ideia de investigar ou saber a procedência deste parceiro fixo tem a ver com a carga de representação que os relacionamentos afetivos possuem para as educadoras sociais. Condiçãoam que, necessariamente, não seria preciso ter amor, mas que este relacionamento seja com alguém conhecido ou que tenha procedência. De certo, os relacionamentos apresentam, de maneira geral e na atualidade, uma volatilidade que tem sido vivenciada pela maioria dos indivíduos. Não seria diferente para uma adolescente feminina em situação de acolhimento, com os níveis hormonais em ebulição e uma maior vulnerabilidade pelo fato de elas apenas “ficarem” nos encontros sexuais esporádicos. Desde a flexibilização das relações afetivas e dada a primazia, na época da juventude, às experimentações, tem-se uma profusão de formas de se relacionar que não se restringem ao namoro (Minayo; Assis; Njaine, 2011).

Para as autoras, desde a década de 80, uma onda entre os jovens brasileiros teve adesão em massa, a expressão ‘ficar’. O termo caracterizava uma fase de atração sexual sem maiores compromissos e sendo permitido de beijos até contatos sexuais. As características da experiência do ‘ficar’ parecem se encaixar com as da juventude, época da vida em que a sexualidade está no auge e à flor da pele e os papéis sexuais se definindo (Ribeiro, *et al.*, 2011).

Nesse ponto de vista, a vida amorosa e sexual tende a estar inserida em um contexto de procura pela identidade e da autonomia, bem como a escolha dos parceiros amorosos, sendo uma forma de aprendizado da sexualidade não restrita à genitalidade (Ribeiro, *et al.*, 2011).

Cabe ressaltar que a adolescência/juventude é também momento de grande apelo à formação de grupos de pares que exercem considerável influência sobre os padrões afetivos e sexuais (Bozon, 2004; Heilborn *et al.*, 2006). Para os autores, a sexualidade tende a ser abalizada pelo gênero e pela identidade, podendo ser vivenciada de maneira tão diversa quanto as expressões de subjetividade.

Para as educadoras sociais, as adolescentes femininas acolhidas apresentam um comportamento de acordo com a visão de mundo delas (adolescentes/jovens) e a partir do senso comum, como se tivessem conhecimento da vida como um todo. Ao mesmo tempo, as adolescentes femininas desconhecem o seu próprio corpo e percebe-se a inexistência de hábitos e cuidados de higiene.

Porque elas [adolescentes] acham que elas sabem tudo. Porque elas estão começando a vida agora. Porque elas pensam que sabem de tudo, né? (ES2)

Elas [adolescentes] não aceitam, eu falo abertamente sobre isso[cuidado saúde sexual], mas elas acham que sabem tudo, estão livres e imunes, imunes a qualquer doença. (ES6)

Elas [adolescentes] acham que estão imunes a tudo e não é desse jeito, é difícil a aceitação delas. Elas questionam demais, sempre rebatem as nossas falas. (ES11)

O manejo diário das adolescentes femininas acolhidas tende a ser um desafio para as educadoras sociais, pela complexidade das relações interpessoais que precisam ser estabelecidas. De um lado, as educadoras sociais que precisam auxiliar as adolescentes femininas no tocante às rotinas estabelecidas nas unidades de acolhimento, impondo rotinas e regras, o que, geralmente, fazem os conflitos emergirem, de maneira amena ou mais intensa. Do outro lado, um grupo de adolescentes femininas acolhidas, que chegam na unidade com realidades que, muitas vezes, estão distorcidas das regras básicas de civilidade e acabam gerando ruídos nos relacionamentos interpessoais. A rebeldia ou “sabedoria” que as adolescentes femininas trazem, geralmente, é característico da imaturidade emocional e racional, na qual elas possuem a ideia de que seriam as “donas das verdades” construídas para si mesmas.

Dentre as atividades do educador social, além de promover a justiça social, a cidadania, a inserção social, está a convivência humana e o respeito às diferenças (Brasil, 2015). Ao observar o campo de atuação do educador social, não parece desafiador, ao pensar no lidar com crianças e adolescentes que foram/são fragilizados pela sociedade. Compreende-se que é necessário que a educadora social esteja familiarizada e capacitada de modo que as relações interpessoais possam ser construídas a partir das trocas entre a educadora social e a adolescente.

Segundo Halpern, Leite e Moraes (2015), os profissionais necessitam estar familiarizados com as etapas do desenvolvimento da criança e do adolescente, as peculiaridades, os desafios e os comportamentos típicos dos jovens, especialmente dos que são vítimas de abandonos e de diversas formas de violência. Desta maneira, a priori, é necessária a capacitação para os educadores sociais que ingressem como trabalhadores nos espaços de acolhimento do país, a fim de instrumentalizar este profissional no manejo com adolescentes acolhidos.

Além dos desafios nas relações interpessoais, as orientações realizadas pelas educadoras sociais para as adolescentes sobre o corpo feminino, prevenção das ISTs, o uso de contraceptivos injetáveis e seus efeitos para evitar a gestação são outro tópico importante.

Eu converso natural, eu falo o buraquinho da menstruação é aqui, da uretra é aqui, onde que dá prazer é aqui, eu falo, entendeu? Eu acho que elas não conhecem o corpo, não sabem nem o que é prazer sexual.(ES5)

Doenças sexualmente transmissíveis, porque elas [adolescentes] não têm ideia, vamos supor, que uma seja portadora do HIV. Elas vão dizer "Fulana, não empresta uma roupa para fulana não, que ela está cheia de AIDS". Você vai conversar, elas entendem desse jeito, acham que não pegam por nada. (ES10)

Elas [adolescentes] acham que a quantidade de vezes que elas transam é que engravida. Eu falo "Gente, mas vocês saíram com alguém, transaram, e acham que precisam de um teste de gravidez, desse teste rápido?". Insistem em fazer testes e quando o resultado dá negativo, aí elas querem exame de sangue, batem o pé. Eu acho estranho, aí você vai explicar que não é assim, que elas fazem uso de contraceptivo injetável. (ES6)

No dia a dia, as educadoras sociais buscam orientar e explicar de maneira simples, para que as adolescentes femininas compreendam, por exemplo, o funcionamento do corpo humano. Esse cuidado tende a ser construído a partir do "não formal", ou não científico ou técnico; a partir desse cuidado que as educadoras sociais procuram compartilhar o conhecimento que possuem, à medida que os assuntos surgem ao longo da jornada de trabalho.

Para as educadoras sociais, o desconhecimento acerca de questões básicas do cuidado com o seu próprio corpo, implica no cuidar de si mesma. Desenvolver o autoconhecimento de si e do seu próprio corpo tende a ser fundamental para a mulher, neste caso, a adolescente feminina. Há de se pensar que as adolescentes femininas acolhidas chegam a essa fase da vida em desvantagem, se levado em conta que na infância seria o ambiente de maior relevância na construção psíquica do sujeito (Maciel; Machado, 2022).

O estranhamento das educadoras sociais no tocante ao desconhecimento do seu próprio corpo não seria algo novo. Desde o século XX, as instituições de acolhimento cultivavam um conjunto de regras claustal, em que as crianças eram vistas como sujeitos assexuais, puros e silenciosos. Desse modo, elas eram impedidas de falar sobre questões sexuais e acabavam por cultivar falta de conhecimento sobre o corpo infantil, fazendo com que o controle se eternizasse através da coibição do comportamento (Oliveira *et al*, 2022).

As educadoras sociais relatam que as adolescentes deveriam valorizar a higiene íntima, reforçando a importância de hábitos higiênicos.

Elas [adolescentes] têm doenças que a gente nunca pensou que um ser humano viesse a ter né? Outro dia, elas estavam falando aí que uma menina tinha, desculpa o termo, que tinha verme, tapuru [miíase] na vagina. Isso é apodrecimento em vida. Então, são situações que você fica assim: Meu Deus! Isso existe? (ES8)

Então, isso eu falo pra elas [adolescentes] que não adianta ter um tratamento médico se não tiver higienização. Então a gente bate muito nisso. Porque elas têm essa dificuldade pela higienização pessoal. Então a gente trabalha muito nisso. (ES7)

A fala da educadora social aponta o total flagelo que algumas adolescentes femininas acolhidas chegam na unidade. Primeiramente, pela família e a seguir pelo Estado. Tal condição demonstra total ausência de cuidado com essa, agora, adolescente feminina, mas que, certamente, na infância também vivenciava os maus tratos. Talvez as educadoras sociais tenham uma concepção equivocada de que todo indivíduo possui hábitos higiênicos. Os hábitos, geralmente, são construídos ou são constituídos ao longo da vida e de maneira paulatina desde a infância, através das relações entre família e comunidade.

Segundo Rocha e Silva (2018), por ser um hábito saudável, a higiene deve ser voltada para as crianças pequenas, de modo que elas possam compreender a relação entre higiene e saúde, assim como entender que as doenças também podem ser transmitidas a partir da falta de hábitos saudáveis. Mais uma vez, torna-se claro que a adolescente feminina que se vê com “miíase” em sua genitália, certamente, em sua infância, não teve a construção de hábitos saudáveis como a higiene. Segundo Papalia, Feldman e Martorell (2013), crianças que vivenciaram os maus-tratos podem apresentar interferência no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, e seus efeitos podem continuar na idade adulta.

Reflete-se ser possível que as educadoras sociais não consigam compreender o descuido ou as vulnerabilidades que as adolescentes femininas vivenciam. Entende-se que, primeiro, as vulnerabilidades alcançam o indivíduo no micro (família), mas a origem se deu na esfera macro (Estado), pela ausência de ações que comprometessem a condição social da família (educação, saúde). E que, talvez, nem todas as famílias, e, conseqüentemente, as adolescentes femininas acolhidas, consigam se desvencilhar do flagelo social que lhes fora imputado. Tal realidade produz sentimento de frustração ao deparar com uma gama de políticas públicas que foram implantadas no país, a fim de proteger e garantir uma vida digna para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade. Estes relatos das educadoras

sociais reiteram o quão distante encontra-se o acesso ao direito de proteção do Estado quando a família não consegue desempenhar o seu papel.

4.4.2 Cuidados não formais desenvolvidos pelas educadoras sociais junto às adolescentes em acolhimento institucional

Na segunda subcategoria, construída com 252 UR, as educadoras sociais apresentam as estratégias e rotinas do cuidado não formal junto às adolescentes femininas, no tocante à saúde sexual (gravidez não planejada, IST), o diálogo como ferramenta para valorização e sensibilização da adolescente como forma de cuidado, a escuta ativa na construção vínculo e a educadora social como referência para as adolescentes acolhidas.

[De que maneira você aborda essas questões sobre saúde sexual?] Primeiramente, a gente diz assim, quando elas chegam assim, geralmente, a gente já as encaminha pra uma clínica da família, né? Pra fazer os primeiros testes. Elas fazem o da gravidez, faz do HIV, faz pra ver se tem sífilis. Entendeu? (ES2)

É, porque o que a gente faz é isso: a gente leva no médico, pra clínica da família. Elas fazem os testes rápidos, o da gravidez, faz do HIV, faz pra ver se tem sífilis. (ES7)

As educadoras sociais são responsáveis por conduzir as adolescentes femininas acolhidas que chegam na unidade até os serviços de saúde, a fim de serem examinadas e seguirem as rotinas de saúde já estabelecidas como fluxo de assistência à saúde. Considera-se que rotina de saúde estabelecida para as adolescentes acolhidas segue o modelo biomédico. Elas são encaminhadas para a unidade básica de saúde (UBS) de referência da unidade de acolhimento.

Coincide-se que as rotinas de saúde para as adolescentes femininas acolhidas ocorrem de maneira pontual e este atendimento à saúde está diretamente relacionado a uma demanda curativa, demonstrando um atendimento que está distante do modelo de atenção à saúde dos adolescentes, pautados na integralidade.

Esta realidade é corroborada no estudo de Melo *et al.* (2021), realizado com adolescentes que buscaram atendimento em uma UBS do município de Olinda-PE. Foi identificado que o número de consultas realizadas pelos adolescentes não estava adequado ao recomendado MS e que a procura ocorre de maneira curativa. Os autores evidenciaram que o

Ministério da Saúde estabelece que o adolescente realize, no mínimo, uma consulta médica e duas consultas de enfermagem por ano, (Brasil, 2018d).

E quando chegam [unidade de acolhimento], elas vão ser tratadas, a gente vai acolher, vai levar no médico.(ES9)

Primeiramente, a gente diz assim, quando elas chegam aqui na unidade, assim, a gente já as encaminha pra uma clínica da família, né? (ES2)

Para a educadora social, a adolescente feminina precisa ser tratada e a qualquer indício de dor ou algo que mereça ser tratado de imediato, ela é encaminhada para um atendimento médico. O olhar medicalizado das educadoras sociais assemelha-se ao cuidado da saúde sexual que elas mesmas promovem a si mesmas. As educadoras sociais sinalizam que a assistência à saúde das adolescentes femininas acolhidas ocorre de maneira pontual, e, geralmente, estão voltadas para as ISTs e as gestações não planejadas.

A sífilis, geralmente, muitas delas [adolescentes] que chegam com sífilis. Elas não usam camisinha. (ES2)

Aqui eu que levei a adolescente para fazer tratamento de saúde e descobriu que estava grávida e com sífilis. A sífilis passou para a criança e essas coisas todas sobre DST, né? (ES3)

As educadoras sociais apontam que o foco da assistência à saúde das adolescentes femininas está voltado para a IST. A carência de cuidado da própria adolescente feminina, o sexo desprotegido, o desconhecimento do seu próprio corpo e a ausência de hábitos de higiene, de certa maneira, contribuem para o adoecimento recorrente por ISTs que poderiam ser evitadas, como sífilis, gonorreia, entre outras.

Ultimamente, no país, tem chamado atenção o aumento da prevalência de sífilis na fase da adolescência (Araújo; De Faria; Araújo, 2021). Para os autores, os expressivos números da epidemiologia mundial da sífilis e o adoecimento por sífilis na fase da adolescência, reforça a relevância desse agravo como problema de saúde pública. Nesse estudo de revisão foi possível observar uma lacuna em relação à metodologia de educação em saúde voltada para o público adolescente, especialmente de prevenção à sífilis, ressaltando, desta forma, a real necessidade da criação de estratégias de educação em saúde para adolescentes.

Entende-se que para trabalhar as questões acerca das ISTs seria importante que as educadoras sociais recebessem cursos de capacitação para abordarem as temáticas nos

momentos oportunos no manejo com as adolescentes acolhidas. Vale lembrar que os adolescentes, em geral, têm um “pensamento mágico”, iniciam a vida sexual sem o uso de camisinha e creem que não estão suscetíveis à gravidez não planejada ou uma infecção por alguma doença (Martins, 2013). Intuiu-se que nos espaços de acolhimento institucional as medidas tendem a ser mais impositivas no tocante aos métodos contraceptivos, haja vista que as adolescentes femininas não se posicionam efetivamente para evitar as gravidezes.

Essa é a orientação que a gente dá para elas [adolescentes]. Porque muitas delas não tomam remédio [contraceptivo oral], mas toma injeção de 3 em 3 meses. Geralmente, elas não querem. “Ah, tia! Mas eu não quero, porque tá me engordando” “Mas é necessário, ou então você vai ter que tomar os remédios todo dia”. (ES16)

Teve até um fato comigo que a adolescente veio falar: “Ah, tia! A injeção [anticoncepcional injetável] engorda?” (ES10)

As educadoras sociais seguem conforme as rotinas de saúde e apontam que as adolescentes femininas não possuem escolhas no que diz respeito à prevenção da gravidez. No cronograma de assistência, há duas possíveis alternativas de contraceptivos para essa faixa etária: o injetável, administrado de 3 em 3 meses; e o uso diário do contraceptivo oral. Deduz-se que não existem escolhas pelos métodos contraceptivos pelas adolescentes femininas. Ela ocorre de maneira impositiva, e, talvez, isso se deva à possibilidade de as adolescentes apresentarem uma chance maior de uma gravidez não planejada. De fato, a imposição acerca da escolha dos métodos contraceptivos fere a autonomia reprodutiva, ou seja, o direito da mulher adolescente a fazer escolhas de forma livre sobre a contracepção, a gravidez e o parto (Santos *et al.*, 2022).

A escolha ou não pelos métodos contraceptivos perpassa por discussões maiores, a começar pela oportunidade de conhecer outros métodos contraceptivos, que estes estejam disponíveis e que tanto as adolescentes quanto as educadoras sociais possam realizar as suas escolhas de maneira consciente e não de maneira impositiva. A autonomia reprodutiva tende a oportunizar o planejamento das decisões futuras da população feminina, permitindo que usufruam de uma vida como ser social integral, que, entre outros interesses, pode escolher seu futuro reprodutivo (Santos *et al.*, 2022).

Há de se pensar que nem todas as mulheres têm acesso aos vários métodos contraceptivos e, geralmente, lançam mão do método mais prático e de fácil acesso: os contraceptivos orais (a pílula). Entende-se que as educadoras sociais precisam de maior instrumentalização acerca do direito e acesso à reprodução e de que existem outros métodos

contraceptivos. Deve haver maior divulgação acerca do direito de a própria mulher de escolher quando e se irá acontecer a reprodução, para que todas tenham acesso a esse direito. Quando se fala em métodos, que estes possam oferecerem melhor qualidade e segurança para a mulher na regulação da sua própria fecundidade.

O direito e o acesso devem ocorrer de maneira livre e consciente para a mulher, abrangendo, principalmente, os riscos e os agravos devido ao uso indiscriminado e sem acompanhamento profissional. Entende-se que a temática sobre a reprodução deve ser discutida no âmbito da atenção básica de saúde e tem sido discutida e organizada nesta esfera de saúde desde 1994, mas com poucos avanços que pudessem garantir sua oferta. Nesse período, o planejamento reprodutivo já era um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças (Brasil, 2013a). Entretanto, este recurso ainda não tem sido alcançado por grande parte da população brasileira. Tais ações tendem a contribuir para uma prática sexual mais saudável, possibilitando o espaçamento das gestações e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades.

Desta feita, o planejamento reprodutivo tem sido o termo mais adequado que planejamento familiar para as discussões sobre fecundidade. O Planejamento Familiar (PF) foi regulamentado no país, e desde então, outras possibilidades de métodos contraceptivos tem sido oferecido à população feminina no país (Brasil, 1996). Atualmente, a escolha e o acesso aos métodos contraceptivos apresentam um nó para os serviços de saúde, mas, ainda assim, existe uma variedade de métodos que podem ser escolhidos pelas mulheres nas diversas fases da vida.

Entende-se que a mulher pode realizar uma escolha assertiva no tocante ao método contraceptivo de eleição, mas seria necessário que o acesso à informação lhe fosse garantido, para que ela pudesse escolher, de forma livre e consciente, o melhor método para ela. É possível encontrar mulheres adultas que desconheçam outros métodos contraceptivos que não sejam a pílula e a laqueadura. Há de se pensar de que maneira as educadoras sociais conseguiriam compartilhar acerca de outros métodos contraceptivos, sendo que algumas profissionais podem não conhecer, e, ao mesmo tempo, precisariam respeitar o direito da adolescente feminina. Estes questionamentos emergem no sentido de que as educadoras sociais desempenham o seu papel e atividades já estabelecidos pela instituição.

No caso de uma gestação não planejada, seguem-se os cuidados a partir do pré-natal, que busca identificar e garantir uma gestação saudável. Estas gestações em adolescentes têm contribuído na evasão escolar. Um estudo realizado junto a adolescentes, mães adolescentes e

adolescentes grávidas acolhidas, identificou que todas as adolescentes não gostavam da escola e nem de estudar (Miura *et al*, 2014). Para os autores, a unidade de acolhimento pode ser um ambiente protetor e acolhedor, ao menos durante o período gravídico-puerperal das adolescentes. Isso possibilitou que elas realizassem o pré-natal de maneira contínua, fossem acompanhadas durante o trabalho de parto e parto, bem como regressassem à escola e ingressassem no mercado de trabalho.

As educadoras sociais acreditam que as adolescentes femininas, ao evitarem uma gestação não planejada, não comprometeriam o seu processo de escolarização, por entenderem que através da educação poderia ser possível a mudança da condição social de cada adolescente feminina, sendo necessário empregar um esforço maior dela, caso ela seja esteja na condição de mãe. Por ser um grupo de educadoras sociais que acessaram o ensino superior, reconhecem que a educação “gera poder”, como mola propulsora para mudanças de realidades individuais e sociais.

Geralmente, aqui no trabalho com elas [adolescentes] que já vêm com um filho ou grávidas, eu falo para elas não arrumarem outro filho. Aqui na casa, elas tomam injeção [contraceptivo injetável], pra não arrumar outro filho, e não ficar se enchendo de filho. (ES15)

Como elas [adolescentes] têm filho, para elas pensarem duas vezes, antes de fazerem qualquer coisa, a gente tenta dar conselhos, entendeu? (ES18)

As educadoras sociais, a partir do diálogo, investem na sensibilização das adolescentes femininas a evitarem uma gestação não planejada, justificando suas orientações pela própria condição de vida da adolescente. Parece que a preocupação das educadoras sociais se deve pela dificuldade que possa encontrar para cuidar e criar seu filho, principalmente, por elas não possuírem o mínimo de condições, neste momento de acolhimento, sejam elas econômicas, emocionais para dar conta desta responsabilidade.

Eu converso abertamente com elas de doenças. Eu falo que um filho a gente acaba correndo atrás para sustentar, mas, falo que é importante elas se prevenirem com preservativo, mas é difícil a aceitação delas. (ES6)

O tema voltado para a saúde sexual precisa ser discutido nos espaços de acolhimento, haja vista que existem espaços específicos para acolher adolescentes femininas. Acredita-se que discutir as temáticas relacionadas à saúde sexual, sexualidade, sexo deve fazer parte do Plano Pedagógico de cada unidade de acolhimento. Dessa forma, talvez confira para a

educadora social ferramentas para uma melhor discussão, caso seja necessário dialogar sobre esses temas com as adolescentes acolhidas.

Diante das realidades encontradas, as educadoras sociais acreditam que o uso de contraceptivos seja uma solução para elas não engravidarem. Ainda assim, mesmo que orientem quanto a importância do uso da camisinha nas relações sexuais, nem sempre as adolescentes femininas conseguem seguir as orientações das profissionais. De certa maneira, ainda que as educadoras sociais pensem e acreditem no livre direito a reprodução da mulher, elas reconhecem que essa reprodução precisa ser com responsabilidade, talvez por vivenciarem uma gestação não planejada e as dificuldades decorrentes dessa falta de planejamento familiar.

As educadoras sociais trazem a história de vida das adolescentes acolhidas entrelaçadas com as dificuldades e comparam com a sua história de vida, conferindo um cuidado em abordar algo que as adolescentes não entendam.

E para nós [educadoras sociais] que trabalhamos com essas adolescentes, né? Que eu vejo como desafio para nós, elas trazem uma história de vida muito difícil. (ES17)

Cada uma [adolescente] tem uma história de vida diferente. E eu tenho a minha, totalmente diferente delas, né? Aí eu fico com receio de estar falando algo que elas não entendam. Entendeu? (ES10)

As educadoras sociais tendem a estabelecer as suas condutas, em relação às adolescentes, a partir da compreensão acerca das histórias de vida de cada acolhida. Na maioria das vezes, pode haver relatos de violência intrafamiliar. Essas histórias de vida acabam influenciando o olhar dessa educadora social sobre a saúde sexual dessas adolescentes.

A educadora social tem atuado subsidiando os indivíduos que se encontram em situação de risco ou vulnerabilidade social, ou seja, uma população que vive um quadro de humilhação social, privada de condições básicas, como educação, saúde, lazer, saneamento básico, trabalho, moradia e segurança (Romero *et al.*, 2016). Para os autores, a educadora social tem como *práxis* em seu trabalho o atendimento e o acolhimento de pessoas com deficiência, crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de rua, e o contato com realidades que mexem com a saúde mental.

Essa realidade foi corroborada no estudo realizado por Félix (2018) junto as educadoras sociais em uma unidade de acolhimento localizada no município do Rio de Janeiro. O autor identificou que seria de extrema contribuição se as educadoras sociais

recebessem algum tipo de suporte pelo serviço de saúde mental especializado, partindo da premissa de que as educadoras sociais, ao compreenderem melhor suas emoções e limitações, poderiam dar um suporte mais seguro às demandas apresentadas pelos adolescentes acolhidas.

Na fala das educadoras sociais, quando a adolescente está na condição de gestante ou com filhos pequenos e chegam na unidade de acolhimento, existe uma rotina especial para acolher e atender o binômio.

Como elas têm filho, para elas pensarem duas vezes, antes de fazerem qualquer coisa. A gente fala para se cuidarem, para ter mais cuidado, entendeu? Ainda mais que elas já têm filhos ou estão grávidas. Não sei se é seguido, mas a gente tenta dar conselho no sentido de elas buscarem outras oportunidades para a vida delas. (ES16)

Elas são cuidadas, quando tá gestante, e quando estão grávidas, vão para Maternidade Carmela Dutra. E, quando elas tiveram o bebê, aí vem com anticoncepcional. (ES17)

Nos discursos das educadoras sociais, percebe-se que as orientações às adolescentes que se encontram na condição de gestante ou mãe reforçam que elas precisam ter um cuidado redobrado, tanto no sentido de evitar uma nova gestação, quanto na condição de mãe, em que terão outras responsabilidades, como, por exemplo, no cuidado com o recém-nascido e consigo mesma. Ainda que as educadoras sociais possam auxiliá-las no manejo com o recém-nascido durante o período de acolhimento, essa ajuda nem sempre será possível.

Félix (2018) aponta que, por vezes, a maternidade emerge como uma escolha, mas ela também pode estar permeada dos processos de violências que foram inevitáveis na vida das adolescentes acolhidas.

A gestação de adolescentes tem sido o foco de políticas públicas através do Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez de Adolescentes, iniciativa do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos (Brasil, 2022).

Em 2020, registrou-se que a cada mil brasileiras entre 15 e 19 anos, 53 tornam-se mães - no mundo são 412. Comparando os países, a média brasileira é maior que a média mundial. Os dados reforçam a necessidade de tratar a gravidez na adolescência não só como uma questão de saúde pública, mas também de educação e de direitos humanos (Brasil, 2022).

Quando a adolescente feminina se encontra na condição de acolhida, há uma necessidade de um olhar especial, principalmente, na condição de gestante, fazendo jus à atenção especial necessária durante o ciclo gravídico-puerperal, por ser um grupo de alta vulnerabilidade, sobretudo quando apresenta idade precoce, em o índice de nascimentos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso tem sido elevado (Santos *et al.*, 2022).

As unidades de acolhimento que recebem as adolescentes, geralmente, possuem um fluxo de atendimento nos serviços de saúde para atender o binômio mãe/bebê. Estudo realizado por Miura *et al.* (2014) em uma unidade de acolhimento que recebe adolescentes gestantes ou com filhos, sinalizou que todas quando chegam na instituição são matriculadas no pré-natal regularmente, o que contribui no acompanhamento da saúde do binômio, bem como para a prepará-las para o parto.

De fato, estar num espaço de acolhimento pode trazer segurança para a adolescente gestante ou na condição de mãe e tende a levá-la a refletir a necessidade de mudança de comportamento, principalmente, porque as educadoras sociais têm a noção da responsabilidade, e que, após o nascimento da criança, a responsabilidade triplica, pois, geralmente, elas contam apenas com o apoio da família. As adolescentes acolhidas enquanto gestantes ou após o nascimento, precisam dar conta de cumprir os horários e as rotinas de acordo com as necessidades de seus filhos (Félix, 2018; Miura *et al.*, 2014).

As educadoras sociais falam sobre as estratégias dialógicas para o manejo com as adolescentes, sendo o diálogo e a escuta ativa ferramentas para construção de vínculo como forma de cuidado não formal, valorização, sensibilização das adolescentes e as educadoras sociais como referência para as acolhidas.

Assim, quando elas pegam uma certa intimidade, elas querem desabafar, elas querem conversar, desabafar e tal. (ES3)

Elas ficam atentas às coisas que eu falo, não sei se elas colocam em prática. (ES13)

Não, às vezes, elas [adolescentes] buscam a educadora social, elas querem mesmo é desabafar. (ES4)

O nosso maior trabalho é a escuta. Então, a gente escuta bastante, porque a gente tenta fazer elas terem essa confiança em nós. (ES7)

As educadoras sociais buscam construir táticas para lidar no cotidiano junto às adolescentes nas unidades de acolhimento, dentre estas estratégias, encontra-se o diálogo, que permite que ambos se coloquem nas situações que vivenciam no dia a dia e confere oportunidade de conhecer as características de cada um, bem como a construção de uma relação interpessoal de modo mais ameno.

Para Félix (2018), uma abordagem acolhedora, compreensiva e abalizada no diálogo das educadoras sociais para com as adolescentes acaba por estabelecer uma relação de ajuda, amparando-as, transmitindo interesse e receptividade, fazendo-as sentirem-se valorizadas.

O estudo realizado por Carinhanha, Penna e Ribeiro (2021) indica que o diálogo entre adolescentes acolhidas e educadores sociais inclui conselhos e orientações sobre a vida e as normas sociais, bem como exemplos de vida que ajudam a refletir sobre a realidade vivida por cada adolescente acolhida. Acolher demanda uma atitude de receptividade, o reconhecimento do próximo como um sujeito de direito e que este possui voz. Não se resume a pôr o indivíduo portas à dentro, retirando-o das ruas (Halpern; Leite; Mayara, 2015).

Para acolher, se faz necessário levar em conta o ponto de vista do outro, porque o acolhimento se faz mediante o encontro e tais encontros se dão mediante ao diálogo. No estudo de Félix (2018), os profissionais de unidade de acolhimento mencionaram em seus discursos que a ação do diálogo tende a ser um elemento presente no convívio diário da unidade, consistindo em uma prática que anima os adolescentes acolhidos, que, por sua vez, se sentem confortados pela atenção proporcionada a eles, uma vez que os adolescentes acolhidos sentem a necessidade de serem ouvidos, de contarem suas histórias, suas vivências e veem nos profissionais a referência mais próxima em quem podem confiar.

O sentimento de confiança pode gerar uma vinculação positiva com as unidades de acolhimento e o desenvolvimento de relações de afetividade entre os pares, com as equipes/educador social que atuam nessas instituições (Couto, Rizzini, 2020).

Segundo Bório *et al.* (2020), ao considerarem a formação de vínculo e o apego como ações imprescindíveis para o desenvolvimento infantil, nota-se que no contexto do acolhimento infantil, os vínculos e o apego calham de serem exercidos pelo cuidador/educador social ao invés dos pais, como ocorre com as crianças que vivem com suas famílias.

No contexto das unidades de acolhimento, a valorização e a sensibilização das adolescentes são estratégias de cuidado não formal e têm sido fundamentais para aproximação das educadoras sociais. Acredita-se que o manejo das profissionais a partir da valorização das adolescentes pode contribuir para a possibilidade de mudança do grupo.

Então, assim, eu tento dar exemplo, não quer dizer que eu seja perfeita, tipo assim, vamos nos arrumar, elas[adolescentes] falam assim: “tia, você é demais”, tem umas que ficam olhando assim; “tia, a senhora é demais”. (ES4)

Quando uma [adolescente] fala assim, que a outra é feia, falo “você não é feia, não é feia. Olha que cabelo bonito, tem que cuidar, tem que tomar um banho”, para poder levantar a moral delas [adolescentes], sabe? Eu tento fazer isso, entendeu? (ES15)

Eu procuro levantar a autoestima delas, porque são muito jovens, né, são meninas, né, sendo mãe. E aqui também, às vezes, a gente encontra, assim, uma [adolescente]

é mais magrinha, outra é mais bundudinha e outra é mais assim, assado. Então até entre elas, elas têm mania de botar defeito, “ah, você tem o peito assim e a bunda assada” e tal. Eu falo “gente, cada um tem a sua beleza”. (ES13)

As educadoras demonstram importância da sensibilização e valorização das adolescentes acolhidas durante as atividades a serem realizadas no cotidiano. Elas utilizam as oportunidades que emergem diariamente para chamar a atenção das acolhidas para olharem para si mesmas, na ideia de valorização de cada uma, a partir das características que possuem, independentemente da idade, cor da pele, escolaridade, enfim, que elas possam enxergar as suas qualidades. A valorização da adolescente alcança as questões de beleza, respeitando o biótipo de cada uma, na tentativa de desconstruir “belo e o feio”.

Geralmente, os espaços de acolhimento institucional trazem estigmas à população de crianças e adolescentes, e, geralmente, tende a comprometer a autoestima deste grupo. O preconceito e a imputação de características negativas aos acolhidos tendem a afetar sua autoestima, anular o fortalecimento e a articulação de uma rede de proteção de crianças e adolescentes (Couto; Rizzini, 2020).

As unidades de acolhimento podem representar um espaço de proteção capaz de oferecer, ainda que provisoriamente, condições para um desenvolvimento saudável (Rodrigues *et al.*, 2014). São necessárias estratégias que estimulem a reflexão social sobre as imagens e estigmas vinculados a essa população, na perspectiva de assegurar a visibilidade e reconhecimento dos acolhidos como sujeitos de direitos (Couto; Rizzini, 2020). Isso tende a resgatar a autoestima, à medida que os vínculos são estabelecidos a partir do educador social; estabelecidos os vínculos, os educadores sociais acabam por interferirem de maneira crucial na vida de adolescentes acolhidas, ajudando-as ou não a resgatarem sua autoestima (Félix, 2018).

Reflete-se acerca do desprendimento das educadoras sociais em seguirem além do cumprir regras e rotinas durante a atividade laboral nas unidades de acolhimento. Estabelecem o diálogo com as adolescentes acolhidas, trazendo momentos leveza, sem deixarem de atentar para as questões importantes a serem compartilhadas, referentes ao cuidado de si mesmas e o quanto devem se valorizar enquanto uma mulher adolescente. Através das ações dialógicas tentam descolar os estigmas sociais que as adolescentes trazem consigo.

À medida que estes laços afetivos são construídos, as educadoras sociais tendem ser a referência de adulto mais próximas delas. Para Halpern, Leite e Mayara (2015), o cuidador/educador acaba lançando mão dos seus recursos pessoais para realizar a sua função no espaço de acolhimento. Para as autoras, é inimaginável o empenho para dar conta da tarefa,

ainda mais considerando a complexidade do público assistido e a precariedade da rede de assistência.

A educadora social tende a auxiliar a adolescente acolhida no lidar a partir da sua história de vida e cooperar para o fortalecimento da autoestima e construção identitária, assim como apoiá-lo no processo de desligamento para a reinserção familiar (Ito; Azevêdo, 2021; Avoglia; Silva; Mattos, 2012; Elage *et al.*, 2011). Neste sentido dos vínculos estabelecidos entre adolescentes acolhidas e educadoras sociais, estas se tornam referências de adulto para a vida de cada adolescente.

Educadoras sociais se tornam referência para as adolescentes femininas acolhidas, a partir das relações interpessoais construídas com respeito e afeto materno, e estes são construídos a partir da convivência entre adolescentes e educadoras sociais.

Sim, eu assim já estou quatro anos aqui, já estou apegada em algumas meninas[adolescentes], entendeu? Então, acho que elas consideram mais a gente como mãe.(ES12)

Olha! Eu falo “Tô orientando como se fosse a minha filha, né? Porque se eu tivesse uma filha, eu procuro falar com ela do jeito que eu penso que seria pra mim. (ES4)

Sim, eu tenho um olhar como se fosse mesmo filhas, cuidado como mãe porque a gente está aqui no dia a dia, cuidando, né? A gente está vendo, é o processo né? As descobertas delas, então a gente está fazendo é um papel de preencher mãe. (ES14)

Para algumas educadoras sociais, os olhares para as adolescentes femininas acolhidas partem do afeto materno, ou seja, elas são percebidas e consideradas na figura de mãe. Para as adolescentes, o processo de desafiliação ocorre de maneira desgastante e sofrida, emocionalmente e afetivamente. Sendo relacionamentos salútares e não insalubres, tendem a promover a interação entre a educadora social e a adolescente, a partir do olhar de mãe. Contudo, existe um cuidado que se faz necessário para que a educadora social não ultrapasse as linhas tênues entre genitor e profissional e que não tome para si a responsabilidade de mãe/pai/responsáveis legais, mas de um profissional que atua junto à população de acolhidos, auxiliando no processo de acolhimento, seja ele temporário ou permanente.

Por causa da longa permanência das adolescentes na instituição, geralmente, recorrem à educadora social para tornar mínimas as suas dúvidas, dividir conflitos e ansiedades (Penna *et al.*, 2021). Dessa forma, estes contribuem na construção dessa referência de vida junto às questões de saúde; esse convívio diário reforça os laços, criando-se um vínculo e apego.

Geralmente, a procura por outras figuras de apego, após o afastamento de suas famílias, acaba por favorecer a criação de laços significativos entre as crianças (Kappler; Mendes, 2019). As construções de laços significativos ocorrem paulatinamente entre ambos e estes vínculos podem contribuir para mudanças e transformações assertivas na vida da adolescente acolhida. Espera-se ser possível reconhecer mudanças positivas no comportamento e na subjetividade das crianças e adolescentes a partir do investimento afetivo dos profissionais que atuam nas unidades de acolhimento institucional (Couto; Rizzini, 2020).

As educadoras sociais relatam não ter dificuldades em lidar com as adolescentes acolhidas, mas que, talvez, se fossem meninos, tornar-se-ia mais difícil. Justificam esse pensamento pelo motivo de possuírem filhas e essa condição as deixam confortável.

Não sinto dificuldade não, porque são tudo menina. Se fosse menino, eu, sinceramente, não sei, se eu teria dificuldade se fosse menino. Mas, eu tenho duas meninas [filhas] e eu acho que fica muito mais fácil. Sentimento, assim, de mãe, né? (ES11)

Assim, porque elas fazem perguntas para a gente, elas têm a gente ali, né? Então elas vão perguntar para a gente, é como se a gente fosse uma pessoa que elas estão olhando, que elas estão meio que, às vezes, está tendo um reflexo nosso, né? No espelho, quando você tem um filho, ele vai olhar para você, tudo que você estiver fazendo, ele vai te imitar, a gente tem que dar o exemplo. (ES14)

Para as educadoras sociais, há um sentimento de mãe em relação às adolescentes acolhidas, tendo em vista que as ES possuem filhas e a situação de vulnerabilidade destas acolhidas, geralmente, “fala” ao coração daquelas que compõem o dia a dia nas unidades de acolhimento. Percebe-se que este olhar de mãe faz com que haja um empenho maior para que as adolescentes consigam errar menos em suas escolhas.

As educadoras sociais expressam que devido ao fato de estarem quase todos os dias em contato com as adolescentes, essa proximidade acaba por gerar um apego e, a seguir, o sentimento de mãe. A, partir deste sentimento, percebe-se uma preocupação delas em serem modelos de condutas para as adolescentes acolhidas, alguém que elas possam se espelhar, ainda que elas, educadoras sociais, estejam distantes de ser um modelo de perfeição.

As profissionais relatam a importância em compartilhar o conhecimento que possuem com as adolescentes, sempre a partir da sua experiência de vida. Interessante que na fala da educadora social existe uma preocupação em orientar e “passar” o conhecimento que acredita ser pertinente para sua filha. E desta maneira, não permitir que outras pessoas cheguem com um outro conhecimento diferente do que ela (mãe) trouxe para sua filha.

Talvez seja possível distinguir modificações positivas no comportamento e na subjetividade das crianças e adolescentes a partir do empenho afetivo dos profissionais que atuam nas unidades de acolhimento institucional (Gulassa, 2010b). Na construção dos laços afetivos, as educadoras sociais utilizam a sua própria experiência para exemplificar as tomadas de decisões, para que estas sejam mais acertadas.

Ah, poderiam ser minhas filhas, porque eu tenho filho da idade ou até mais velho que elas [adolescentes femininas], então tenho idade para ser mãe delas” (ES14).

Percebe-se que há um empenho das educadoras sociais para que as adolescentes possam fazer escolhas acertadas como seus filhos e elas não sofram as agruras da vida. As relações positivas podem contribuir para que o acolhimento institucional seja uma fonte de apoio e satisfação para os acolhidos (Gulassa, 2010b). O acolhimento institucional deve ocorrer em um breve intervalo de tempo, e, certamente, as relações afetivas construídas neste período devem sempre respeitar esse lugar temporário de referência afetiva entre a educadora social e a adolescente. Entende-se que o contrário tende a ser mais comum, pelo longo tempo que alguns acolhidos permanecem das instituições.

Ontem eu [educadora social] cheguei preocupada, porque uma menina voltou da evasão. Eu queria saber com ela, trato como filha: “Filha, fala a verdade, você transou com seu namorado?” Ela [adolescente feminina] tem 16 anos.” (ES1)

As adolescentes acolhidas, por não estarem proibidas a saírem da unidade, seja fora do horário das atividades escolares ou pela necessidade de ir para a unidade de saúde, podem sair livremente. E, a partir da fala da educadora social, há sempre uma preocupação com essa adolescente que, após retornar para a unidade, possa ter se relacionado sexualmente e, talvez, sem proteção. Daí a necessidade de a educadora social realizar uma abordagem mais afetuosa, sem deixar de trazer a responsabilidade pelos atos, mas a fim de sensibilizar a adolescente, para que ela possa refletir sobre as suas próprias atitudes. Um manejo a partir do diálogo e da escuta tende a fortalecer os relacionamentos, bem como transformar o local de acolhimento em um ambiente seguro.

Nesse sentido, a unidade de acolhimento torna-se um lugar de proteção (Arpini; Quintana; Gonçalves, 2010) e deve focalizar em práticas que estimulem a individualidade, o desenvolvimento linguístico, o direito de ouvir, ser ouvido, expressar habilidades e a promoção de reflexões sobre suas realidades (Silva; Barros, 2018).

Foi possível perceber, diante dos achados, que as educadoras sociais constroem e desenvolvem os cuidados não formais junto às adolescentes paulatinamente e, de certa maneira, buscam atender as demandas apresentadas por elas a partir de suas experiências de vida. A ausência de capacitação em temáticas como “a melhor escolha dos métodos contraceptivos”, apontou que a decisão pelo método está mais embasada pela percepção que elas possuem não apenas para as adolescentes, mas para si mesma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível analisar as percepções de educadoras sociais acerca da saúde sexual e sua interface com os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em situação de acolhimento.

Priorizou-se a educadora social devido a sua presença, quase de maneira unânime, nos espaços de acolhimento no país. Cabe ressaltar que as adolescentes acolhidas não são infratoras, mas em condição de vulnerabilidades sociais.

As características sociodemográficas das educadoras sociais no tocante à faixa etária compreende entre 25 e 64 anos e manteve-se semelhante aos resultados encontrados em estudos voltados para as unidades de acolhimento. A presença de mulheres em idade fértil desempenhando a função de educadora social segue as questões de gênero, ou seja, marcadas pela presença da mulher em funções ligadas ao cuidado nos espaços domésticos.

Em relação à escolaridade, foi possível identificar que grande parte das educadoras sociais possui ensino médio ou é formada no ensino superior - este dado aponta uma mudança positiva, pois, outrora, os estudos apontavam uma baixa escolaridade.

A maioria das educadoras sociais se apresentou como cristã (católicas e evangélicas). Outro tópico em que também foi observada a maioria, neste estudo, foi o das autodeclarações como pretas e pardas. Esse dado não consta nos estudos voltados para as unidades de acolhimento. Interessante que tanto a educadora social quanto as adolescentes, em sua maioria, são pretas e pardas. Este dado aponta para uma realidade: o cuidar é feminino e tem cor.

O tempo de experiência de trabalho das educadoras sociais nas unidades de acolhimento apresentou um equilíbrio entre profissionais que possuem uma larga experiência no manejo junto às adolescentes e um outro grupo com uma menor experiência no contexto de acolhimento. Apesar deste equilíbrio, a permanência neste contexto apresenta uma rotatividade expressiva. Essa rotatividade pode estar relacionada ao pouco valor que a profissão agrega, como, por exemplo, a invisibilidade e os baixos salários, bem como o desgaste emocional causado pela história de vida de cada acolhida. A média dos salários percebidos pelas educadoras sociais estava na faixa de um salário mínimo e meio.

Esses dados apontam uma questão de gênero, raça e classe social. As educadoras sociais, ao desenvolverem o cuidado com as adolescentes em situação de acolhimento, tem essa atividade laboral considerada socialmente como uma atividade intrínseca ao papel da mulher na sociedade, ou seja, um cuidado da esfera reprodutiva, “natural do ser mulher”,

doméstico/familiar e, por essa razão, não precisa de capacitação. Em razão disso, são desvalorizadas, possuem baixos salários e não são vistas como requerendo capacitações específicas à prática do cuidar da saúde.

As educadoras sociais foram capacitadas com diversos temas. Entretanto, assuntos como a saúde sexual e as dimensões como sexualidade, sexo, entre outros, não foram observados entre elas. A instrumentalização das educadoras sociais se torna imprescindível devido à intensidade dos desafios que são postos diariamente junto à população de adolescentes acolhidas.

Nas características da saúde sexual e reprodutiva das educadoras sociais, destacou-se a heterossexualidade, declarada pela maioria delas, e apenas uma se identificou como homossexual. A condição de casadas e solteiras definiu a situação conjugal das educadoras sociais. Em relação à vida sexual, as mais jovens disseram que possuem uma vida sexual ativa e frequente, enquanto o grupo de educadoras sociais fora da idade reprodutiva possuem vida sexual menos ativa/inativa.

A saúde sexual causou (e ainda causa) certa apreensão e dificuldade por parte das profissionais em responder perguntas envoltas em preconceitos e tabus que abarcam a sexualidade e o sexo. Durante as entrevistas, as participantes se percebiam informadas sobre a sua saúde sexual, mas, ao mesmo tempo, se percebiam não tão informadas.

Elas possuem informações sobre saúde sexual, buscam essas informações em locais, como, por exemplo, a escola, a faculdade – para aquelas que estavam no ensino superior –, nas unidades de saúde – como um espaço para educação em saúde –, e na igreja – ainda que acontecesse de maneira discreta.

A internet, através das mídias sociais, foi o meio relatado mais utilizado entre elas para a busca de informações referentes à saúde sexual/sexo/sexualidade, realizando pesquisas diante das dúvidas encontradas no dia a dia.

Os dados encontrados apontam que as educadoras sociais cuidam da sua saúde sexual a partir das consultas ginecológicas nas unidades básicas, onde são atendidas por enfermeiras. Essas profissionais têm assistido esse grupo nas unidades de saúde, sendo responsáveis pela difusão do conhecimento e das orientações sobre saúde sexual. As educadoras também informaram que promovem sua saúde sexual a partir do autocuidado (formação familiar)

Para as educadoras sociais, a saúde sexual tem sua expressão através das relações afetivas, estáveis ou duradouras. As relações afetivas são valorizadas a partir de parcerias únicas, construídas, pela amizade, confiança entre os parceiros, de maneira afetuosa, respeitosa e de confiança. A monogamia emerge como um fator de proteção para algumas das

educadoras sociais, em que, apesar das noções de IST/HIV/AIDS e dos riscos de contaminação, elas renunciam ao uso de preservativos por estarem em relacionamentos estáveis e se dizem livres para realizarem as escolhas dos seus parceiros sexuais ou não.

A saúde sexual é expressa também pela autopercepção, pela sua condição de mulher como uma profissional. Elevam sua autoestima ao alcançarem seu próprio negócio, na possibilidade de ser uma empreendedora.

A saúde sexual tende a contribuir para uma autoestima elevada, quando vivenciada de maneira livre. Estar bem com a vida pode ser o reflexo de uma mulher bem consigo mesma. Para as educadoras sociais há uma importância no autocuidado com o corpo, em alguns momentos, de maneira exacerbada, a fim de atender aos padrões estabelecidos pela sociedade. Segundo elas, para uma saúde sexual saudável se faz necessário o equilíbrio entre mente e do corpo e este equilíbrio atravessa o cuidado com a saúde mental - relatam sinais de depressão, ansiedade, obesidade e baixa autoestima.

As educadoras sociais valorizam o sexo, ato sexual em si, reconhecem que faz bem para a vida e apontam a importância do sexo apenas pelo prazer de si mesma, independentemente de ter ou não um parceiro fixo. O sexo é a reafirmação do vínculo afetivo e deve fazer parte da intimidade do casal. É visto por elas como uma necessidade humana básica que precisa ser atendida. Entretanto, para algumas educadoras sociais, o sexo não é tudo em um relacionamento, sendo a cumplicidade e parceria fundamentais.

O cuidado da saúde sexual, para a maioria das educadoras sociais, tem sido ancorado no modelo biomédico. De modo geral, elas buscam cuidar da sua saúde sexual de maneira a seguir e atender uma rotina ginecológica. Essa rotina engloba as consultas ginecológicas, a realização de preventivo, os exames de imagens, como a mamografia e ultrassonografia de mama. Há uma preocupação por parte das educadoras sociais com o intervalo para o retorno na unidade de saúde, seja anual ou semestral, demonstrando que elas têm a noção e a compreensão da importância destes exames como um cuidado da saúde sexual.

Outro ponto em relação ao cuidado com a saúde sexual delas diz respeito à valorização do uso de preservativos nas relações sexuais: elas dizem que não renunciam ao sexo seguro, mas os dados demonstraram que no cotidiano isso não acontece. Tal condição evidencia que as educadoras sociais compreendem a importância do uso de preservativos, contudo, elas possuem uma autonomia reprodutiva frágil que não oferece condições de negociarem o uso ou não do preservativo nas relações sexuais com os seus parceiros. Observa-se ainda que as relações afetivas estáveis trazem para elas a ideia de segurança entre

o casal, devido à ideia da fidelidade, e, mesmo conhecendo os riscos do adoecimento por uma IST ou de uma gestação não planejada, o risco é preterido.

Fatores limitantes dos cuidados das educadoras sociais com a saúde sexual se relacionam com a sobrecarga decorrente do trabalho na esfera produtiva (o trabalho em si) e reprodutiva (o trabalho no ambiente doméstico), dificultado a prática de atividades físicas. Elas entendem que a ausência destas atividades acarreta um corpo fora dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, o que contribui na desvalorização da sua autoimagem.

Limitadores como a rotina diária, a vida financeira, os filhos, os afazeres domésticos e o uso de medicamentos, como contraceptivos, comprometem a libido. Desta feita, o comprometimento da vida sexual faz com que a mulher deixe de priorizar a atividade sexual na sua lista de afazeres, comprometendo o relacionamento sexual, e, conseqüentemente, o relacionamento entre o casal.

Para as educadoras sociais, as atitudes das adolescentes, geralmente, são imprudentes e intempestivas. A todo momento, tentam alertar as acolhidas, de modo a sensibilizar acerca desta prática, que pode trazer conseqüências desastrosas para a vida delas. As menores apresentam uma ausência de cuidado e desconhecimento do seu próprio corpo e com a sua própria integridade física, havendo uma exposição recorrente às ISTs ou às gestações não planejadas pelo sexo desprotegido.

O tema “sexo” faz parte da maioria dos diálogos entre as adolescentes acolhidas, e, em alguns momentos, elas permitem que a educadora social participe da conversa. O sexo para as adolescentes, em algumas situações, se torna uma moeda de troca ou de vantagem para furtarem valores e/ou objetos dos incautos. As relações homoafetivas estiveram presentes entre as acolhidas, assim como a hipersexualização nas atitudes e comportamentos sexuais. Para as educadoras sociais, apesar de as adolescentes em todo o tempo falarem sobre “sexo”, elas desconhecem o real significado, apenas dizem o que fazem, como fazem e com quem fazem sexo.

Para as educadoras sociais, além de as adolescentes apresentarem um comportamento de vulnerabilidades e intempestivo, agem como se fossem imunes às doenças e aos percalços da vida e apresentam uma “sabedoria” ímpar quando comparadas ao adulto. Entretanto, desconhecem o seu próprio corpo.

As profissionais, que recebem exclusivamente as adolescentes gestantes ou na condição de mãe com filhos pequenos, geralmente, as auxiliam a aprenderem a cuidar de si mesmas e do recém-nascido. Ainda que as educadoras sociais possam auxiliá-las, esse auxílio não exime as responsabilidades da adolescente, agora na condição de mãe. As adolescentes

são acompanhadas nas rotinas de saúde durante todo o período de acolhimento, que, basicamente, está voltado para o cuidado medicalizado, ou seja, voltado apenas para as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), prevenção de gestações não planejadas e vacinas.

A construção e o desenvolvimento dos cuidados não formais se dão através das estratégias que as educadoras sociais usam no manejo diário com as adolescentes acolhidas. Pondera-se que a educadora social se utiliza das suas experiências de vida para cuidar de maneira informal, devido à ausência de capacitação. É possível pensar que ela possa transferir o cuidado materno desenvolvido no âmbito familiar, como um cuidado profissional nas unidades de acolhimento institucional.

O diálogo ocorre de maneira sistemática, a fim de que as adolescentes compartilhem as dúvidas que surgem diariamente. A escuta ativa tem sido uma das ferramentas utilizadas a todo momento e sinalizam a valorização de escutar atentamente a adolescente, bem como trabalhar sempre com a verdade. Reiteram que trabalhar com a verdade junto às adolescentes pode promover o senso de responsabilidade e os limites que fazem parte da construção de cidadania. Diante das histórias de vida de cada adolescente, a educadora social percebe as fragilidades emocionais, a agressividade como mecanismo de defesa, o comprometimento da autoimagem e de se verem como um sujeito de possibilidades e de direitos.

Neste conjunto de estratégias, a educadora social utiliza-se da valorização e sensibilização das adolescentes no dia a dia, aproveitando as oportunidades para trabalharem as questões que o grupo apresenta uma maior carência, como, por exemplo, o desconhecimento do seu corpo, a valorização de si mesma, a importância de valorizar as oportunidades de estar na escola, bem como as atividades extramuro escolares. O manejo a partir da história de vida de cada adolescente, geralmente, ultrapassa a esfera do mecânico, requer da educadora social um toque de resiliência, para auxiliá-las no fortalecimento da autoestima e na construção da identidade.

Considera-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, as questões norteadoras respondidas e os pressupostos confirmados, haja vista que as educadoras sociais ainda vivenciam as desigualdades de gênero, raça e classe social; a presença de profissionais que possuem ensino superior, mas ainda assim, recebem baixos salários; a carência da educação permanente no tocante à saúde sexual; a falta de capacitação sobre ações de cuidado e orientações acerca da saúde sexual, não apenas para si mesma, mas para auxiliar nos cuidados não formais que são desenvolvidos junto das adolescentes acolhidas.

Entende-se que este estudo seja embrionário no sentido de que outros estudos possam aprofundar a temática da saúde sexual de educadoras sociais que atuam em unidades de acolhimento para adolescentes.

Mediante aos dados encontrados, recomenda-se que os resultados sejam difundidos, com a finalidade de expandir o conhecimento acerca do tema em questão. Primeiramente, pelo desafio de estudar a saúde sexual descolada da saúde reprodutiva. Segundo, pela provocação em aprofundar a saúde sexual e as dimensões que ela possui, como a sexualidade e sexo. E, em terceiro, buscar estratégias para impulsionar as discussões (oficinas, rodas de conversas, *workshops*) sobre saúde sexual nas unidades de acolhimento no município do Rio de Janeiro, na perspectiva de contribuir para desconstrução dos tabus que permeiam a temática.

O estudo apresentou limitações significativas: a primeira em decorrência da pandemia no país, que trouxe grandes desafios para o cumprimento das etapas, entre elas, o alongamento do período para a coleta de dados. Por ser uma temática sensível, houve a necessidade de se pensar em estratégias que não comprometesse a fase de coleta de dados.

A segunda estava na própria temática, que conferiu desafios para a execução da pesquisa, sendo necessário valorizar os *insights* durante a coleta de dados, fundamentais na condução das entrevistas, excepcionalmente, pelas perguntas realizadas que ainda causam constrangimentos para a população feminina, quando se aborda saúde sexual, sexualidade e sexo.

E a terceira, pela dificuldade em entrevistar todas as educadoras sociais que atuavam na unidade que recebe adolescente gestante e com filhos menores, devido à dinâmica de trabalho, que apresenta um diferencial. As educadoras sociais assistem o binômio mãe/bebê também nos momentos de internação hospitalar, deste modo, algumas não estavam presentes nos diversos momentos que as entrevistas foram realizadas.

Considera-se que a enfermagem pode contribuir de maneira significativa junto às unidades de acolhimento, no desenvolvimento de atividades de educação permanente para as educadoras sociais e atividades educativas que abordem a temática da saúde sexual para as adolescentes. Oferecendo possibilidades para auxiliar as educadoras sociais, de modo a desconstruir os preconceitos atrelados à reprodução, instrumentalizar sobre a temática da saúde sexual, que perpassa pelo gênero, possibilitando o trabalho com a população de acolhidas, por meio da apreensão e aplicação do conhecimento adquirido, visando à melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N., OLIVEIRA JUNIOR W. M. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *RBM Rev Bras Med.*, v. 59, n. 3, p. 179-86, 2002.
- ABDO, C. H. *et al.* Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *Int J Impot Res*, v. 16, n. 2, p. 160-166, 2004.
- ABDO, C.H.N. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento*, v. 14, n. 2, 89-91, 2009.
- ABDO, C. H. N.; FLEURY, H. J. Sexualidade da mulher idosa. *Medicina Sexual. Diagn Tratamento*, v. 20, n. 3, p. 117-20, 2015.
- ABDO, C. H. N. Elaboração e validação do quociente sexual, versão feminina: uma escala para avaliar a função sexual da mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 63, n. 9, p. 477-482, 2006.
- ABARCA, G. *Adolescência tardia ou adultoscência, para além dos 22 anos.* 2020. Disponível em: <https://abarcapsicologo.com.br/?340/artigo/adolescencia-tardia-ou-adultoscencia,-para-alem-dos-22-anos->. Acesso em: 30 set. 2022.
- AGÊNCIA BRASIL. IBGE: mulheres ganham menos que homens mesmo sendo maioria com ensino superior. 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2018-03/ibge-mulheres-ganham-menos-que-homens-mesmo-sendo-maioria-com-ensino-superior>. Acesso em: 20 set. 2021.
- ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Violência psicológica em lésbica, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, 2016.
- ALMEIDA, K. A. R. *Violências, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes em acolhimento institucional no Rio de Janeiro: RJ.* 2018. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
- ALVES, G. S. O que é sexologia clínica? 2013. Disponível em: <https://terapiando.com.br/o-que-e-sexologia-clinica/>. Acesso em: 01 nov. 2019.
- ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. ; SANTOS, M. A. Bodas para uma Vida: Motivos para Manter um Casamento de Longa Duração. *Trends in Psychology*, v. 25, n. 2, p. 487-501, 2016.
- ALVES, F. M. M.; SANTOS, B. A. Fontes e recursos de informação tradicionais e digitais: propostas internacionais de classificação. *Biblos*, n. 72, 2018.

AMARAL, F. V.; JULIANI, J. P.; BETTIO, R. W. Internet das coisas aplicada no ambiente das bibliotecas: uma revisão sistemática da literatura internacional. *Perspectivas em Ciência da Informação, Perspect. ciênc. inf.*, v. 25, n. 4, p. 80–101, out. 2020.

ANDRADE, M. M. *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico*. 10.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ANDRADE, S.S.C. *et al.* Male and female condoms: What do women of a subnormal agglomerate know. *Invest. Educ. Enferm.*, v. 34, n. 2, p. 271-279, 2016.

ANDRADE, H. S. *et al.* Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis em mulheres. *Ciência & Saúde*, v. 12, n. 1, e32124, 2019.

ARCOS-ROMERO, A. I.; SIERRA, J. C. Factorial invariance, differential item functioning, and norms of the Orgasm Rating Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 19, p. 57 – 66, 2019.

ARAÚJO, L. M., PENNA, L. H. G. A relação entre sexo, identidades sexual e de gênero no campo da saúde da mulher. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 134-8, jan./fev. 2014.

ARAÚJO, L. M. *Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas*. 2015. 286f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ARAÚJO, R.T. *Demandas de saúde de adolescentes: construindo bases para o cuidado*. 2016. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ARAÚJO, D. C. S.; FARIA, D. A.; ARAÚJO, A. Ações de educação em saúde sobre sífilis com adolescentes: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 12, e545101220577, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20577>. Acesso em: 10 mar. 2023.

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

ARAÚJO, A. S. B. *et al.* Práticas de cuidado com a saúde sexual de jovens universitárias. *Rev Fun Care Online*, v. 12, p. 1215-1220, jan./dez. 2020.

ARAGÃO, J. M. N. *et al.* The use of Facebook in health education: perceptions of adolescent students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 2, p. 265–271, mar. 2018.

ARENT, M. Gênero, Desejo e Erotismo: Um Caso de Comparação entre "Clubes de Mulheres" em Buenos Aires e no Rio de Janeiro. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 34, p. 69-92, dez. 2011.

ARPINI, D. M.; QUINTANA, A. M.; GONÇALVES, C. S. Relações familiares e violência em adolescentes em situação de rua. *Psicologia e Argumento*, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 325-336, out./dez. 2010.

ASHTON, K. That ‘internet of things’ thing. *RFiD Journal*, v. 22, n. 7, p. 97–114, 2009.

ATTIEH, E. *et al.* Feminine hygiene practices among female patients and nurses in Lebanon. *Reprod Health*, v. 13, n. 1, p. 59, maio 2016.

ÁVILA, M. B. Reflexões sobre as desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho. In: BRASIL. *Fundação Alexandre Gusmão. Autonomia econômica e empoderamento da mulher*. Brasília: Funag, 2011. p. 187-206.

AVOGLIA, H. R. C.; SILVA, A. M.; MATTOS, P. M. Educador social: Imagem e relações com crianças em situação de acolhimento institucional. *Rev. Mal-Estar Subj*, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 265- 292, jun. 2012.

AZEVEDO, M. A.; SOUSA, L. D. Empoderamento feminino: conquistas e desafios. *SAPIENS - Revista de divulgação Científica*, [S. l.], v. 1, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/sps/article/view/3571>. Acesso em: 13 abril 2023.

BACCHINI, A. M. Faz-se tudo por amor, inclusive “morre-se”: o ideal de amor romântico e a exposição de mulheres ao HIV/AIDS. 2017. f.137. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

BARBOSA, Y. C. *et al.* Fatores associados à não realização de mamografia: Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 22, e190069, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/xHPpC9rzbMttbfpBMtBNVcG/?format=pdf>. Acesso em: 14 maio 2023.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 70.ed. São Paulo: Editora: Almedina, 2016.

BARGE, I. G. *A gestão da higiene menstrual: Percepções sobre direitos sexuais e reprodutivos*. 2018. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) – Instituto Superior de Economia e Gestão. Repositório da Universidade de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018.

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.

BARROZO, L. V. *et al.* GeoSES: A socioeconomic index for health and social research in Brazil. *PLOS ONE*, v. 15, n. 4, e0232074, abril 2020.

BASSOLI, E. N.; FIGUEIREDO, V. C. N. Desafios do trabalho de educadoras sociais em casas de acolhimento. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 15, n. esp. 3, p. 2396–2410, 2020.

BAULI, R. A.; MÜLLER, V. R. Evolução e perspectivas da normatização da profissão de Educador Social no Brasil. *Convergencias - Revista de Educación*, Mendoza, vol. 2, n. 4., p. 153-171, 2019.

BATISTA, J. V. *et al.* Epidemiological profile of male mortality in Brazil, 2014-2018. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e51710515248, 2021.

BERMAN, L. *et al.* Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril.*, v. 79, n. 3, p. 572-576, 2003.

BORTOLINI, G. A. *et al.* Guias alimentares: estratégia para redução do consumo de alimentos ultraprocessados e prevenção da obesidade. *Rev. Salud Public.*, v. 43, p. 43-59, 2019.

BEZERRA, M. V. R. *et al.* Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.43, n. 8, p.305-323, 2019.

BOING, A. F. *et al.* Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 4, p. 617-23, 2012.

BORGES, C. C. Mudanças nas trajetórias de vida e identidades de mulheres na contemporaneidade. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 1, p. 71–81, jan. 2013.

BÓRIO, C. The Covid-19 economic crisis: dangerously unique. *Bus Econ.*, v. 55, p. 181–190, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s11369-020-00184-2>. Acesso em: 6 mar. 2023.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2017.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 8.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUCCHIANERI, M. M. *et al.* Body dissatisfaction: Do associations with disordered eating and psychological well-being differ across race/ethnicity in adolescent girls and boys? *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.*, v. 22, n. 1, p. 137- 46, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988. 292 p.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. 16 julho 1990. Disponível em: www.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm. Acesso em: 10 fev. 2020.

_____. *Lei nº 9.263*, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm. Acesso em: 24 abril 2023.

_____. *Lei Complementar nº 95*, de 26 de fevereiro de 1998. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp95.htm >>. Acesso em: 19 fev. 2020.

_____. *Resolução CNE/CES nº 3*, 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 18 abril 2020.

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. – Brasília, 2005a.

_____. *Projeto de Lei n.º 6.264/2005*. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Comissão Especial destinada a proferir parecer ao projeto de lei n.º 6.264, de 2005, do Senado Federal, que “institui o estatuto da igualdade racial”. Brasília, DF, 2005b.

_____. 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 fev. 2020.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). *Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. SEDH. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. CONANDA, Conselho Nacional Assistência Social – CNAS. Brasília. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem*. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_homem.pdf. Acesso em: 07 ago. 2020.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, DF, 2013b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2013c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.

_____. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Brasília: MS, 2013d.

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

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei n. 328/2015*. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de educadora e educador social e dá outras providências. Apresentado pelo senador Temário Mota em 01/06/2015. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero*. 2 ed., 2016, 118p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. *Prontuário SUAS*. Serviços de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes. Brasília, DF, 2018a.

_____. 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: Brasília, DF, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. *Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia*. Brasília, 2018c.

_____. Ministério da Saúde. *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018d.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Recomendação Nº 036*, de 11 de maio de 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco036.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de sífilis*. Ministério da Saúde. Brasília, 2021.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Prevenção Primária do Risco Sexual Precoce e Gravidez na Adolescência*. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Brasília, 2022. Disponível em: http://www.tjes.jus.br/wp-content/uploads/plano-nacional_camp_gov_fed.pdf. Acesso em: 19 mar. 2023.

BRASILEIRO, A. L.; LOURINHO, L. A. Initial training of nurses on the theme sexual and reproductive health: integrative review. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 16, e97101623232, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23232>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BRENNER C. Freud's great voyage of discovery. *Psychoanal Q.*, v. 76, n. 1, p. 9-25, 2007.

BRENOT, P.; CORYN, L. *História do sexo*. Lisboa: Gradiva, 2017.

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.

BRITO, E. S. *et al.* Identity status of adolescents living in institutional shelters. *J Hum Growth Dev.* São Paulo, v. 27, n. 3, p. 315-321, 2017.

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.

BUENO, R. K.; MAGALHÃES, C. M. C.; VIEIRA, M. L. A importância da figura masculina do cuidador/educador em instituições de acolhimento. In: CAVALCANTE, L. I. C. *et al.* (Org.). *Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: teorias e evidências científicas para boas práticas.* 1. ed. Curitiba: Juruá, 2018, v. 1, p. 115-124.

CANUDO, A. C. S. *Desconstruir Preconceitos – intimidades e sexualidades institucionalizadas.* Relatório de Estágio. 128 f. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, maio 2021.

CARINHANHA, J. I., LEITE, L. C., PENNA, L. H. G. “Minha arma é a mão”: a violência como forma de resistência. In: LEITE, L. C.; LEITE, M. E. D.; BOTELHO, A. P. (Org.). *Juventude, desafiliação e violência.* Rio de Janeiro: Contracapa, 2008. p. 141-154.

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

CARINHANHA, J. I.; PENNA, L. H. G. The violence experienced by female adolescents embraced at a shelter. *Texto contexto - enferm.* Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 68-76, mar. 2012.

CARINHANHA, J. I.; PENNA, L. H. G.; RIBEIRO, L. V. Cuidado dialógico: enfrentamento das violências vividas pelas jovens em situação de rua. *Serviço Social em Debate, [S. l.]*, v. 3, n. 1, 2021.

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 e acolhimento institucional. *Olhar de professor*, Ponta Grossa, v. 19, n. 1, p. 23-34, 2016.

CARNEIRO, M. R. B. Satisfação sexual e relacional em mulheres que experienciam orgasmos múltiplos. 2017. 67 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2017.

CARRATO, J. M; SANTOS, N. C. Naturalização do sistema binário sexual: Masculino x Feminino. *Revista Multiface*, v. 2, Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, A. S. *et al.* Exercício Físico e seus benefícios para a Saúde das Crianças: Uma revisão narrativa. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, v.13, 2021.

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, dez. 2015.

CARON, C. F. A influência da moda na ditadura da beleza feminina. In: *Anais dos Colóquios de Moda*. Faculdade de Tecnologia Senai Blumenau. 2014. Disponível em: <http://www.coloquiomoda.com.br/anais/Coloquio%20de%20Moda%20-%202006/artigos/27.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

CASTRO, E. L.; BORGES, R. D. C. Fatores que impedem as mulheres de realizarem o exame de rastreamento do câncer de mama feminino. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 84, 2021.

CASTRONOVO, C. *et al.* Viral infections of the pubis. *Int J STD AIDS*, v. 23, n. 1, p. 48-50, jan. 2012.

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

CECCARELLI, P. R.; ANDRADE, E. L. O sexual, a sexualidade e suas apresentações na atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 21, n. 2, p. 229–250, abril 2018.

CESARO, C. G. K. Políticas públicas de saúde à população LGBT: percepção das travestis que se prostituem diante da realidade da cidade de Confresa – MT. *Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, Cuiabá, v. 3, n. 5, p. 223-241, 2016.

CINTRA, A. L.; SOUZA, M. Institucionalização de crianças: leituras sobre a produção da exclusão infantil, da instituição de acolhimento e da prática de atendimento. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 809-833, set. 2010.

CORRÊA, L. S. *Serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes na região metropolitana de Belém: os ambientes, os acolhidos e os educadores*. 2016. f. 225. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Teoria e Pesquisas do Comportamento, Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília, DF: UNFPA, 2006. p. 27-62.

CORRÊA, L. S., CAVALCANTE, L. I. C. Shelter Educators: conceptions on development and care practices in play situation. *Journal of Human Growth and Development*. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 309-317, 2013.

COSTA, A. B. *Preconceito contra orientações não-heterossexuais no Brasil: critérios para avaliação*. Porto Alegre, 2012.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B. A relação conjugal diante da infidelidade: a perspectiva do homem infiel. *Pensando fam.*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 19-34, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2014000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2022.

COSTA, M. F. L, MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 7, p. 1665-73, 2007.

COSTA-VAL, A. *et al.* O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 2, 2022.

CHEDRAUI, P. *et al.* Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women. *Maturitas*, v. 68, n. 4, p. 387-90, 2011.

CRANN, S. E. *et al.* Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: A national cross-sectional survey. *BMC Women's Health*, v. 18, n. 52, 2018.

DEL PRIORE, M. *História das Mulheres no Brasil*. 7.ed. São Paulo: Contexto, 2004.

DIAS, E. G. *et al.* Percepção de mulheres sobre o exame preventivo do câncer de colo do útero na atenção básica. *Revista Espaço Ciência & Saúde*, Cruz Alta – RS, v. 10, n. 1, p. 123-132, jun. 2022.

DINIZ, G. R. S.; ALVES, C. O. Gênero e violência no namoro. In: *Violência no namoro: estudos, prevenção e psicoterapia*. MURTA, S. G; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; DINIZ, G. R. (Org.) 1.ed. Curitiba: Appris, 2015.

COUTO, R. M.B.; RIZZINI, I. *Produção acadêmica sobre crianças e adolescentes em acolhimento institucional: recomendações para o aprimoramento do serviço*. 1ª ed. - Rio de Janeiro: CIESPI, 2020. 39 p.

DUARTE, G.; SPINELLI, L. M. Estereótipos de gênero, divisão sexual do trabalho e dupla jornada. *Revista Sociais e Humanas*, [S. l.], v. 32, n. 2, 2019.

DUNNE, L. *et al.* Overconfidence, sexual health awareness and sexual health risk among young female users of sexual health clinics. *International Journal of Educational Research*, v. 71, p. 26-32, 2015.

ELAGE, B. *et al.* Formação de profissionais em serviços de acolhimento. 2. ed. *Instituto Fazendo História*. São Paulo, 2011.

ESTRELA, J. M.; MACHADO, M. S.; CASTRO, A. O “Ser Mãe”: Representações Sociais do Papel Materno de Gestantes e Puérperas. *Id online Rev. Mult. Psic.*, v.12, n. 42, suplemento 1, p. 569-578, 2018.

FARAGE, M. A.; LENNON, L.; AJAYI, F. Products used on female genital mucosa. *Curr Probl Dermatol.*, v. 40, p. 90-100, 2011.

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

FÉLIX, F. O. *et al.* Percepção de profissionais de unidades de acolhimento sobre saúde sexual e reprodutiva das adolescentes institucionalizadas. *Rev Fun Care Online*. Rio de Janeiro, v. 12, p. 654-660, jan./dez. 2020.

FERNANDES, R.S. *A maternagem em unidade de abrigo: a relação entre mães adolescentes e seus filhos*. 2012. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FERREIRA, D. C. R. R. F.; SANTOS, A. R. J. A educação não formal e sua interface com a pedagogia social: conceito, contexto e proposições da formação do sujeito cidadão. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*, Araraquara, v. 14, n. 4, p. 2275-2286, 2019.

FERREIRA, I. G.; PIAZZA, M.; SOUZA, D. Oficina de saúde e sexualidade: Residentes de saúde promovendo educação sexual entre adolescentes de escola pública. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1788, 2019.

FIRMINO, F.H. *Educação sexual de crianças e adolescentes em abrigos: o lugar do educador*. 2017. 179 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Sexual) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2017.

FOLETTI, R.; FIEPKE, R. B.; WILHELM, E. Uses of the internet as a communication medium and Information source by elderly. *Contemporânea – comunicação e cultura*, v.16, n. 2, p. 504-518, maio/ago. 2018.

FONDELLO, M.; SCIVOLETTO, S. *Mudanças emocionais e comportamentais na adolescência: o que pode ser considerado normal?* 2018. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/publico/sbu-jovem/sbu-jovem-artigos/mudancas-emocionais-e-comportamentais-na-adolescencia-o-que-pode-ser-considerado-normal/>. Acesso em: 16 fev. 2023.

FONSECA, L.; SOARES, C.; VAZ, J. As disfunções sexuais femininas. In: FONSECA, L.; SOARES, C.; VAZ, J. *Sexologia: perspectiva multidisciplinar*. São Paulo: Quarteto, 2001.

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.

FONSECA, P. N. O impacto do acolhimento institucional na vida de adolescentes. *Rev. psicopedag*, São Paulo, v. 34, n. 105, p. 285-296, 2017.

FONSECA, C. F. *et al.* Acolhimento institucional de crianças: avaliação da estrutura física, do funcionamento e da equipe de profissionais. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Uruguay, v. 10, n. 3, p. 71-92, nov. 2020.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 42.ed., 2014. 296p.

FORTES, D. C. S. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva da mulher com transtorno mental: fatores que moldam a assistência profissional. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e49310414329, 2021.

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.

FLORÊNCIO, J. P. G.; PAIANO, R.; COSTA, A. S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde*, v. 25, e0115, 2020.

FLORINDO, A. A. *et al.* Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, São Paulo, v. 4, n. 30, p. 913-924, out. 2016.

FRANÇA, A. M. B. *et al.* Saúde do homem na atenção básica: fatores que levam os homens a não procurar a assistência de saúde. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - Alagoas*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 191, 2021.

FREITAS JUNIOR, P.S. Adolescência, homossexualidade e prática docente: uma abordagem em Campos dos Goytacazes (RJ). *Revista Mundo Livre*, Campos dos Goytacazes, v.6, n.1, p. 3-21, jan./jun. 2020.

FREUD, S. *Trois Essais sur la Théorie Sexuelle*. Paris: Gallimard, 1987.

FRIGO, J. A. *et al.* Consulta ginecológica e seu potencial para produzir a integralidade da atenção em saúde. *Rev enferm UFPE*, v. 10, n. 4, p. 1299-1306, 2016.

GABATZ, R. I. B.; SCHWARTZ, E.; MILBRATH, V. M. Experiências de cuidado da criança institucionalizada: o lado oculto do trabalho. *Rev. Gaúcha Enferm.* Porto Alegre, v. 40, e20180412, 2019.

GAGNON, J. H.; SIMON, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. New Jersey: Aldine Transaction, 1973.

GAGNON, J. H.; SIMON, W. *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. New Jersey: Aldine Transaction, 2005.

GAGNON, J. H. *Uma interpretação do Desejo*. Rio de Janeiro: Gramond, 2006.

- GALLI, R. A. *Roteiros sexuais de transsexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual afetivo*. 2013. 237 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.
- GERALDO, R. M. *et al.* Preenchimento do quesito raça/cor na identificação dos pacientes: aspectos da implementação em um hospital universitário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 10, p. 3871-3880, 2022.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade*. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GIL, A. C. *Como Fazer Pesquisa Qualitativa*. 1.ed. São Paulo: Atlas, 2021.
- GIRALDO, P. C. *et al.* Hábitos e costumes de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, adornos genitais, depilação e práticas sexuais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 9, p. 401–406, set. 2013.
- GIROTTO, W. M.; AMADOR, F. S. Trabalhar, educar, acolher em abrigo institucional: percursos de uma cartografia. *Perspectivas em Psicologia*, v. 20, n. 2, 10 jan. 2017.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Tradução de Maria Célia Santos Raposo. 20.ed. Petrópolis, Vozes. 2014.
- 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.
- GOHN, M. G. Educação não formal nas instituições Sociais. *Revista Pedagógica*, Chapecó, v. 18, n. 39, p. 59-75, set./dez., 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22196/rp.v18i39.3615>. Acesso em 23 de mar. 2020.
- GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, n. 2, p. 101–109, jan. 2018.
- 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. 2, n. 4, jan./jun. 2019.
- GONZALES, G.; PRZEDWORSKI, J; HENNING-SMITH, C. Comparison of health and health risk factors between lesbian, gay, and bisexual adults and heterosexual adults in the United States: results from the Nacional Health Interview Survey. *JAMA Intern Med.*, v. 176, n. 9, p. 1344-1351, 2016.
- GROSSMAN, J. M.; JENKINS, L. J.; RICHER, A. M. Parents' Perspectives on Family Sexuality Communication from Middle School to High School. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 15, n. 107, 2018.

GUADAGNO, R. E.; SAGARIN, B. J. Sex differences in jealousy: An evolutionary perspective on online infidelity. *Journal of Applied Social Psychology*, v. 40, n. 10, p. 2636–2655, 2010.

GUALDA, D. M. R. *et al.* O corpo e a saúde da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, p. 1320–1325, dez. 2009.

GUIMARÃES, D. A. *et al.* Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. *Estud. psicol.*, Natal, v. 24, n. 1, p. 21-31, mar. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2022.

GUINCHESKI, K. S.; CECCONELLO, A. M. Processos de cuidado em acolhimento institucional: Dificuldades e aspectos positivos na visão dos cuidadores de uma casa de acolhimento no município de Xangri-Lá. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, Osório, v.7, n. 1, p. 124-147, jul. 2022.

GULASSA, M.L.C.R. *Novos rumos do acolhimento institucional*. (Org). São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010a.

GULASSA, M. L. C. R. *Imaginar para encontrar a realidade: reflexões e propostas para trabalho com jovens nos abrigos*. 1. ed. São Paulo: Associação Fazendo História: NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010b.

GUSE, K. *et al.* Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *J Adolesc Health*, v. 51, n. 6, p. 535-543, 2012.

GUTIERREZ, E. B. *et al.* Fatores associados ao uso de preservativo em jovens - inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, p. e190034, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/MTQGXDZZHgRdMZnPrW69cJk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2023.

HAACK, K. R., & FALCKE, D. Infidelid@de.com: Infidelidade em relacionamentos amorosos mediados e não mediados pela Internet. *Psicologia em Revista*, v. 19, n. 2, p. 305-327, 2013.

HALPERN, E. E.; LEITE, L. M. C.; MORAES, M. C. M. B. Seleção, capacitação e formação da equipe de profissionais dos abrigos: o hiato entre o prescrito e o real. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, suplemento 1, p. 91-113, 2015.

HEILBORN, M. L. *et al.* (Org.). *O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

HENRIQUES, T. R. P. *Determinantes dos óbitos infantis hospitalares e não hospitalares nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2019. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

HOFFMEISTER, A.; CARVALHO, L. M.; MARIN, A. H. Compreendendo o amor e suas expressões em diferentes etapas do desenvolvimento. *Rev. Subj.*, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 1-14, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235907692019000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jun. 2023.

HOOD, F. C. *et al.* Hábitos de vida e sua relação com doenças crônicas não transmissíveis na população adulta atendida em unidades de estratégia saúde da família em Pelotas, RS. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 6, p. 34995-35001, jun. 2020.

IANNELLI, A. M.; ASSIS, S. G.; PINTO, L. W. Reintegração familiar de crianças e adolescentes em acolhimento institucional em municípios brasileiros de diferentes portes populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 1, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Microdados dos censos demográficos*. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html>. Acesso em: 22 ago. 2022.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org/public/home/sitemap/icpd/International-Conference-onPopulation-and-Development>. Acesso em: 26 ago. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Conceito e Magnitude do Câncer de Colo do Útero*. Ministério da Saúde. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colodo-utero/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 22 jul. 2023.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA. *Alimentação e a saúde da mulher nas fases da vida*. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/alimentacao-e-saude-da-mulher-nas-fases-da-vida>. Acesso em: 11 maio 2022.

ITO, S. I.; AZEVÊDO, A. V. S. Educadores Sociais em abrigos destinados a crianças e adolescentes: revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, v. 14, n.1, jan./ abril 2021.

KAPPLER, S. R.; MENDES, D. M. L. F. Trocas Afetivas de Crianças em Acolhimento Institucional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, e184527, 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6j8Qfnzx7YSZDNz9hXWzWpb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 dez. 2022.

KONTULA, O.; MIETTINEN, A. Determinantes dos orgasmos sexuais femininos. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, v. 6, n. 1, p. 316-324, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3402/snp.v6.31624>. Acesso em: 04 out. 2022.

JAGER, M. E. *et al.* O corpo como meio de aceitação e inserção social: contribuições a partir de Jeffrey Young. *Boletim de Psicologia*, v. 68, n. 146, p. 37-50, 2017.

JUNQUEIRA, T. L. S.; MELO, D. S. P. O mito do amor romântico e a violência de gênero: distanciamentos e aproximações nas vozes de meninas e meninos adolescentes. 2012. Disponível em: <http://www.unicap.br/jubra/wp-content/uploads/2012/10/TRABALHO-24.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

LARA, L. A. S. Sexuality, sexual health and Sexual Medicine: current overview. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, v. 31, n. 12, 2009.

LAZANHA, T. R. *et al.* A importância da autoestima e autoimagem no desenvolvimento humano: Análise de produção científica. In: *Anais 16º Congresso de Iniciação Científica. CONITEC. – SEMESP, 2016.* Disponível em: <https://conic-semesp.org.br/anais/files/2016/trabalho-1000022894.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2023.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis: Vozes, 2011.

LEE, J. A. A typology of styles of loving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, v. 3, n. 2, p. 173–182, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/014616727700300204>. Acesso em: 11 set. 2022.

LEITE, I. D. C.; RODRIGUES, R. D. N.; FONSECA, M. D. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 20, p. 474-481, 2004.

LEMOS, 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.

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

LEWIS, R.W. *et al.* Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*, v. 1, n. 1, p. 35-39, 2004.

LIMA, F.C. A. *et al.* Experience and attitudes of teenagers facing sexuality. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 385-393, 2013.

LINS, R. N. *O livro do amor*. 7.ed., v.2. Rio de Janeiro: BestSeller, 2012.

LINS, R. N. *A cama na varanda: Arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo: novas tendências*. 15.ed. Rio de Janeiro: BestSeller. 2017.

- LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, p. 11–21, abril 2008.
- LOPES, L. A.; SOUZA NETO, J. C. Formação do educador social: a experiência do Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto *Rev. Cienc. Educ., Americana*, ano XX, n. 42, p. 129-163, jul./dez. 2018.
- LOPES, C. S. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. e00005020, 2020.
- LOPES, G. S. S. P.; SARDAGNA, M. C.; IERVOLINO, S. A. Motivos que levam os homens a procurarem um serviço de pronto atendimento. *Enfermagem Revista*, Minas Gerais, v. 20, n. 2, 2017.
- LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. *Pro-Posições*, v. 19, n. 2, p 17-23 – maio/ago. 2008.
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: Uma perspectiva pós-estruturalista*. 16.ed., 6 reimpr. Petrópolis: Vozes, 2018.
- LOURO, G. L. *et al.* (Org.) *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. 4.ed.; 2.reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.
- LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E. P. U. - Pedagógica e Universitária, 2013.
- LÜDORF, S. M. A. A caminhada como prática de resistência: uma análise a partir da visão sociológica de David Le Breton. *Sociologias*, v. 23, n. 56, p. 368–394, jan. 2021.
- MACIEL, L. M. A.; AOYAMA, E. A.; SOUZA, R. A. G. A importância do exame Papanicolau realizado pelo enfermeiro para o diagnóstico do Câncer no Colo Uterino. *ReBIS*, v. 2, n. 2, p. 88-92, 2020.
- MACIEL, M. I. S.; MACHADO, M. C. The teenager and their future perspectives in a protection hosting unit. *Revista Prâksis*, v. 19, n. 1, jan./ abril 2022.
- MACHIN, R. *et al.* Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.
- MACHADO, M. S.; SCOTT, J. B.; SIQUEIRA, A. C. Imagens sociais de adolescentes institucionalizados: uma reflexão teórica sobre concepções e estigmas. *PsicolArgum.*, Paraná, v. 36, n. 92, p. 254-269 – abril /jun., 2018.
- MAGALHÃES, C. M. C., COSTA, L. N., CAVALCANTE, L. I. C. Percepção de educadores de abrigo: o seu trabalho e a criança institucionalizada. *Rev. Bras. de Cresc. e Desenv. Hum.*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 818-831, 2011.

MAIA, L. C. *et al.* Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista Saúde Pública*, v.54, n. 35, p. 1-11, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2016. 297 p.

MARTINS, R. F. D. B. *Avaliação da prevalência da implementação do sistema HACCP e dos seus efeitos nos indicadores de segurança alimentar, em instituições de acolhimento a crianças e idosos, na região do Porto*. 2013. 352 f. Tese (Doutorado em Ciência e Engenharia Alimentar). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela. 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.

MARUANI, M.; HIRATA, H. (Org.). *As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho*. São Paulo: Ed. Senac, 2003. 368 p.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MAYNART, W. H. *et al.* A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-3, 2014.

MEIRELES, G.S. Aspectos psicológicos das disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 30, n. 2, p. 47-54, 2019. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/90. Acesso em: 21 ago. 2021.

MENEZES, L. L.; RESENDE, F. A. Importância da alimentação saudável associada à prática de atividade física em academias. 2020. 14 f. TCC (Graduação em Educação Física) - Faculdade Ciência da Vida, Minas Gerais, 2020.

MELO, E. T. *et al.* Atendimento de adolescentes na atenção básica de saúde durante a pandemia de Covid 19. *Rev Enferm Contemp.*, v. 10, n. 2, p. 315-323, 2021.

MILANESE, C. V. S. *et al.* As influências do feminismo na sexualidade das mulheres brasileiras. *Estudos em Sexualidade*, v. 2, n. 90, 2020.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R., (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

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

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 408 p.

MIRANDA, A. E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 30, n. esp. 1, e2020611, 2021. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742021000500040&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 abril 2023.

MIURA, P. O. *et al.* Vulnerabilidade cumulativa: estudo de um caso de violência doméstica, toxicod dependência e gravidez na adolescência. *Rev Esc Enferm USP*, v. 48, p. 55-61, 2014.

MOREIRA, J. S. S.; MIRANDA, V. R. Reinserção familiar: sim ou não? Diferentes facetas de uma longa e difícil história familiar. In: CARVALHO, M. C. N.; MIRANDA, V. R. (Org.) *Psicologia Jurídica: Temas de Aplicação I*. Curitiba: Juruá, 2007. p. 61-78.

MOTTA, F. *Maturidade Emocional: um desafio para os nossos tempos*. 2022. Disponível em: <https://rhpravoce.com.br/colunistas/maturidade-emocional-um-desafio-para-os-nossos-tempos>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MOURA, S. L. O. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021.

MÜLLER, V. R.; BAULI, R. A. Normalização da profissão do(a) Educador(a) Social: mitos e metas. *Ensino & Pesquisa*. Paraná, v.15, n. 2, 30-45, suplemento, 2017.

MUNHOZ, T. N. *Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional*. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

MURARI, K. S.; DORNELES, P. P. Uma revisão acerca do padrão de autoimagem em adolescentes. *R. Perspect. Ci. e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 155-168, 2018.

MYERS, D. G. *Psicologia Social*. 10.ed. McGraw Hill, 2014.

NEVES, D. Normas Face ao Gênero e à Diversidade Sexual - Mudanças inacabadas nos discursos juvenis. *Sociologia, Problemas e Práticas*, v. 82, p. 89-102, 2016.

NEVES, G. N; SILVA, D. Atividade física e o desenvolvimento da plasticidade Cerebral. *Fac. Sant'ana em Revista*, v. 2, p. 158- 169, 2019.

NEVES, M. A. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho: precarização e discriminação salarial. In: BRASIL. *Fundação Alexandre Gusmão Autonomia econômica e empoderamento da mulher*. Brasília: Funag, 2011. p. 157-175.

NEVES, M. A. Anotações sobre Trabalho e Gênero. *Cadernos de Pesquisa*, v. 43, n. 149, p. 404-421, maio/ago. 2013.

NOBRE, P. Determinantes psicológicos do funcionamento sexual. *Acta Portuguesa de Sexologia*, n. 1, p. 32-44, 2010.

NÖRNBERG, M.; MENEZES, M. Práticas de Acolhimento em Abrigo Infante-Juvenil. *Revista Contexto & Educação*. Rio Grande do Sul, v. 26, n. 85, p. 177-201, 12 nov. 2012.

NUNES, E.; SILVA, L.; PIRES, E. O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 252-260, 1 abril 2011.

NUNES, A. C. A.; SOUZA, T. M. C. Análise das vivências de violência doméstica em mulheres evangélicas pentecostais e neopentecostais. *Revista da SPAGESP*. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 58-72. 2021.

OLEMAN, E. What is sexual health? Articulating a sexual health approach to HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS Behav.*, v. 15, Suppl. 1, p. 18-24, 2011.

OLIVEIRA, A. A. P. *et al.* A relação entre saúde mental e sexual da mulher. *Humanas & Sociais Aplicadas*, v. 8, n. 22, 2018.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, E. L. ; REZENDE, J. M.; GONÇALVES, J. P. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. *Revista Ártemis*, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 303–314, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/37320>. Acesso em: 25 mar. 2023.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

OLIVEIRA, G. R., *et al.* Revisão Integrativa: olhares da psicologia sobre a sexualidade de adolescentes em acolhimento institucional. *Conjecturas*, [S. l.], v. 22, n. 15, p. 977–993, 2022.

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. IV Conferência mundial sobre a mulher. *Plataforma de ação*. Pequim: ONU, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 23 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. *Trabalho decente nas Américas: uma agenda hemisférica*, 2006-2015. 2006. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasil/documents/publication/wcms_226226.pdf. Acesso em: 22 abril 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 22 abril 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Geneva, 2011. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7684>. Acesso em: 10 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. *Saúde e sexualidade de adolescentes: Construindo equidade no SUS*. Brasília, DF: OPAS, 2017.

ORTÍN, L. R. El educador social: ética y práctica profesional. *Revista Interuniversitaria*. Sevilla, v. 19, p. 51-63, 2012.

PAPALIA, D. E; FELDMAN, R. D; MARTORELL, G. *Desenvolvimento humano*. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas (os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface* (Botucatu), v. 23, e180279, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>. Acesso em: 06 nov. 2022.

PEIXOTO, S. V. *et al.* Prática de atividade física entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, Belo Horizonte - MG, v. 2, n. 5, p. 1-9, mar. 2018.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I; RODRIGUES, R. F. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. *Rev. Eletr.Enf.* Goiânia, v. 12, n. 2, p. 301-307, 2010.

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. *Análise da estrutura de apoio à maternidade de adolescentes abrigadas*. Rio de Janeiro: UERJ, Faculdade de Enfermagem, 2012b. 138 p.

PENNA, L. H. G. *et al.* Empoderamento de adolescentes femininas abrigadas: saúde sexual na perspectiva do Modelo Teórico de Nola Pender. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 24, n. 5, p. e27403, out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.27403>. Acesso em: 01 out. 2022.

PENNA, L.H.G. *et. al.* O profissional educador social no cotidiano de adolescentes de unidade de acolhimento institucional: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 17, p. e239101724690, 2021.

PEREIRA A. A profissionalidade do educador social frente a regulamentação profissional da educação social: as disputas em torno do projeto de Lei 5346/2009. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. Araraquara, v. 11, n. 3, p.1294- 1317. 2016.

PEREIRA, A. G.; RAMOS, R. C; SILVA, C. M. Trabalho no lar, cuidado e equidade de gênero: um estudo de caso. *Revista Inter-Legere*, [S. l.], v. 5, n. 34, p. c25266, 2022.

PEREIRA, A. L.; PEREIRA, F.; JOHNSON, G. A. Os desafios cotidianos dos trabalhadores em um abrigo para crianças e adolescentes. *Emancipação*, Ponta Grossa, v. 11, n. 2, p. 189-201, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>>. Acesso em: 12 maio 2022.

PEREIRA, A. S.; SOUZA, W. F. Prazer sexual feminino: a experiência do orgasmo na literatura. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 30, n. 2, p. 31-37, 2019.

PERRUDE, M. R. S.; SILVA, A. L. F. A formação do educador no âmbito da educação não formal. *Revista do Centro de Educação*. v. 47, n. 1, p. e05/ 1-22, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/47075>. Acesso em: 1 out. 2022.

PINHEIRO, J. A.; ESPER STIVAL, M. C. E. Pedagogia Social: O Trabalho do Pedagogo em Instituição de Acolhimento. *Caderno Humanidades em Perspectivas - I Simpósio de Pesquisa Social e I Encontro de Pesquisadores em Serviço Social*, jul./2018.

PIRES, B. S. *et al.* Abordagem e avaliação dos aspectos higiênico-sanitários em uma instituição de acolhimento para crianças. *Nutrire*. Botucatu, n. 38 (suplemento), p. 226-226, 2013.

POLIT, D. F., BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9.ed. Artmed, Porto Alegre, 2018.

PORTELLA, M. R. *et al.* Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, [S. l.], v. 14, n. 1, 2017.

PLUTARCO, L.W. *et al.* A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 20, n. 1, p. 220-233, 2019.

RAMADA, K. R. B. *et al.* Saúde mental na atenção à mulher. *R. pesq.: cuid. fundam.* online. 2.ed., suplemento, p. 616-619, out/dez. 2010.

RAMEZANI, M. A. *et al.* Epidemiology of Sexual Dysfunction in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Prev Med*, v. 6, p. 43, 2015.

RAMOS, K. A. A. *et al.* Exposição à violência e experiências difíceis vividas por adolescentes em situação de acolhimento institucional. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.73, n. 4, e20180714, 2020.

REIS, C. C. B. D. *et al.* Prevalência da prática de atividade física e correlação com a saúde de idosos de uma cidade no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Reabilitação e Atividade Física*, Vitória, v. 5, n. 1, p. 27-32, fev. 2016.

REIS, C. R. S.; TEIXEIRA, S. A.; MENDES, B. G. Heteronormatividade Implicações psicossociais para sujeitos não-heteronormativos. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, v. 5, n. 3, 2017.

RHEAUME, C.; MITTY, E. Sexuality and intimacy in older adults. *Geriatric Nursing*, v. 29, n. 5, p. 342-349, 2008.

RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva - Prevalência e fatores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 29, n. 1, p. 16-24, 2013. Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11044>. Acesso em: 23 jan. 2023.

RIBEIRO, F. M. L. *et al.* Entre o 'ficar' e o namorar: relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K., (org.) *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 55-86, 2011.

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, 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

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

RIBEIRO, L. L.; GÓES, A. C. F. Processo de trabalho de enfermeiras na consulta ginecológica. *Rev Enferm Contemp.*, v. 10, n. 1, p. 51-59, 2021.

RIGHETTO, G. G.; VITORINO, E. V.; MURIEL-TORRADO, E. Competência em informação no contexto da vulnerabilidade social: conexões possíveis. *Informação & Sociedade: Estudos*, [S. l.], v. 28, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/34735>. Acesso em: 3 abril 2023.

RISO, W. *Apaixone-se por Si Mesmo: O Valor Imprescindível da Autoestima*. São Paulo: Planeta, 2012.

ROCHA, F. A.; FENSTERSEIFER, L. A função do relacionamento sexual para casais em diferentes etapas do ciclo de vida familiar. *Contextos Clínic*, São Leopoldo, v. 12, n. 2, p. 560-583, ago. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822019000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2022.

ROCHA, G. B. A.; SILVA, B.G.B. A importância de estimular os hábitos de higiene pessoal na educação infantil. *Revista Educação e (Trans) formação*. [S. l.], p. 19-30, 2018. Disponível em: <https://www.journals.ufrpe.br/index.php/educacaoetransformacao/article/view/2056>. Acesso em: 6 out. 2022.

RODRIGUES, A. L. *et al.* Percepção de preconceito e autoestima entre adolescentes em contexto familiar e em situação de acolhimento institucional. *Estud. pesqui. psicol.* Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 389-407, 2014.

RODRIGUES, C. P.; WECHSLER, A. M., A sexualidade no ambiente escolar: visão dos professores de educação infantil. *Cadernos de educação: Ensino e Sociedade*, Bebedouro SP, v. 1, n 1, p. 89 – 104, 2014.

RODRIGUES, R. F. *Adolescentes em situação de acolhimento institucional: vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. RJ. 2016. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ROMBALDI, A. J. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.*, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

ROMERO, D. L. *et al.* Transtornos mentais comuns em educadores sociais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 4, p. 322–329, out. 2016.

ROUZI, A. A. *et al.* Practices and complications of pubic hair removal among Saudi women. *BMC Womens Health*, v. 18, n. 1, out. 2018.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.*, v. 97, n. 8, p. 548-562, ago. 2019.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. 2. reimpr. São Paulo: Perseu Abramo, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHES, F. J. *et al.* Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 41, n. 2, 104–111, 2010.

SANTOS, I. N. *et al.* Autonomia reprodutiva entre mulheres: uma revisão integrativa da literatura. 2022. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1285/1310>. Acesso em: 22 out. 2022.

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.

SANTOS, P. C.; VARGAS, M. M.; MELO, C. M. Caracterização dos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes no território da Grande Aracaju, Sergipe, Brasil. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, v. 40, n. 2, p. 351-396, 19 set. 2018.

SANTOS, T. C. C.; SOARES, L. C. E. C.; RAIMUNDO, R. N. P. Acolhimento Institucional de Adolescentes: Uma Intervenção Psicossocial. *Rev. Polis e Psique*, v. 12, n. 2, p. 87–107, 2022.

SANTOS, J. N.; GOMES, R. S. Sentidos e Percepções das Mulheres acerca das Práticas Preventivas do Câncer do Colo do Útero: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 68, n. 2, p. e-031632, 2022.

SBICIGO, J. B.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 395–403, set. 2010.

SCHEEREN, P.; APELLÁNIZ, I. A. M.; WAGNER, A. Infidelidade Conjugal: A Experiência de Homens e Mulheres. *Trends in Psychology*, v. 26, n. 1, jan. 2018.

SCHENKEL, L. *et al.* *Molecular biology of the cell*, v. 34, n. 11, out. 2023.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação e Realidade*. Rio Grande do Sul, v. 20, n. 2, p. 16-28, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 3 jul. 2022.

SECCO, M. L.; LUCAS, M. G. A Vida Amorosa de Mulheres Financeiramente Independentes. *Pensando Famílias*, v. 19, n. 1, p. 61-76, jun. 2015.

SENN, C. J.; CARAMASCHI, S. Concepção de sexo e sexualidade no ocidente: origem, história e atualidade. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.49, p.166-189, jan./jun. 2017.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 24.ed. São Paulo: Cortez, 2018.

SHAHMORADI, S.; SAADAT, S. H. Epidemiology and associated risk factors for sexual dysfunction: A systematic review, *J Res Med Dent Sci*, v. 6, n. 4, p. 69-73, 2018.

SILVA, A. J. N.; COSTA, R. R.; NASCIMENTO, A. M. R. As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infantojuvenil: da família à assistência social. *Pesqui. prá. psicossociais*, v. 14, n. 2, p. 1-17, jun. 2019.

SILVA, D. A. N.; COSTA, J. L. M. A importância do sabonete íntimo feminino com foco na microbiota e nos estágios de vida da mulher. *Revista Acadêmica Oswaldo Cruz*, v. 6, n. 23, 2019.

SILVA, F. H. O. B.; BARROS, R. M. S. Cantinho do recado: Desenvolvimento da linguagem e das habilidades sociais de crianças e adolescentes em acolhimento institucional. In: CAVALCANTE, L. I. C. *et al. Acolhimento institucional de crianças e adolescentes: teorias e evidências científicas para boas práticas*. Curitiba: Juruá, 2018, p. 61-72.

SILVA, F. K. *Fotografia, Corpo e Autoestima feminina*. TCC (Graduação em Psicologia). CEULP/ULBRA, Palmas – TO. 2019.

SILVA, G. A. *et al.* Early detection of breast cancer in Brazil: data from the National Health Survey, 2013. *Rev Saúde Pública*, v. 51, suplemento 1, p. 14, 2017.

SILVA J. B. *et al.* Educação em saúde sobre autocuidado íntimo e ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidade. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*, p. 1-6, 2021.

SILVA J. L. P.; CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Comportamento sexual dos acadêmicos ingressantes em cursos da área da saúde de uma universidade pública. *Rev. enferm. atenção saúde*, v. 1, n. 3, p. 39-52, 2014.

SILVA, J. M. S. *et al.* A feminização do cuidado e a sobrecarga da mulher-mãe na pandemia. *Revista Feminismos*, v. 8, n. 3, set./dez. 2020.

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

SIMÕES, A.V. *Vulnerabilidade de jovens universitários às violências nas relações afetivas íntimas sob o olhar da enfermagem*. 2019. 122 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

SIMON, W.; GAGNON, J. H. *Sexual Scripts*, v. 22, 1984, p. 52-60.

SIMON, W.; GAGNON, J. H. Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, v. 15, n. 2, p. 97–120, 1986.

SIQUEIRA, N. L. Gênero e saúde no Brasil: a (re)produção de desigualdades. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

SOARES, L. R. *et al.* Autoestima e autoimagem em idosos de uma cidade do interior da Bahia. *Saúde* (Santa Maria), [S. l.], v. 47, n. 1, 2021.

SODRÉ, F. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo, n. 117, p. 69-83, 2014.

SOUZA, A. C. R.; VALE, S. E. S., SOUZA, C. S. Vaginose bacteriana: saúde da mulher. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, e35411730072, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30072>. Acesso em: 03 fev. 2023.

SOUZA, B. B.; OLIVEIRA, M. E. S.; GONÇALVES, J. B. B. Influências empíricas no cuidado íntimo da saúde da mulher na fase reprodutiva: riscos e consequências. *Anais do 11º Fórum Científico UNIFUNEC: Educação, Ciência e Tecnologia*. Santa Fé do Sul (SP), v.11, n.11, 2020.

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 NETO, J. C. O compromisso ético do educador social. *Rev. Lusófona de Educação*, Lisboa, n. 22, p. 55-67, 2012.

STARRS, A. M. *et al.* Accelerate progress sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *Lancet*, London, v. 391, jun. 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, p. 427-443, 2008.

STUPARU, C. Female orgasm disorder. Anorgasmia. *International Journal of Advanced Studies in Sexology*, v. 2, n. 2, 2020.

TAQUETTE, S. R. Feminização da AIDS e adolescência. *Adolescência & Saúde*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, abril 2009.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 55, 2015.

TECHIO, L. R. *et al.* Mídias sociais na terceira idade: o caso de um núcleo de estudos de Santa Catarina. *Ergodesign & HCI*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 82-98, jun. 2021. Disponível em: <http://periodicos.puc-rio.br/index.php/revistaergodesign-hci/article/view/1536>. Acesso em: 04 jan. 2023

- TILLICH, P. *Teologia Sistemática*. São Paulo: Edições Paulinas/Editora Sinodal, 1987.
- TOMAZ, R. C. *et al.* Corpo Padrão: Um Estudo sobre as Concepções do Corpo Feminino Exposto pela Mídia. *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, v. 7, n. 10, 2020.
- UZIEL, A. P.; BERZINS, F. A. J. Adolescências, autonomia e direitos sexuais: fragmentos de histórias de meninas abrigadas. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 105 – 115, 2012.
- VAN HAUTE, P. Infantile sexuality, primary object-love and the anthropological significance of the Oedipus complex: re-reading Freud's 'Female sexuality'. *Int J Psychoanal*, v. 86, p. 1661-78, 2005.
- VASCONCELOS, *et al.* Análise da cobertura e dos exames colpocitológicos não retirados de uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, v. 44, n. 2, 324-330, 2010.
- VEIGA, S., CARDOSO, D. O profissional de educação social num lar de infância e juventude. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, v. 19, n. 2, ano 16, 2011.
- VENTRIGLIO, A.; BHUGRA, D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Archives of Psychiatry: Official Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists*, v. 29, n. 1, p. 30-34, 2019.
- VERMELHO, S. C. *et al.* Refletindo sobre as redes sociais digitais. *Educ. Soc.*, v. 35, n. 126, mar. 2014.
- VILHENA, J.; MEDEIROS, S.; NOVAES, J. V. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 109-144, mar. 2005.
- WENDT, B; DELL'AGLIO, D. D. “O educador é visto como super-herói, mas ele também tem falhas”: desenvolvimento, implementação e avaliação do Programa Cuida – Programa em práticas educativas positivas para educadores sociais de instituições de acolhimento. 2021. 91 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.
- WEREBE, M. J. G. *Sexualidade, política e educação*. Campinas, SP: Editora: Autores Associados, 1998.
- WOLFF, C. S. Profissões, trabalhos: coisas de mulheres. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 503-506, ago. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Defining Sexual Health: report of a technical consultation on sexual health on 28–31 January 2002*, Geneva, 2006.
- _____. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. *Report of a WHO meeting*. Geneva: WHO, v. 572, 1975.
- _____. *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization, 2014.
- _____. *Sexually Transmitted Infections (STIs)*. Geneva: WHO, 2015.

_____. *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization, 2018.

_____. *Physical activity fact sheet updated*. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>. Acesso em: 20 mar. 2023.

_____. *Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All*. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

ZILIOOTTO, G. C.; MARCOLAN, J. F. Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre sexualidade de portadores de transtornos mentais. *Acta paul. Enferm*, São Paulo, v. 26, n. 1, 2013.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as Educadoras Sociais das Instituições de Acolhimento

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM PGENF/UERJ
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde

Prezado(a),

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **“A perspectiva de educadoras sociais acerca da saúde sexual e sua interface com as práticas de cuidado não formal junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento”**, conduzida por Claudia Rosane Guedes e coordenada pela Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna, do Dep. Materno-Infantil e do Programa de Pós- Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Este estudo tem por objetivo geral “Analisar a perspectiva de educadoras sociais acerca da sua saúde sexual que atuam junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento”. Você foi selecionado (a) por ser um profissional da instituição que acolhe adolescentes femininas. 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 realizada nas unidades de acolhimento junto as educadoras sociais, em local apropriado para manter o sigilo e privacidade, onde você será entrevistado individualmente para responder a um questionário, contendo perguntas abertas sobre a temática. Em decorrência do decreto da pandemia de SARS-CoV2 no país, serão respeitados todos os protocolos sanitários vigentes, caso seja presencial ou por plataformas digitais (entrevista remota). A entrevista será gravada em áudio por meio digital. Nesta pesquisa, o risco poderá ser considerado como mínimo, isto é, pode ocasionar algum tipo de desconforto e constrangimento advindo de lembranças pessoais e eventos do passado que possam ser incômodos para o entrevistado. Neste caso, no período da entrevista, será garantida a liberdade do entrevistado para não responder questões que lhe causem constrangimento e o participante pode deixar de participar da entrevista a qualquer momento. O pesquisador, se necessário, irá prestar suporte emocional para o entrevistado durante a entrevista. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Embora não haja nenhuma garantia de que o(a) participante obterá benefícios com este estudo, as informações fornecidas serão úteis para a saúde da população feminina de modo geral, podendo beneficiar outras pessoas. O seu anonimato será garantido, ou seja, você não poderá ser identificado (a) por outras pessoas da comunidade ou das instituições em que está envolvido através dos resultados desta pesquisa quando forem publicados em congressos e revistas científicas.

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

Rubrica do Participante

Rubrica da Pesquisadora

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine o documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra do pesquisador coordenador da pesquisa. Seguem, ao final do texto, os telefones e o endereço institucionais do pesquisador responsável e dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ:

Endereço do Conselho de Ética e Pesquisa em Pesquisa da UERJ

Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. Horário de funcionamento de atendimento ao público, de segunda à sexta, das 10h às 16h.

Endereço do Conselho de Ética e Pesquisa em Pesquisa da SMS/RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Centro - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br - Telefone: (021) 2215-1485. Horário de funcionamento de atendimento ao público 09:00 às 16:00 horas

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora: Claudia Rosane Guedes

E-mail: docente.cg@gmail.com

Telefone: (021) 99731 – 8064

Orientadora: Lucia Helena Garcia Penna.

E-mail: luciapenna@terra.com.br

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante

APÊNDICE B – Instrumento Dados Socioeconômicos e Roteiro de Entrevista com Educadoras Sociais.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
 PGENF/UERJ

INSTRUÇÕES:

Questionário nº: _____

Primeiro nome: _____

Nós gostaríamos de conhecer você melhor, para isso pedimos que você responda algumas perguntas sobre você e a sua vida. Leia a pergunta e responda com honestidade a alternativa que melhor se aplica a você. Marque com um X a resposta correta ou preencha os espaços em branco oferecidos.

Qual o seu sexo/gênero?

1. () Masculino 2.() Feminino 3.() Outro _____

Qual a sua escolaridade?

- () Fundamental incompleto
 () Fundamental completo
 () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo
 () Ensino superior incompleto
 () Ensino superior completo
 () Outros _____

Qual a sua idade?

- () 18 anos – 25 anos
 () 25 anos – 30 anos
 () 30 anos – 45 anos
 () 45 anos – 60 anos

Como você se autodeclara? Qual a sua raça/cor (IBGE)?

- () Branca
 () Preta
 () Parda
 () Amarela
 () Indígena

Você possui religião? () Sim () Não

- () Católica
 () Evangélica

- Umbanda
- Candomblé
- Kardecista/ Espírita
- Não possui
- Outras. Especificar _____

Qual o seu estado civil?

- Casada
- Solteira
- União estável
- Separada
- Divorciado(a)
- Viúva

Você possui filhos? Quantos?

- Sem filhos
- Até dois filhos
- Mais de três filhos

Há quanto tempo você trabalha com adolescentes em situação de acolhimento?

- Menos de 12 meses
- 12 – 24 meses
- 24 – 48 meses
- 48 – 72 meses

Você já realizou algum curso de capacitação para trabalhar com adolescentes acolhidas? () Sim () Não

Quais? _____

Qual o seu salário mensal?

- 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo e meio
- 2 salários mínimos
- 2 salários mínimo e meio
- Mais de 3 salários mínimos.

Entrevistador(a): _____ **Data:** ____/____/____



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PGENF/UERJ



1. Perspectiva acerca de saúde sexual

O que você entende como saúde sexual?

O que faz para ter uma saúde sexual saudável? Qual?

Qual a importância do sexo ou da relação sexual para você?

O que você pensa sobre seu corpo?

O que você entende por sexualidade?

1a) De que maneira você aborda as adolescentes acolhidas sobre a saúde sexual?

2. Comportamento sexual

Qual é sua opção sexual?

Você possui vida sexual ativa?

Quantos parceiros sexuais você já teve até o dia de hoje?

Com que frequência vocês fazem sexo? Usa algum tipo de proteção?

Há prazer na sua relação sexual? E orgasmo? O que você entende sobre o que seria um orgasmo?

2a) Quais as estratégias que você utiliza para responder aos questionamentos das adolescentes sobre essas questões?

3. Práticas de cuidado acerca da saúde sexual

Quais os cuidados que você possui na sua saúde sexual?

O que você faz para cuidar do seu corpo? Você está satisfeita com a sua imagem refletida no espelho?

Quais as mudanças que você percebeu na sua saúde sexual até o dia de hoje? E quanto à sexualidade?

Quais as informações /orientações que você sabe para os cuidados na vida sexual?

Quais as estratégias que você utiliza na prevenção de doenças?

Você possui uma vida sexual saudável? E o que seria necessário para uma vida sexual saudável?

Você se considera uma pessoa informada sobre as questões sobre a sua saúde sexual?

De que maneira?

Quais os locais que você ouviu falar sobre esses assuntos?

Quais foram as principais fontes de informações sobre sexualidade, saúde sexual e sexo?

Quais as pessoas que você busca essas informações?

3a) De que maneira você auxilia as adolescentes no tocante ao cuidado com a sua saúde sexual?

O que você gostaria de falar sobre sua saúde sexual?

APÊNDICE C – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PGENF/UERJ



Eu, Claudia Rosane Guedes, no intuito de realizarmos pesquisa científica em unidade(s) de acolhimento no âmbito da Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro, da **UERJ / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado**, com projeto de pesquisa intitulado “**Perspectiva de educadoras sociais sobre saúde sexual e sua interface com a prática de cuidado não formal de adolescentes femininas em situação de acolhimento**” e tendo como orientador(s) **Profa. Dra. Lucia Helena Garcia Penna**, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos **no banco de dados produzidos pela coleta de dados – entrevista com as profissionais educadoras de unidades de acolhimento**; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objeto da pesquisa (a perspectiva de educadoras sociais sobre saúde sexual e sua interface com a prática de cuidado não formal de adolescentes femininas em situação de acolhimento). Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados **no banco de dados produzidos pela coleta de dados – entrevista com as profissionais educadoras de unidades de acolhimento**, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem a **diagnóstico da saúde sexual de educadoras sociais de unidades de acolhimento a partir de sua percepção**, no período compreendido entre **12/2021 e 03/2022**.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima, divulgando os resultados em eventos científicos e acadêmicos, mantendo o anonimato das participantes.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D - Apresentação da distribuição das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias	Unidades de significação
4.2 Percepções das educadoras sociais acerca de sua saúde sexual (612 UR)	4.2.1 Autoavaliação das informações sobre saúde sexual 168UR	Dificuldades quanto às informações sobre saúde sexual
		Locais de aquisições de informações: escola/ faculdade/ educação em saúde na comunidade/ igreja evangélica/ Serviços de saúde: Enfermeira / profissional de saúde na divulgação das informações sobre saúde sexual.
		Meios para aquisição de informações internet/Amigos/ leituras
	4.2.2 Expressões da saúde sexual das educadoras sociais: um olhar sobre si mesma e suas relações afetivas 444 UR	Autopercepção sobre si /autoestima elevada/ empoderamento/ sexualidade atitudes e comportamentos nas relações afetivas/ autonomia sobre o corpo
		Autocuidado do corpo/saúde sexual equilíbrio: cabeça(mente) e corpo/ valorização do sexo/ sexo faz bem saúde mental/ sexo não é tudo/ necessidade humana. Atitudes e comportamentos de cuidado relacionados a hábitos higiênicos, e rotina de exercícios e alimentação saudável.
		Parcerias/ afetividade/ amizades/ confiança/ monogamia/ noção de prevenção de HIV/ AIDS/ IST relações afetivas respeitadas.
4.3 Relações de cuidado das educadoras sociais com a sua saúde sexual 347UR	4.3.1 Cuidados das educadoras sociais com a sua saúde sexual 210 UR	Cuidados da saúde sexual/Atitudes e comportamentos de cuidados à saúde sexual/ ginecologista/ rotina ginecológica/ exame preventivo/ mamografia/ ultrassonografia mamária
		Atitude e comportamentos de proteção de IST/gestação indesejada /uso de preservativo como cuidado da saúde sexual
	4.3.2 Fatores limitadores dos cuidados de si e com a saúde sexual 137 UR	Não uso de preservativo/ Atitude e comportamentos de proteção de IST/gestação indesejada Atividade laboral comprometendo atividade física/desvalorizada sobre sua autoimagem/rotina diária (vida/filhos/ casa/ trabalho) / vida financeira compromete a vida sexual/ anticoncepcional diminuição libido.
4.4. Interfaces entre as percepções das educadoras sociais e os cuidados não formais desenvolvidos junto às adolescentes em acolhimento institucional 329 UR	4.4.1 Percepções das educadoras sociais sobre a saúde e o comportamento das adolescentes 133 UR	Assunto sexo/ sexualidade aflorada/ diversidade de parceiro sexual/ Homossexualidade adolescência/ Sexo com homens bêbados/ furtos Desconhecem o parceiro sexual/ sem parceiro fixo opinião formada sobre tudo/ Imunes aos problemas e doenças/ Desconhece o seu próprio corpo/ dificuldade pela higienização pessoal
		Adolescentes nos serviços de saúde/ rotina de saúde para adolescente testes rápidos IST/ teste gravidez/ Clínica família /profissional de saúde/ atendimento área da saúde
	4.4.2 Cuidados não formais desenvolvidos pelas educadoras sociais junto às adolescentes em acolhimento institucional 196UR	Ações de cuidado não formal Diálogo, escuta ativa, valorização, sensibilização da adolescentes feminina, construção de vínculo/ Atitudes como exemplo para as adolescentes femininas/ história vida das adolescentes feminina Construção relações interpessoais/ Afeto materno

Fonte: A autora, 2023.

ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa SMASDH/RJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPGENF/UERJ



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS**

A Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente autoriza a realização do projeto de pesquisa: ***“A perspectiva de educadoras sociais acerca da saúde sexual e sua interface com as práticas de cuidado não formal junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento”***, coordenado pela Profª. Drª. Lucia Helena Garcia Penna do Departamento Materno-Infantil e do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

A metodologia da pesquisa prevê a realização de entrevistas que ocorrerão de modo virtual (on line) com educadoras sociais (do sexo feminino) das Unidades de Acolhimento Municipal que prestam serviço às adolescentes do sexo feminino: Casa Viva Penha, URS Frida Kahlo e URS Casa do Catete.

Cabe-nos esclarecer que o projeto conta com parecer favorável de Comitê de Ética em Pesquisa, que nos foi apresentada minuta com especificação da metodologia, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que se constitui em campo de estudo de interesse desta Secretaria. A pesquisa segue os procedimentos éticos necessários e o responsável deverá fazer a devolução do produto final em formato digital para a Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente para acervo da SMAS.

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2021.

Paula da Silva Caldas - Mat. 11/240.658-5
Gerência de Desenvolvimento e Educação Permanente

ANEXO B – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa UERJ

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PPGENF/UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERSPECTIVA DE EDUCADORAS SOCIAIS SOBRE SAUDE SEXUAL E SUA INTERFACE COM A PRÁTICA DE CUIDADO NÃO FORMAL DE ADOLESCENTES FEMININAS EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO

Pesquisador: Claudia Rosane Guedes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53731621.4.0000.5282

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.139.478

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos abaixo foram transcritas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1855643.pdf", do projeto de pesquisa e de seus apêndices.

Possui coparticipação com a Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro.

Tem como objeto de estudo "a perspectiva de educadoras sociais sobre sua saúde sexual e sua interface com a prática de cuidado não formal de adolescentes femininas em situação de acolhimento".

Apresenta as seguintes Questões Norteadoras: "1) Qual o perfil sociodemográfico das educadoras sociais de unidades de acolhimento de adolescentes femininas no município do Rio de Janeiro? 2) Como se caracteriza a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais nas instituições de acolhimento? 3) De que maneira a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais das instituições de acolhimento podem influenciar na prática de cuidado não formal junto as adolescentes femininas?"

Abordagem metodológica: "Um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo."

Campo / cenário: "O cenário de pesquisa para o desenvolvimento desse estudo serão as unidades públicas municipais de acolhimento para adolescentes femininas no Município do Rio de Janeiro. O

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: 5.139.478

município possui 30 instituições públicas, e deste quantitativo, atualmente somente quatro unidades acolhem exclusivamente, adolescentes do sexo feminino presentes nas áreas de planejamento da cidade (APC) (SMASDH/RJ).”

Participantes: “Propomos investigar as Educadoras Sociais (ES) que atuam junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento de unidades públicas do Município do Rio de Janeiro. Almeja-se ampliar o olhar explicativo sobre a perspectiva acerca da saúde sexual de educadoras sociais e a interface com as práticas de cuidado não formal junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento. É importante considerar que o número de educadoras sociais a serem entrevistados estará diretamente relacionado à técnica de saturação teórica, ou seja, quando houver a percepção dos pesquisadores de que o constructo em tela já foi suficientemente explicado por grande parte dos participantes.” Na PB aponta um quantitativo de 100 educadoras sociais.

Critérios de inclusão: “Educadoras sociais com mais de 18 anos de idade, que atuam em unidades de acolhimento de adolescentes vinculadas a Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos da Prefeitura do Rio de Janeiro.”

Critérios de exclusão: Não apresenta.

Instrumento e Técnica de coleta de dados: “A coleta de dados utilizará um questionário de caracterização socioeconômica e a produção discursiva dos participantes será obtida por meio de entrevista semiestruturada.”

Critérios éticos: “Em espaço privativo indicado pela direção da unidade de acolhimento institucional serão entrevistados das participantes do estudo, a fim de obter a autorização será oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de participação na pesquisa, conforme explicitado na seção sobre os aspectos éticos da pesquisa. É importante considerar que as educadoras sociais das unidades de acolhimento poderão eleger outro espaço para a realização da coleta de dados, desde que atenda o princípio de privacidade.”

“Para a obtenção dos relatos será respeitado os preceitos éticos e bioéticos segundo a Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013c). Após o conhecimento da pesquisa, os profissionais da instituição de acolhimento, e aqueles que quiserem participar da pesquisa, também deverão validar sua participação, assinando o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O presente projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) para sua análise e aprovação.

Esclareceremos também as participantes que o sigilo e anonimato das mesmas serão respeitados e

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

Continuação do Parecer: 5.139.478

garantidos, sendo explicitados seus direitos mediante a assinatura do TCLE, os quais contêm as explicações dos objetivos do estudo, dos instrumentos de coleta de dados, da forma de divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de informações pertinentes que assegurem a ética em pesquisa com seres humanos.”

Análise dos dados: “Para tratamento e análise dos dados utilizaremos a Análise de Conteúdo (AC). Dentre as várias técnicas de análise, elegeu-se a análise temática de conteúdo, que se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo.”

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: “Analisar a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais que atuam junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento.”

Objetivo Secundário: “a) Caracterizar o perfil sociodemográfico das educadoras sociais que atuam em instituições de acolhimento para adolescente do sexo feminino no município do Rio de Janeiro; b) Descrever a perspectiva da saúde sexual das educadoras sociais que atuam junto as adolescentes femininas em situação de acolhimento; c) Discutir as atitudes das educadoras sociais que podem influenciar na prática de cuidado não formal junto as adolescentes do sexo feminino.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: “Nesta pesquisa, o risco pode ser considerado como mínimo, isto é, pode ocasionar algum tipo de desconforto e constrangimento advindo de lembranças pessoais e eventos do passado que possam ser incômodos para o entrevistado. Neste caso, no período da entrevista será garantida a liberdade do entrevistado para não responder questões que lhe cause constrangimento e o mesmo pode deixar de participar da entrevista a qualquer momento. O pesquisador se necessário irá prestar suporte emocional para o entrevistado durante a entrevista. Tendo a entrevistada a possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento da pesquisa.”

Benefícios: “Consideramos que os conhecimentos, pensamentos, crenças, e percepção das Educadoras Sociais sobre a sua saúde sexual poderá contribuir na elaboração de propostas de promoção de sua saúde sexual a partir de sua própria perspectiva.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa para o doutorado do Programa de pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

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

Continuação do Parecer: 5.139.478

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Orçamento: utiliza financiamento próprio.
- Folha de rosto: preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- TCLE –. Atende aos critérios éticos, apresenta riscos e benefícios, dados da pesquisadora e dos comitês de ética; escrito em duas folhas, apresenta espaço para rubrica ao final da primeira folha e assinatura na segunda, com texto. Apresenta a possibilidade de realização tanto presencial, quanto virtual.
- Instrumento de Coleta de Dados (ICD) – apresenta dois instrumentos: 1 questionário para coleta de dados socioeconômicos das participantes e 1 roteiro para entrevista semiestruturada, atendendo aos objetivos da pesquisa.
- Termo de anuência da instituição – apresenta um termo de consentimento da Secretaria Municipal de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro preenchido, datado e assinado por técnico da instituição. Neste termo há descrição de que aguarda o parecer do comitê de ética para incorporar ao processo, visando a emissão da autorização final para realização da pesquisa.
- Cronograma –. Previsão de coleta de dados para o período de dezembro de 2021 a janeiro de 2022.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para dezembro de 2022. 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.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

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

Continuação do Parecer: 5.139.478

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1855643.pdf	23/11/2021 11:37:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_.docx	23/11/2021 11:35:37	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_CONCORDANCIA.pdf	11/11/2021 12:04:22	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TESE_CLAUDIA_ROSANE_GUEDES_b rochura.docx	11/11/2021 11:56:32	Claudia Rosane Guedes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escl arecido.docx	11/11/2021 11:55:41	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Brochura Pesquisa	TESE_CLAUDIA_ROSANE_GUEDES_b rochura.pdf	11/11/2021 11:54:08	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Orçamento	_ORCAMENTO_.docx	09/11/2021 21:09:12	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/11/2021 17:11:10	Claudia Rosane Guedes	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	08/11/2021 16:54:38	Claudia Rosane Guedes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Dezembro de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(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