

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE EDUCAÇÃO**

***PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO***

**REPRESENTAÇÕES DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ PRECOCE  
E DST EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada junto ao Curso de  
Mestrado em Educação, do Setor de Educação, da  
Universidade Federal do Paraná, como requisito  
parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: *Cognição e Aprendizagem*  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Araci Asinelli da Luz

**NELSON FERNANDES JUNIOR**

**CURITIBA  
2004**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Nelson e Shirley,  
como forma de compensar a minha ausência  
durante essa empreitada, e produto  
do meu eterno  
reconhecimento afetivo.

Aos adolescentes-atores e  
profissionais-coadjuvantes do processo  
de experiência sexual.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me possibilitado essa trajetória.

### ***Agradecimentos Especiais***

Aos adolescentes e professores participantes  
da pesquisa.

Aos professores e colegas da Linha de Pesquisa  
em Cognição e Aprendizagem Escolar,  
pelos momentos de convivência e aprendizado.

Aos professores que participaram  
das bancas de qualificação e defesa.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Araci Asinelli da Luz,  
por acreditar na viabilidade deste projeto.

Às escolas pesquisadas, por possibilitar  
a realização desta pesquisa.

## EPÍGRAFE

Quero falar de uma coisa  
adivinha onde ela anda?...  
e há que se cuidar do broto  
pra que a vida nos dê flor e fruto.

*(Coração de Estudante - Wagner Tiso e Milton Nascimento)*

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	vi
<b>RESUMO</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 EMBASAMENTO TEÓRICO</b> .....	9
2.1 ADOLESCÊNCIA – Conceitos, Características, Especificidades e Idades de Vida.....	10
2.2 ADOLESCÊNCIA – Alguns Dados Estatísticos no Brasil .....	16
2.2.1 Populacionais .....	16
2.2.2 Menarca.....	17
2.2.3 Iniciação Sexual .....	18
2.3 ADOLESCÊNCIA – Sexualidade e Desenvolvimento Cognitivo .....	21
2.4 ADOLESCÊNCIA – Gênero na Sexualidade .....	25
2.5 ADOLESCÊNCIA – Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).....	29
2.6 ADOLESCÊNCIA - Gravidez.....	32
2.7 ADOLESCÊNCIA - HIV/Aids .....	38
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	43
3.1 MÉTODOS DE PESQUISA .....	43
3.2 POPULAÇÃO ESTUDADA - Critérios de Seleção e de Exclusão.....	50
3.2.1 Campo de Estudo, Critérios de Seleção e Características da Amostra .....	51
3.2.2 Caracterização Amostra - Os Adolesc. Atores-Sujeitos da Pesquisa .....	52
3.3 COLETA DE DADOS .....	52
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	55
3.4.1 A fala dos Adolescentes - Preparação e Unitarização.....	56
<b>4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
4.1 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES TEMÁTICAS .....	59
4.1.1 Material Coletado das Entrevistas de Adolescentes de 19 Anos (Cinco Masculinos e Cinco Femininos), Grupos de 19M e 19F, Cursando o 1º Ano Universitário .....	59
4.1.1.1 Adolescentes masculinos - grupos 19M .....	59
4.1.1.2 Adolescentes femininas - grupos 19F.....	69
4.1.2 Material Coletado das Entrevistas de Adolescentes de 17 Anos (Cinco Masculinos e Cinco Femininos), Grupos de 17M e 17F, Cursando a 3ª do Ensino Médio.....	80
4.1.2.1 Adolescentes masculinos - grupo 17M .....	80
4.1.2.2 Adolescentes femininos - grupos 17F.....	90
4.2 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIZAÇÕES .....	102
4.2.1 Categoria "O Ser" .....	102
4.2.2 Categoria "O Revelar" .....	105
4.2.3 Categoria "O Conceituar" .....	107
4.2.4 Categoria "O Representar" .....	108
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b> .....	110
5.1 DAS REPRESENTAÇÕES.....	110
5.1.1 Das Representações de Prevenção das Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que as Levam à Adoção de Medidas Preventivas .....	112

5.1.2 Das Representações de Prevenção das Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que não as Levam à de Medidas Preventivas.....	113
5.1.3 Das Representações de Prevenção dos Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que os Levam à Adoção de Medidas Preventivas.....	114
5.1.4 Das Representações de Prevenção dos Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que não os Levam à de Medidas Preventivas.....	115
5.2 RECOMENDAÇÕES.....	116
5.2.1 Das Ações Pontuais.....	117
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>

## **APÊNDICES**

<b>ENTREVISTAS.....</b>	<b>133</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>145</b>
<b>FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>147</b>

**LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - AMÉRICA LATINA E CARIBE - ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS DE DST - 1996 (EM 1000) .....	30
TABELA 2 - PARTOS POR FAIXA ETÁRIA - BRASIL, 1993-1997.....	35
TABELA 3 - PARTOS REALIZADOS PELO SUS.....	35
TABELA 4 - TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE SEGUNDO GRUPOS DE IDADE DAS MULHERES.....	35

## RESUMO

FERNANDES JUNIOR, Nelson. **Representações de prevenção à gravidez precoce e DST em adolescentes.** [Tese]. Curitiba: Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, 2005.

Esta pesquisa tem o objetivo de investigar “Quais as representações de prevenção dos estudantes adolescentes de Curitiba, relativas à gravidez precoce e DST, que os levam à adoção (ou não) de medidas preventivas”. O conceito de representação aqui empregado aproxima-se da ótica de PIAGET (1978) onde pode significar tanto uma "imagem" mental (um símbolo concreto) quanto conceitos (abstratos). A metodologia, nas perspectivas de pesquisa de cunhos qualitativo e fenomenológico, constituiu-se de entrevistas abertas, com 20 adolescentes de 17 e 19 anos, de ambos os sexos, cursando a terceira série do segundo grau de escola pública, e o primeiro ano do ensino superior em universidade pública, respectivamente, selecionados pelas variáveis sexo/idade/série. Para a coleta de dados utilizou-se o método clínico de Jean PIAGET na perspectiva de DELVAL (2002). As entrevistas foram gravadas e transcritas. O produto das entrevistas foi avaliado com base na técnica de Análise de Conteúdo proposta por BARDIN (1977). São exemplos de representações que contribuem para a não adoção de medidas de prevenção entre adolescentes femininas: não planejar a primeira relação sexual porque o próprio corpo vai saber identificar a hora certa; afastar-se do parceiro no momento de excitação como única prática de prevenção; acreditar na fidelidade do namorado, noivo ou marido e deixar de utilizar a camisinha como método de prevenção às DST. E, entre os adolescentes masculinos: usar camisinha com uma garota mais nova porque é menos experiente, com garota pobre porque vai menos ao médico, com garota madura depende do momento, com garota bonita e rica dá menos medo; prevenir primeiramente a gravidez precoce, depois o HIV; usar camisinha só no início, depois passa a confiar, ou se a garota já usa pílula, não precisa. A pesquisa também divulga importantes representações que contribuem para a adoção de medidas de prevenção entre os (as) adolescentes entrevistados (as), entre elas: possuir planos de projeto de vida; ter internalizado um conceito amplo de sexualidade; sentir-se compreendido, apoiado e ouvido pela família; qualquer que seja o envolvimento emocional, usar sempre métodos de prevenção nas relações sexuais. Este trabalho ainda propõe algumas recomendações que, a partir das representações identificadas, podem contribuir positivamente para o experienciar sexual entre adolescentes: capacitar professores nos temas sobre sexualidade; protagonizar vivências entre os adolescentes para fomentar a prática de diálogos entre os parceiros sexuais sobre temas de prevenção, sentimentos, fidelidade “negociada”, iniciação sexual, prazer, projeto de vida; divulgar os benefícios da camisinha feminina; aplicar dinâmicas adequadas para reconhecimento do próprio corpo adolescente e suas transformações. As recomendações visam contribuir com a reformulação das concepções prévias do aprendiz “sexualescente” e com o processo de conscientização frente aos comportamentos de risco.

Palavras-Chaves: adolescência, sexualidade, gravidez precoce, DST e Aids, prevenção.

## ABSTRACT

FERNANDES JUNIOR, Nelson. **Representations of prevention on the precocious pregnancy and STD in adolescents.** [Thesis]. Curitiba: Education Section of the Federal University of Parana, 2005.

The aim of this research is investigating "Which representations of prevention the adolescent students of Curitiba, related to the precocious pregnancy and STD, lead them to the adoption (or not) of preventive measures". The representation concept here applied gets close to PIAGET's point of view (1978) where it can mean either a mental "figure" (a concrete symbol) or concepts (abstract). The methodology, in the perspectives of research of qualitative and phenomenological stamps, was constituted of open interviews, with 20 adolescents among 17 and 19 years old, of both sexes, attending to the senior high school in public schools, and also the freshmen in public universities, respectively, selected by their sex/age/grade. For the data gathering, Jean PIAGET'S clinical method was used under DELVAL's perspective (2002). The interviews were recorded and transcribed. The product of the interviews was evaluated based on the Analysis of Content technique proposed by BARDIN (1977). These are examples of representations that contribute to the not adoption of prevention measures among female adolescents: not planning the first sexual relationship because their own body will know how to identify the right time; keeping off of their partner in the moment of excitement as only prevention practice; believing in the boyfriend's, fiancé's or husband's fidelity and not using the condom as a prevention method to avoid STD. Among male adolescents: using a condom with a younger girl because she is less experienced, with a needy girl because she is not supposed to see the doctor often, with an experienced girl it depends on the moment, with a beautiful and rich girl he feels safer; firstly preventing the precocious pregnancy, then HIV; using condom only in the beginning of the relationship, later they start to trust each other, or if the girl already uses contraceptive pill, there's no need of it. The research also reveals important representations that contribute to the adoption of prevention measures among the adolescents interviewees: having a life perspective project; being aware of the concept of sexuality as a whole; being understood, heard and supported by the family; no matter the emotional relationship, always using preventive methods during the sexual intercourse, etc. This work still proposes some recommendations that, starting from the identified representations can positively contribute to experiencing sex among adolescents: teachers' training in the themes about sexuality; role playing real situations among the adolescents to foment the conversation among sexual partners on prevention plots, feelings, "negotiated" fidelity, sexual initiation, pleasure, life project; disseminate the benefits of the feminine condom; apply suitable dynamics for recognition of the adolescent's own body and its changings. The recommendations seek after contributing with the reformulation of the previous conceptions of the apprentice "sexualescente" and with the process of understanding before a risky behavior.

Key-words: adolescence, sexuality, precocious pregnancy, STD and Aids, prevention sexually transmitted disease (STD).



## 1 INTRODUÇÃO

A segunda metade do século XX foi marcada por grandes transformações tecnológicas e sociais da humanidade.

O avanço da ciência trouxe a cura e o conhecimento de várias doenças. Os computadores estão, cada vez mais, presentes em equipamentos médicos como: tomografias computadorizadas, em aviões e automóveis aumentando a segurança e economia nos transportes, e nas telecomunicações, permitindo que entremos em contato com pessoas em todo o planeta de maneira instantânea.

Neste século também desenvolvemos a consciência ecológica que nos faz refletir sobre a relação e interdependência entre nossa sobrevivência e a preservação do meio ambiente.

Um mundo em transformação assola desmedidamente antigos comportamentos, instituições, crenças e valores: globalização do comércio, formação de uma cultura tipicamente juvenil, universalização dos meios de comunicação de massa, mundo do trabalho em constante mudança, doenças emergentes e recorrentes, em especial a Aids (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), mudança das estruturas familiares, conflitos e desestruturação da sociedade, entre outros.

Infelizmente, apesar da enorme velocidade com que a técnica evolui, ainda convivemos com a infelicidade, os preconceitos, a angústia, a depressão, as drogas, a corrupção, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), e a gravidez precoce.

A revolução sexual dos anos 60 e 70 trouxe significativas transformações para a nossa sociedade e até hoje é tida como um marco na *evolução da humanidade*: quebra de tabus e do estigma sexo-pecado, liberação do comportamento sexual - sem barreiras ou limitações - e inúmeros outros comportamentos despojados.

Se, por um lado, essa evolução contribui positivamente para o repensar das relações sexuais, por outro temos observado, neste início de milênio, o aumento do número de adolescentes grávidas, despreparadas para enfrentar a maternidade e sustentar seus filhos, a crescente cifra de abortos clandestinos, e os vertiginosos índices de contaminação frente às DST junto à população jovem de todo mundo,

como podemos a seguir comprovar, mediante pesquisas publicadas nos últimos anos, onde a Aids assume dimensões de uma pandemia.

Conforme dados veiculados pela UNAIDS (1999) na América Latina e Caribe, já em 1998, aproximadamente 65.000 indivíduos entre 15 e 24 anos de idade adquiriram o HIV.

Dados mais recentes, divulgados pela UNESCO (2002), estimam que aproximadamente um terço da população mundial encontra-se entre os 10 e os 24 anos de idade. Segundo a Organização Mundial da Saúde é nessa faixa etária que se concentra metade das infecções pelo HIV em todo o mundo. Estes dados evidenciam a situação crítica que se apresenta, priorizando que a população jovem seja colocada no topo da pauta de debate público sobre as políticas de saúde em resposta à epidemia pelo HIV, no Brasil e no mundo.

O planeta reúne hoje a maior geração de adolescentes da história. Quase metade da população mundial tem menos de 25 anos. De acordo com o relatório denominado *Situação da População Mundial*, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2003), temos, hoje, mais de 1,2 bilhão de adolescentes com idade entre 10 e 19 anos. Destes, 87% vivem em países em desenvolvimento. O relatório aponta os principais problemas enfrentados por esses jovens, como pobreza, dificuldade de acesso à educação e doenças. E entre as doenças, a Aids: a cada 14 segundos, um jovem é infectado, isto é, todos os dias, seis mil jovens são contaminados pelo vírus da Aids, o HIV. A Aids atinge mais às garotas que os rapazes - são 7,3 milhões de jovens mulheres vivendo com o HIV e 4,5 milhões de rapazes. Por características biológicas, o risco de infecção numa relação sexual sem proteção é de duas a quatro vezes mais alta entre as mulheres. Na América Latina e Caribe estima-se que 560.000 jovens vivam com o HIV.

Segundo o *site* <http://www.adolesite.Aids.gov.br>, criado pelo Ministério da Saúde para ajudar os adolescentes quanto a informações sobre questões sexuais, o último Boletim Epidemiológico – Aids – (BRASIL, 2003) ali divulgado, publicação trimestral do Ministério da Saúde, registrou desde o início da década de 80 até dezembro de 2002, 257 mil e 780 casos de Aids no Brasil. Deste total, 5.597 casos de Aids estão entre os adolescentes na faixa etária dos 13 aos 19 anos. Sendo que das causas conhecidas, 2.970 casos são em decorrência de relações sexuais.

Dados do Ministério da Saúde, até setembro de 2003, revelam que na população entre 13 e 24 anos, o número de casos acumulados de DST/Aids era de 47.277, dos quais 21.111 adolescentes do sexo masculino e 26.166 do sexo feminino. (MS, 2003).

A razão entre meninas e meninos é de 6 meninas para cada menino, na faixa etária entre 13 e 19 anos, no último período de 2002, quando a razão entre os adultos era de 2 homens para cada mulher. Esses dados evidenciam a necessidade de mudança de comportamento frente à prevenção, notadamente entre as jovens do sexo feminino. Nos jovens a infecção decorreu por vida de transmissão sexual em 49% dos casos notificados; via sanguínea entre 35,4%, sendo que desse percentual 32% refere-se ao uso de droga injetável, e 15,4% de transmissão ignorada. (MS/ CN DST/AIDS até dez/2002).

Frente a tais dados, pais e autoridades estão temerosos diante do momento crucial da vida dos jovens: a iniciação sexual. A precocidade e a liberalidade com que eles estão se iniciando na vida amorosa são de extrapolar qualquer expectativa. A televisão, o cinema, a imprensa, a propaganda, inundam o cotidiano com apelos sexuais jamais vistos por outra geração.

Os adolescentes de hoje são filhos da geração que vivenciou a revolução sexual. A tendência típica observada é começar a vida sexual cada vez mais cedo. O grande problema da liberdade amorosa dos jovens desta geração se chama sexo desprotegido, a escolha imatura do parceiro e a gravidez precoce.

Os dados divulgados pelo relatório denominado *Situação da População Mundial*, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2003, p. 4), salienta que além da vulnerabilidade à Aids, as mulheres enfrentam também os riscos da gravidez precoce. A cada ano, cerca de 14 milhões de jovens entre 15 e 19 anos têm filhos. A mortalidade materna é a principal causa de morte entre mulheres, nessa faixa etária de 15 a 19 anos, segundo o relatório.

Na América Latina, entre 7 e 14% das gestações precoces terminam em aborto, a maioria feita de forma primária. Entre meninas sem educação formal, 58% delas têm filhos até os 20 anos. Para as mulheres, o casamento e a gravidez precoces provocam problemas na educação das adolescentes e, em muitos casos, o abandono da escola. A estimativa do UNFPA é que 82 milhões de garotas em

países em desenvolvimento, que agora estão com idades entre 10 e 17 anos, estarão casadas antes dos 18 anos. (UNFPA, 2003, p.11).

Matéria da Folha de S. Paulo (24.06.2003) mostrou que o parto é o principal motivo de internação das jovens de 10 a 19 anos no país. Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2002, foram realizados cerca de 1.700 partos por dia em meninas entre 10 e 19 anos. A mesma tendência foi verificada no ano de 2003, pois, de janeiro a abril, foram notificados 200.946 partos juvenis. A matéria enfocou o custo financeiro destes partos aos cofres públicos, R\$ 55,6 milhões ou 25% do total de gastos públicos com partos no país.

As adolescentes brasileiras de classe média baixa, grávidas precocemente, cometem hoje os mesmos erros das adolescentes anteriores, que poderiam ser suas mães, e que engravidaram no início da década de 80.

No Brasil uma entre cada cinco jovens entre 15 e 19 anos já teve filho. A falta de orientação sexual específica contribui para aumentar o problema. A taxa de fecundidade aumentou em 25% entre meninas de 15 a 19 anos entre 1991 e 2000, sendo que o aumento da epidemia entre jovens do sexo feminino é explicada pelo início precoce da atividade sexual, em relação aos adolescentes do sexo masculino. (MS, 2003).

Apesar da maioria das garotas conhecerem métodos anticoncepcionais, o índice de gravidez permanece em cifras alarmantes, pela falta de prática, e/ou atitudes corretas na utilização desses métodos, comprovando que a sexualidade está cada vez mais forte e presente na vida das adolescentes.

Por isso as políticas públicas de saúde devem, sim, focar a prevenção contra a gravidez precoce e as doenças sexualmente transmissíveis, como vem sendo feito com grande sucesso em São Paulo, afirma Albertina Duarte Takiuti, coordenadora de Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. A redução de casos de gravidez em adolescentes menores de 20 anos tem acontecido em todos os anos. Em 1999 foram 144.362 casos. Em 2000 foram 136.042. Já em 2001 houve 123.714. Em 2002, 116.368. Em 2003 foram 108.945 e, em 2004 106.737. Outra queda expressiva, de 29,7%, registrada no Estado foi a de gravidez em meninas com idade entre 10 e 14 anos (Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo).

É inegável que ainda estamos assistindo a revolução sexual que começou há uns 50 anos atrás, nos Estados Unidos. Também é bastante claro que os princípios em que fomos educados falharam porque colocavam a sexualidade humana como coisa à parte. Éramos educados como se sexo não existisse. Os homens aprendiam na rua, com os mais *entendidos*, e carregavam, às vezes, enganos e disfunções por toda a vida. As mulheres aprendiam *alguma coisa* às vésperas do casamento. Achavam que assim mostrar-se-iam puras e inocentes. Confundiam *ignorância* com *inocência*. A insatisfação sexual e o desnivelamento alicerçado em princípios machistas acabaram gerando grande parte da desagregação da família e rompimento de casamentos. Falhamos, disso estamos cientes.

Novo milênio, desenvolvimento tecnológico, consciência das falhas passadas, boletins de saúde, dados e pesquisas. Apesar das cartilhas de educação sexual elaboradas pelas escolas, campanhas de conscientização veiculadas pela mídia, palestras e propagandas de televisão focalizando os riscos de contaminação frente às DST, os resultados encontrados nos boletins epidemiológicos e dados de gravidez precoce não refletem comportamentos eficazes de prevenção.

O apelo da comunicação de massa nem sempre se faz de forma adequada e, muitas vezes, se transforma em convite para a prática de um sexo descompromissado de atitudes preventivas. A diversidade e a inconsistência das mensagens educativas, somadas às naturais dificuldades e carências do adolescente têm contribuído para a prática da atividade sexual desprotegida, com todos os agravos decorrentes.

As mudanças de comportamento de risco podem se tornar efetivas quando atreladas à afetividade e às especificidades dos pares, entrelaçadas nos aspectos socioculturais da população em tela, de forma a envolver o adolescente nestes aspectos. Compreender o comportamento do adolescente no contexto de sua sexualidade - paradigmas comportamentais, afetivos, cognitivos - e trabalhar com esta população em tempos de Aids têm sido uma prioridade na estratégia nacional brasileira, tanto na área da saúde quanto na área da educação, para o enfrentamento da epidemia da Aids.

Somadas aos diversos fatores de vulnerabilidade<sup>1</sup>, algumas características próprias dos jovens aumentam o desafio que representa o desenvolvimento de estratégias e ações eficazes para o controle da epidemia: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldade de tomar decisões; indefinição de identidade, conflito entre razão e sentimento; necessidade de afirmação grupal; e dificuldade de administrar esperas e desejos.

Dentro desta perspectiva pretendemos investigar **“Quais as representações de prevenção dos estudantes adolescentes de Curitiba, relativas à gravidez precoce e DST, que os levam à adoção (ou não) de medidas preventivas?”**

Com este público-alvo, nossa pesquisa tem como objetivo geral, desvelar as situações do experimentar sexual dos adolescentes entrevistados que mobilizam medidas preventivas contra gravidez precoce e risco de contaminação frente às DST e, deste modo, contribuir com novos subsídios às diretrizes de educação sexual nas escolas e campanhas publicitárias de sensibilização, de forma a promover no adolescente um senso de auto-eficácia, tomada de decisão, responsabilidade e compromisso de saúde para com a sua própria sexualidade.

E, por objetivos específicos:

1. identificar, por meio de um estudo transversal, que fatores acerca das questões sexuais podem se associar a comportamentos de auto-risco nas faixas etárias pesquisadas, e assim, predispor os adolescentes a situações reais de gravidez precoce e contaminação a DST;
2. avaliar o grau de conhecimento da população pesquisada quanto às atitudes de prevenção aqui apontadas;
3. comparar os dados coletados entre os adolescentes pesquisados quanto às variáveis: faixa etária, sexo e escolaridade;

---

<sup>1</sup> A vulnerabilidade é aqui entendida como o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano. A falta de acesso à ações e serviços de saúde e educação é considerado um fator “programático” de ampliação da vulnerabilidade. A vulnerabilidade pode agregar diversas dimensões: a individual, que se relaciona aos comportamentos adotados pelo indivíduo e que pode favorecer oportunidade de se infectar, como por exemplo, o não uso do preservativo; a social, que implica questões econômicas e sociais que influenciam o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas; e a institucional, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia em populações e/ou localidades.

4. investigar as representações dos adolescentes de ambos os sexos sobre sua própria sexualidade e a partir deste contexto, como percebem as questões de gravidez precoce e riscos de contaminação por DST;

5. caracterizar os sentimentos dos adolescentes do ponto de vista cognitivo, frentes às questões sexuais da gravidez precoce, e de contaminação por DST, entre elas, a Aids.

A partir dos objetivos do estudo especificamos as seguintes premissas:

1. características individuais concernentes à: questões de gênero, iniciação sexual precoce, competência verbal, habilidade em planejar o futuro, variáveis familiares, pressões grupais, auto-estima, e outras, podem predispor o adolescente a comportamentos sexuais que os envolvam em riscos pessoais;

2. as representações de prevenção variam em função do gênero (feminino ou masculino): no sexo feminino, estão mais atreladas às questões do envolvimento emocional (não planejamento); e, no sexo masculino, às realizações sexuais (prazer) e desempenho em si.

3. durante a adolescência observa-se manifestações do egocentrismo descrito por PIAGET (1969, 1976) e retomado por ELKIND (1975), o qual estaria relacionado à não adoção de medidas preventivas em relação às práticas sexuais, pela falta de consciência realista de risco;

4. a adoção de conduta preventiva no experienciar da sexualidade dos jovens adolescentes não se efetiva mediante educação sexual que se concentre apenas na transmissão de informações científicas, e não promova compreensão emocional da sexualidade e senso de autoconsciência real;

5. a consciência da necessidade de prevenção vai se tornando mais efetiva com o desenvolvimento cognitivo do adolescente.

Indiscutivelmente, sexualidade é um assunto que interessa intensamente a todos, mesmo que aparentemente alguns ostentem desinteresse (amor platônico, casais que só fazem carinho, ermitões, etc). Também é um assunto que recebe da parte das gerações passadas uma herança pesada. Por isso, ninguém deve estranhar se descobrir em seu subconsciente algum complexo ou tabu, isto é, algum resíduo daquela herança. A revolução sexual despertou no meio do povo a idéia de que o prazer sexual pode trazer uma contribuição importante para a felicidade das

pessoas. Só que existe confusão sobre como conseguir este objetivo, pois o experienciar sexual, para alguns, pode ser origem de muito sofrimento.

Nesse sentido, é mister para os educadores apreender as percepções que os jovens têm da realidade em que vivem. Para mudar o comportamento é importante reconhecer o objeto atribuindo-lhe assim um valor. Tal valor é que facilitará a adoção de novas atitudes e práticas de prevenção.

Em um país de dimensões continentais e clivagens tão desiguais como o Brasil, a resposta à epidemia do HIV/Aids na adolescência passa, necessariamente, pelo enfoque intersetorial – saúde e educação - abrangendo as esferas da estrutura governamental e a sociedade civil organizada.

Este trabalho não tem a pretensão de esgotar o tema, mas sim de fomentar reflexões e discussões sobre a questão, na mídia, nos pais, nos formadores de opinião e nos educadores. E conjuntamente, fornecer subsídios para o campo de estudos e ações em torno do referencial saúde do adolescente, focalizando os temas da gravidez na adolescência, e DST, a partir da articulação entre as dimensões inter-relacionadas: adolescência, sexualidade e prevenção. Antes de tudo, é um convite à elaboração de propostas de intervenção que não tendam a reafirmar as tradicionais concepções preconceituosas e ações repressivas sobre a sexualidade na adolescência mas que discutam a participação dessa população específica no campo da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução.

No atual contexto mundial de transformações, o jovem deve ser o protagonista de sua própria história. Que essa prática seja possível mediante a adoção de atitudes e comportamentos seguros, e medidas contraceptivas adequadas no cotidiano do seu experienciar inter-relacional.



## 2 EMBASAMENTO TEÓRICO

A adolescência vem ocupando mais intensamente, nas últimas décadas, um lugar de significativa importância no cenário das inquietações que atingem a população mundial, tanto no campo da saúde como no da educação: saúde sexual e reprodutiva, gravidez precoce, e as DST, entre elas, especificamente a Aids, são temas de pesquisas e de produção científica e literária.

No Brasil, a saúde reprodutiva e os direitos dos adolescentes vêm despertando maior interesse dos acadêmicos e gestores de políticas (como exemplo, BERQUÓ 1986; HEILBORN 2002; e CAMARANO, 1998).

A experimentação da sexualidade na adolescência possibilita uma estruturação da identidade. Dessa forma, preconceitos e crenças organizam as possibilidades sexual-afetivas dos adolescentes. Segundo Figueiredo (1998, p. 9):

Reconhecer a sexualidade como construção social assemelha-se a dizer que as práticas e desejos são também construídos culturalmente, dependendo da diversidade de povos, concepções de mundo e costumes existentes; mesmo quando integrados em um só país, como ocorre no Brasil. Isso envolve a necessidade de questionamentos de idéias majoritariamente presentes na mídia, em condutas idealizadas, que são “naturalizadas”, e, assim, generalizadas para todos os grupos sociais, independentemente de suas origens e localização.

O objetivo central na prevenção da gravidez precoce e das DST é o desenvolvimento de uma consciência crítica que favoreça a adoção de atitudes e práticas que evitem a maternidade e paternidade indesejadas, a infecção e, por conseguinte, a evolução da epidemia. É importante que os trabalhos voltados para mudanças de atitudes e comportamentos sexuais levem em consideração o significado simbólico das medidas preventivas, posto que estas se relacionam diretamente com o contexto sociocultural do indivíduo. Neste capítulo abordaremos teorias e assuntos que associam o saber cognitivo e biológico referentes ao corpo e à vivência da sexualidade, às diversidades culturais em relação, por exemplo, ao gênero, reprodução, e etc. que permeiam a existência humana dos atores entrevistados.

## 2.1 ADOLESCÊNCIA - CONCEITOS, CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICIDADES E *IDADES DE VIDA*

A palavra *adolescência* é derivada do verbo latino *adolescere* significando *crescer* ou *crescer até a maturidade*.

A noção de adolescência tem suas raízes na Grécia Antiga. Aristóteles<sup>2</sup> qualificou os adolescentes como: “apaixonados, irascíveis, capazes de serem arrebatados por seus impulsos, (...) altas aspirações (...) Se o jovem comete uma falta é sempre no lado do excesso e do exagero, uma vez que eles levam todas as coisas longe demais” (apud KIELL, 1964, p. 18-19).

Entretanto, até o final do século XIX, a adolescência, conforme nos esclarece ARIËS (1981), não era reconhecida socialmente pelos adultos como uma etapa do ciclo vital. Entendia-se que o indivíduo passava diretamente da infância à idade adulta, sem transitar por este estágio intermediário.

Os termos *adolescência* e *juventude* são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989) através de grupos de idades: 10 - 19 anos e 19 - 24 anos respectivamente. O período de vida dos 10 aos 19 anos pode ser subdividido em *adolescência precoce* (dos 10 aos 15 anos) e *adolescência tardia* (dos 16 aos 19 anos).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei no 8.069, de 13/7/90), é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Em seu relatório *Situação Mundial da Infância (2002, p.7)*, a UNICEF definiu a adolescência como uma *janela de oportunidades*. “Esse é um período de rápido desenvolvimento para jovens em todos os aspectos - físico, emocional, psicológico, social e espiritual. Fora o período pré e neonatal, a adolescência é, de fato, a fase de mais rápido desenvolvimento humano” diz o documento. São garotos e garotas com idade entre 12 e 18 anos que vivem um momento especial do seu desenvolvimento. Um tempo de crises e conflitos próprios, mas também de um imenso conjunto de possibilidades de mudanças e de questionamentos fundamentais para o desenvolvimento da sociedade.

---

<sup>2</sup> Aristóteles e o hiperbólico jovem.

Raymond MONTEMAYOR (1986), refletindo sobre a questão *O que é adolescência?* reconhece também que essa não é, decididamente, uma pergunta simples, com uma resposta unidimensional. Ele elege cinco componentes, que, em conjunto, nos permitem uma definição mais abrangente da adolescência: a idade cronológica, o desenvolvimento biológico, o desenvolvimento cognitivo e psicológico (que inclui a construção de uma identidade e o desenvolvimento interpessoal), a mudança de *status* legal e a possibilidade de participação em eventos da vida adulta. Em linhas gerais, esses cinco componentes, embora nos auxiliem a delimitar o conceito de modo mais abrangente, não são fixos e precisam considerar a dinâmica do contexto histórico-social em que se configuram.

ABERASTURY e KNOBEL (1992) referem que em um contexto mais psicológico, é a etapa na qual o indivíduo busca a identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações afetivas, já interiorizadas, que teve com seus familiares e verificando a realidade que a sua sociedade lhe oferece.

Segundo OUTEIRAL, (1994, p. 10):

vive o adolescente, neste período evolutivo, a perda de seu corpo infantil, com uma mente ainda infantil e com um corpo que vai se fazendo inexoravelmente adulto, que ele teme, desconhece e deseja e, provavelmente, que ele percebe aos poucos diferente do que idealizava ter quando adulto. Assim, querendo ou não, o adolescente é levado a habitar um novo corpo e a experimentar uma nova mente. Frente a esta transformação, desejada por um lado e por outro vivida como uma ameaça e uma invasão, o adolescente busca refúgio regressivo em seu mundo interno, dentro de si mesmo (em suas fantasias, devaneios e sonhos), ocorrendo inclusive, momentos de concretização defensiva do pensamento, o que interfere em seu grau de compreensão através das perdas da capacidade de abstração e do pensamento simbólico.

O início e a duração do período que engloba as transformações físicas no processo puberal variam de indivíduo para indivíduo. Essas variações recebem influências dos fatores genéticos e ambientais, da qualidade da alimentação e doenças acometidas anteriormente. A seqüência das modificações puberais parece ser igual para todos os adolescentes. É importante esclarecer que a maturação biológica (maturidade reprodutiva) é comum a toda espécie humana, sendo reconhecida pela ciência como puberdade, termo que se confunde no senso comum com a palavra adolescência.

Em linhas gerais, a adolescência é um termo utilizado para designar o período entre a infância e a idade adulta, nos relata MOREIRA (2002). Esta passagem pode ser marcada por conflitos, tensões e desequilíbrios emocionais em jovens de algumas sociedades, de determinados níveis socioculturais. Tal significado do conceito adolescência e os seus desdobramentos no ciclo vital não correspondem universalmente a todos os jovens, sofrendo variações de acordo com o contexto histórico e sociocultural. As marcantes contradições da sociedade brasileira, observa a autora, evidenciam a multiplicidade adolescente que acompanha as peculiaridades das diversas regiões do país, dos vários grupos e subgrupos-sociais. As diferentes experiências de vida no decorrer do processo de desenvolvimento tais como luta pela sobrevivência, responsabilidades e obrigações, acarretam amadurecimentos precoces de alguns jovens, enquanto outros, mais abastados, têm o direito de exercer plenamente a sua adolescência com todos os conflitos transacionais necessários para alcançar a vida adulta.

Convém destacar MUUSS (1966) que afirma que o período prolongado da adolescência que, algumas vezes, é de quase uma década, em sociedades de maior índice técnico, não é fisiológico, mas uma *invenção social*. A conclusão do autor evidencia que, quanto maior o desenvolvimento tecnológico de uma sociedade, mais longo será o período da adolescência, pois as necessidades dos jovens, bem como as exigências do meio em que vivem, tornam-se maiores. A pressão social para um desenvolvimento profissional cada vez mais especializado faz com que o jovem dedique grande parte do seu tempo aos estudos e permaneça sob os cuidados dos adultos.

Para ABERASTURY e KNOBEL (1992), o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas, caracterizando uma fase denominada de “síndrome normal da adolescência”, perturbada e perturbadora para o mundo dos adultos, mas extremamente necessária para o adolescente que busca estabelecer sua identidade neste momento.

As características da “síndrome normal” da adolescência proposta pelos autores, pressupõe um ténue limite entre a normalidade e a patologia como esperado para essa fase do desenvolvimento.

Caracterizada pelos autores como uma “entidade semipatológica”, devido aos momentos de instabilidade, é um período em que o ser humano prepara-se para adquirir não só uma imagem corporal definitiva, mas também uma identidade adulta mais estruturada e estável.

O adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas de acordo com o que conhecemos dele. Em nosso meio cultural, mostra-nos períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são concomitantemente com conflitos afetivos, crises religiosas nas quais se pode oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional. Tudo isto é o que eu chamei uma entidade semipatológica ou, referindo, “uma síndrome normal da adolescência”. (ABERASTURY e KNOBEL, 1992, p. 28)

O adolescente se apresenta como inúmeros personagens, combinação instável de vários corpos e identidades a renunciar, sintetizar ou adquirir, obstáculo principal para resolver sua identidade sexual (ABERASTURY e KNOBEL, 1992). Na esfera sexual, sentem e expressam a necessidade de fazer experiências que, nem sempre, são totais, mas que precisam viver, diferentemente do que se convencionou de promiscuidade. Precisa de tempo para fazer as pazes com seu corpo, conformar-se a ele, mediante um longo processo de luto e renúncia ao corpo infantil e à fantasia do onipotente bissexual, base da atividade masturbatória.

Segundo ABERASTURY e KNOBEL (1992, p. 24) “(...) este período da vida, como todo o fenômeno humano, tem sua exteriorização característica dentro do marco cultural-social no qual se desenvolve. Assim, devemos em parte considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de toda história do desenvolvimento do ser humano, e, por outro lado, estudar a sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social”.

Os fatores socioculturais têm grande importância na elaboração dos fenômenos expressivos da adolescência, apresentando sob estas manifestações princípios biopsicológicos fundamentais, que dão ao fenômeno características universais. As manifestações externas de conduta são culturalmente diferentes, porém o psicodinamismo e a base do comportamento são os mesmos. Quanto a esse processo, ABERASTURY e KNOBEL (1992) revelam que o objetivo final do

desenvolvimento do adolescente é a criação da própria identidade, que se processa através da interação do mundo interno com o externo. Nesse dinamismo para formar sua própria identidade há necessidade de elaboração, pelo adolescente e pelos pais, de perdas que são denominadas lutos, tais como:

1) luto pela perda do corpo infantil - aceitação das transformações corporais, controle dos impulsos da sexualidade, a perda da “bissexualidade” infantil;

2) luto pela perda dos pais da infância - a transição da dependência infantil para a independência do adulto. “Decepção” do adolescente com os pais idealizados na infância, transforma a culpa em agressividade em relação aos mesmos. Tanto os adolescentes como os pais desejam e temem o crescimento, a maturação sexual e as responsabilidades; busca identificação fora do âmbito familiar, o que é necessário para o processo de socialização;

3) luto pela perda da identidade e do papel infantil - na dificuldade de definir-se como criança ou como adulto, o adolescente busca apoio do grupo, onde busca novas identidades. Assume diferentes identidades transitórias, ocasionais ou circunstanciais, no sentido de entender sua intimidade, e dessa forma, poder desenhar sua própria identidade. É importante salientar que os processos de luto são manifestações com características defensivas, de caráter psicopático, fóbico ou contrafóbico, maníaco ou esquizoparanóide, conforme o indivíduo e suas circunstâncias.

Para ABERASTURY e KNOBEL (1992, p. 27) “a estabilização da personalidade não se consegue sem passar por certo grau de conduta patológica que, conforme o meu critério, devemos considerar a evolução normal desta etapa da vida”. Os mesmos autores salientam que frente a um mundo tão mutável e a um indivíduo que, como o adolescente, apresenta uma série de atitudes também mutáveis, este não pode senão manifestar-se através de uma forma especial. Que de nenhuma maneira pode comparar-se sequer com o que seria a verdadeira normalidade no conceito adulto do termo.

No processo de desenvolvimento, como mencionado anteriormente, o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas em nosso meio cultural, mostrando-nos períodos de elação, de introversão, alternando com audácia, timidez, descoordenação, urgência, desinteresse ou apatia, que se sucedem ou são

concomitantes com conflitos afetivos, crises religiosas nas quais se pode oscilar do ateísmo anárquico ao misticismo fervoroso, intelectualizações e postulações filosóficas, ascetismo, condutas sexuais dirigidas para o heteroerotismo e até a homossexualidade ocasional.

Neste sentido, ABERASTURY e KNOBEL (1992) organizaram as manifestações críticas, características da adolescência, segundo a sintomatologia a seguir:

1) a busca de si mesmo e da identidade - momentos de isolamento para entender sua intimidade;

2) tendência grupal - processo de afastamento dos pais, substituindo-os por grupos, passo intermediário no mundo externo;

3) necessidade de intelectualizar e fantasiar - elaboração do luto pela perda da identidade infantil;

4) crises religiosas - que podem ir do ateísmo a comportamentos religiosos de extremo fanatismo;

5) deslocalização temporal - as urgências são enormes e, às vezes, as postergações são aparentemente irracionais. A necessidade imediata de uma roupa nova ou a postergação do estudo, pois, "eu tenho tempo, a prova é somente amanhã";

6) evolução sexual do auto-erotismo até a heterossexualidade - ocorre oscilação permanente entre a atividade de caráter masturbatório e o começo do exercício genital, aceitando sua genitalidade. O adolescente inicia a busca do(a) parceiro(a) de maneira tímida, começando os contatos superficialmente, posteriormente os carinhos vão tornando-se cada vez mais profundos e mais íntimos que enchem a sua vida sexual;

7) atitude social reivindicatória - a sociedade impõe restrições à vida do adolescente que, por sua força, sua atividade e poder reestruturador da sua personalidade, tenta modificar a sociedade, ao mesmo tempo em que visa constantes modificações internas. Grande parte das frustrações pela perda dos pais da infância projeta-se no mundo externo;

8) contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta - só o adolescente mentalmente doente poderá mostrar rigidez na conduta. As

contradições facilitam a elaboração dos lutos e caracterizam a identidade adolescente;

9) separação progressiva dos pais - o afastamento dos pais é necessário para que o adolescente encontre identidades diferentes e seja capaz de formar sua própria personalidade. Além disso, o aparecimento da capacidade executora da genitalidade impõe a separação dos pais;

10) constantes flutuações de humor e estado de ânimo - os fenômenos de depressão e luto acompanham o processo identificatório. A quantidade e qualidade da elaboração dos lutos determinarão a intensidade da expressão dos sentimentos. Quando elabora e supera os lutos, pode projetar-se. As mudanças de humor são típicas e é preciso entender a base dos mecanismos de projeção e de luto. A agressividade pode voltar-se tanto para objetos externos (família, escola, amigos e outros) como para si mesmo, como uma situação no processo de luto.

WINNICOTT (1993, p. 115) nos coloca sabiamente que "(...) esta é uma fase que precisa ser efetivamente vivida, e é essencialmente uma fase de descoberta pessoal. Cada indivíduo vê-se engajado numa experiência viva, num problema do existir".

SANTOS e SANTOS (1999) confirmam algumas características e comportamentos dos adolescentes que acarretam risco à atividade sexual: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldades de tomar decisões; indefinição de identidade; conflito entre razão e sentimento; necessidades de afirmação grupal e dificuldades de administrar esperas e desejos.

Essas experiências sexuais os levam a se envolver em relações sexuais de risco, cujo resultado pode ser infectarem-se por uma DST, inclusive HIV/Aids ou engravidar uma parceira. Grande parte destes riscos está associada à percepção inadequada dos mesmos e ao desconhecimento de formas de proteção ou de como delas utilizarem-se.

## 2.2 ADOLESCÊNCIA - ALGUNS DADOS ESTATÍSTICOS NO BRASIL



### 2.2.1 Populacionais

De acordo com o IBGE, no Censo Demográfico, 2000 - resultados da Amostra, Tabela 1.1.1 - População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil, somos um total populacional de 169.872.856 habitantes no território brasileiro. A população de 10 a 19 anos corresponde a 20,78% do total da população brasileira, o que equivale a 35.302.972. (IBGE, 2000)

Estudo focalizando a demografia da população jovem no Brasil (BAENINGER, 1999, p.28) destaca que as faixas etárias de 10-14 anos e 15-19 anos, sentindo os primeiros efeitos da desaceleração da fecundidade, registrarão de 2000 para 2010, diminuição em seus volumes de população. Os pré-adolescentes passarão de 16,7 milhões em 2000, para 14,6 milhões em 2010, e para 14,5 milhões, em 2020. Os jovens adolescentes serão 17,2 milhões em 2000, 15,4 milhões em 2010, e 14,3 milhões em 2020. Já, a faixa etária de 20-24 anos chegará a registrar um aumento em seu volume, refletindo estruturas etárias passadas (nas quais ainda era maior o número de filhos por mulher): de um contingente de 15,9 milhões de jovens adultos, passarão para 16,6 milhões em 2010; reduzindo-se para 14,5 milhões, em 2020. Segundo a autora, mesmo que as primeiras décadas do século XXI indiquem redução no contingente jovem, dada a magnitude populacional do país, a sua dimensão absoluta será expressiva: o volume de população de 10-24 anos será semelhante à população total do estado de São Paulo inteiro, no mesmo período, Esta dinâmica demográfica jovem foi denominada de *onda jovem* (OLIVEIRA *et al*, 1998a).

Alerta BAENINGER (1999) que esse fato indica a necessidade de se prever demandas sociais específicas (educação, saúde, trabalho, etc.) para a geração jovem do século XXI.

### 2.2.2 Menarca

O amadurecimento biológico é acompanhado por manifestações sexuais que devem ser integradas na personalidade do adolescente. A menarca, na garota, e as ejaculações involuntárias no rapaz (poluções noturnas), e, depois, a própria

masturbação, são manifestações fisiológicas evidentes, vinculadas à nova e profunda alteração que se está processando psicologicamente.

A partir desse momento, um dos problemas enfrentado pelo adolescente é o de estender para alguém do sexo oposto ou não, fora do círculo familiar, os mesmos sentimentos que antes prevaleciam em relação aos pais. Além de orientar sua atenção para fora do ambiente da família, o adolescente poderá estabelecer íntima relação com pessoas de maior idade, do outro sexo ou não.

Esse exteriorizar-se é freqüentemente acompanhado por sensível diminuição do carinho e atenção pelos pais, parecendo, a estes, que seus sentimentos e esforços pelo(a) próprio(a) filho(a) foram menosprezados, advindo o ciúme, proibições e conflitos familiares, que assiduamente corroboram com a situação de risco, pois levam os adolescentes a práticas e comportamentos às escondidas.

Historicamente, a idade média da menarca das adolescentes vem apresentando uma tendência de queda (TANNER, 1962; COLLI, 1985), diminuindo cerca de 4 meses a cada década, encontrando-se, atualmente, na faixa de 12,5 a 13 anos, em segmentos populacionais economicamente desenvolvidos.

Reforçando essa tendência, SCHOR (1994) identificou, em estudo retrospectivo, no Centro de Saúde Paula Souza, da Faculdade de Saúde Pública da USP, a idade média da menarca de 13,6 anos, na década de 30; 13,4 anos, na década de 40; 12,3 anos, na década de 60 e 11,6 anos, na década de 80.

De modo geral se admite que a idade de ocorrência da menarca tenha uma distribuição gaussiana e o desvio-padrão é aproximadamente 1 ano na maioria das populações, conseqüentemente, 95% da sua ocorrência se encontra nos limites de 11,0 a 15,0 anos de idade (MARSHAL & TANNER, 1969; BEZERRA et al, 1973; SEDENHO & SOUZA FREITAS, 1984; COLLI, 1988; CHOMPOOTAWEEP et al., 1997).

Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precocemente ocorrer, mais exposta estará a adolescente à gestação. (BEHLE, 1991).

### 2.2.3 Iniciação Sexual

Ao lado da ocorrência mais cedo da menarca, as adolescentes têm tido sua iniciação sexual cada vez mais precoce.

Destaca-se a iniciação sexual como um rito de passagem, envolvendo distintos trânsitos entre a infância, a adolescência (GALLAND, 1977) e a juventude. É considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo. Neste caminho dá-se a afirmação da virilidade (NOLASCO, 1993), modelagens sobre feminilidade e a busca por autonomia, o que no senso comum se traduz com o “torna-se homem” e “fazer-se mulher”, perpassando, portanto, sentidos identitários diversos, como o que se entende por masculino e feminino e as realizações das trocas afetivas.

A iniciação sexual é socialmente percebida como um rito de passagem, cujos contornos ainda não estão claramente definidos. A criança é dependente de uma cultura nucleada na família. Mas os adolescentes ao se iniciarem na sexualidade passam a ser considerados pelo menos nesse aspecto como adultos. Vivem a ambigüidade de ser, então, sexualmente adultos e em situações de dependência nas dimensões econômicas e familiares, entre outras.

Pesquisas brasileiras e latino-americanas evidenciam o padrão de comportamento sexual ativo tanto masculino quanto feminino. MUNDIGO (1995) informa, por exemplo, o quanto a experiência sexual pré-matrimonial entre jovens adolescentes é comum na América Latina: a porcentagem de jovens entre 15 e 19 anos de ambos os sexos que declararam ter tido experiência sexual foi de 42% na Costa Rica, 44% na Cidade do México, 73% no Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo e 78% na Jamaica. Em todas estas cidades, a idade média para a primeira relação sexual foi cerca de 15 anos para os homens e 17 anos para as mulheres.

FERRAZ & FERREIRA (1998) relataram que, em 1986, apenas 14,0% dos jovens entre 15 e 19 anos tiveram relação sexual pré-marital, enquanto que, em 1996, esta proporção subiu para 30,0%.

Também constataram MELO & YAZAKI (1998) uma antecipação do início da vida sexual, especialmente no grupo de mulheres de 15 a 19 anos. Segundo suas pesquisas, em 1986, apenas 8,7% destas jovens referiram ter tido relação sexual antes dos 15 anos de idade. Analisando os dados de 1996, foi verificado que este

índice aumentou para 22,6%. A antecipação da primeira relação sexual está presente nos diferentes estratos sociais, podendo ser admitida como uma tendência generalizada.

A pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (DHS) de 1996 apontou que a mediana da idade para a primeira relação sexual era de 19,5 para as mulheres e de 16,7 para os homens. Pesquisa realizada em São Paulo, em 1996, com 2.340 jovens entre 12 e 24 anos, sugerem que 30,2% dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual entre 13 e 15 anos (OLIVEIRA, 1998b).

Um estudo realizado pelo Ministério da SAÚDE (MS, 2000), também evidenciou esse aspecto, onde a idade média do início da vida sexual encontrada em 1984 foi 15,3 anos entre os homens de 16 a 19 anos de idade e 16 anos entre as mulheres da faixa etária. Em 1998, a idade média verificada diminuiu para 14,5 e 15,2 anos respectivamente.

Dados mais recentes, levantados pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (1999), mostram que os jovens vêm iniciando a vida sexual muito mais cedo.

Estima-se que, a cada ano, um contingente de 4 milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual pode ser considerado um agravante para o comportamento de risco frente ao HIV/ Aids. Segundo a BEMFAM, DHS 1996, a idade mediana da primeira relação sexual, para homens, é de 14 anos e para as mulheres 15 anos. Em alguns países da América Latina e Caribe, pesquisas revelam um baixo índice do uso freqüente do preservativo entre os jovens de baixa escolaridade e um alto índice de gravidez e abortos realizados em condições de alto risco, entre pré-adolescentes e adolescentes. (SANTOS; SANTOS, 1999, p. 216).

Um dos indicadores mais usados para o debate sobre iniciação sexual na literatura tem sido a idade da primeira relação sexual. Em trabalho da UNESCO, utiliza-se como estatística de iniciação sexual, a média de idade da primeira relação. De acordo com RUA e ABRAMOVAY (2001 p. 143):

A idade média da primeira relação sexual é significativamente mais baixa entre os alunos do sexo masculino do que entre as estudantes do sexo feminino. No caso das meninas, em Porto Alegre, Manaus e São Paulo encontram-se as mais baixas idades médias da primeira relação sexual (15, 15,1 e 15,2 anos), ficando as mais elevadas em Belém e Fortaleza (17 e

15,8 anos). Quanto aos rapazes, registram-se em Cuiabá, Manaus e Salvador a mais baixa idade média da primeira relação sexual (13,9 anos), ocorrendo em Florianópolis a mais alta (14,5 anos).

Na população escolar podemos encontrar uma peculiaridade: a primeira relação sexual desses adolescentes pode se dar em tempo diferente da de outras populações brasileiras, por vários fatores, como apontado por CONTRERAS e HAKKERT (2001): o grau de escolaridade, que gera impactos diretamente proporcionais à idade em que ocorre a iniciação sexual. De acordo com CAMARANO (2003), o fato de as jovens estarem freqüentando os últimos anos do ensino fundamental ou do ensino médio, como no caso da amostra desta pesquisa, pode gerar um “(...) adiamento da idade em que elas (alunas) iniciam a vida sexual” (CAMARANO et al., 2003: 15).

Dados do Ministério da Saúde, em 2003, apontam que a idade da primeira relação entre os meninos ocorre aos 14,5 e entre as meninas aos 15,5 anos. (MS, 2003).

### 2.3 ADOLESCÊNCIA - SEXUALIDADE E DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Entre os vários eventos que marcam o início da adolescência segundo MUSSEN *et alii* (1995), as mudanças físicas e psicológicas associadas ao desenvolvimento sexual compõem o mais dramático deles. A adolescência é época importantíssima para o desenvolvimento da sexualidade, levando os jovens a sentimentos sexuais mais fortes e à capacidade de se reproduzirem sexualmente em virtude das mudanças hormonais.

No início da adolescência, meninos e meninas parecem mais ansiosos em relação à sexualidade, e um pouco nervosos sobre os seus impulsos sexuais. Área de considerável preocupação durante a adolescência, uma das principais tarefas dessa etapa do desenvolvimento é aprender a lidar com o impulso sexual, de forma a incorporá-lo com sucesso e adequação nas relações sociais (SULLIVAN, 1953).

A idade com que os adolescentes vêm entrando na puberdade tem diminuído consideravelmente (STEINBERG, 1989).

Este amadurecimento biológico não coincide necessariamente com o amadurecimento cognitivo e emocional, constituindo-se num fator de risco para o experienciar sexual, e suas conseqüências negativas (SIMKINS, 1984).

A literatura caracteriza a adolescência como um período de intensa necessidade de explorar e experimentar o contexto vivencial, tornando o indivíduo mais vulnerável ao engajamento de comportamentos que envolvem riscos pessoais (IRWIN e MILLSTEIN, 1986).

É dentro deste contexto de risco que o comportamento sexual dos jovens vem sendo estudado e caracterizado: gravidez precoce em índices crescentes, e aumento do número de DST, entre elas a Aids, nas faixas etárias jovens.

STEINBERG (1999) relata que grandes transições são observadas em vários domínios no período da adolescência: mudanças na cognição ou no pensamento, mudanças biológicas e modificações nos papéis sociais. As modificações cognitivas apresentam um impacto profundo no desenvolvimento psicológico e social do adolescente.

As mudanças cognitivas podem ser resumidas em cinco pontos principais (Keating, apud STEINBERG, 1999). Adolescentes tornam-se mais capazes que crianças para: pensar sobre o que é possível, ao invés de limitar seu pensamento sobre o real; pensar sobre coisas abstratas; pensar mais freqüentemente sobre o próprio processo de pensamento; tornar o pensamento multidimensional, ao invés de se limitar a um único aspecto; ver as coisas relativas, ao invés de absolutas.

O funcionamento cognitivo na adolescência é caracterizado por PIAGET (1972), pelo desenvolvimento do pensamento operacional-formal.

O desenvolvimento cognitivo avança por uma seqüência fixa de estágios qualitativamente distintos, mas a idade em que esses estágios aparecem podem variar, relacionados com a cultura onde o adolescente está inserido. O pensamento adolescente é fundamentalmente diferente do pensamento na criança. Na fase da adolescência os indivíduos desenvolvem um tipo especial de pensamento que é utilizado em situações variadas (STEINBERG, 1999).

Segundo a visão piagetiana (PIAGET,1997), a transição de um período a outro provoca um desequilíbrio temporário que, posteriormente, dá lugar a uma forma superior de raciocínio. No início de cada nova etapa verifica-se uma

predominância da assimilação sobre a acomodação – o indivíduo incorpora a realidade às estruturas que já possui (PIAGET e INHELDER, 1976). Através de um processo gradual, segundo PIAGET (1997), as estruturas internas tornam-se adequadas à realidade, atingindo desta forma um equilíbrio maior. Na adolescência, este equilíbrio é obtido através da capacidade de realizar operações lógicas ao nível das idéias, desvinculando-se do palpável ou do concreto. (RAPPAPORT; FIORI e DAVIS, 1981, p. 69).

Por definição, o pensamento concreto é a representação de uma ação possível e o formal é a representação de uma representação de ações possíveis (PIAGET, 1969).

As observações de Piaget o levaram a concluir que esse novo tipo de pensamento emergia bastante rapidamente no início da adolescência, entre os 12 e 16 anos.

Segundo PIAGET (1969) e, PIAGET e INHELDER (1976), as características principais deste estágio do desenvolvimento cognitivo são:

a) Abstração: capacidade de realizar operações mentais sem necessidade de referência a objetos concretos - as operações lógicas se dão no plano das idéias sem necessidade de apoio da percepção. Possibilidade de generalização, análise, síntese. A reflexão é espontânea - pensamento de segundo grau - há uma reflexão sobre a reflexão.

b) Lógica formal proposicional: predomínio de esquemas conceituais abstratos e a utilização de uma lógica formal-proposicional - raciocínio hipotético-dedutivo: capacidade de deduzir as conclusões de puras hipóteses e não somente através de uma observação real.

c) Egocentrismo do adolescente: o mundo é captado pelo sujeito principalmente através da assimilação egocêntrica. Na adolescência, se manifesta por uma crença ilimitada na capacidade de reflexão de atuar como instrumento de transformação da realidade. No início da adolescência ocorre uma onipotência da reflexão: o mundo deve submeter-se aos sistemas teóricos e não à realidade. Desta forma ocorre um desequilíbrio, pois o pensamento se afasta do real, através da

imaginação, dos planos e projetos do adolescente. Isso se reduz à medida que surge um equilíbrio entre o pensamento e a realidade.

d) Comportamento Social: no início o adolescente passa por uma fase de interiorização, parecendo anti-social. Condena, despreza e quer mudar a sociedade. Depois surge o predomínio dos grupos, constituídos como sociedades de discussão, quando o mundo é reconstruído em comum, com discursos que combatem o mundo real. A adaptação à sociedade se dará à medida que o adolescente de reformador transforma-se em realizador, reconciliando o pensamento formal com a realidade das coisas.

e) Moral: durante este período surge a capacidade de autonomia plena, o adolescente compreende relações de reciprocidade, coordenação de valores, cooperação. Há uma moral individual, onde são definidos seus próprios valores.

f) Estrutura lógico-matemática: surge o grupo INCR (Identidade, Negação, Correlatividade e Reciprocidade), que implica em que, dada uma transformação qualquer, podemos desfazê-la através da negação ou compensá-la, através de uma recíproca. O funcionamento mental a partir dessa estrutura (formal) capacita o adolescente a compreender problemas de análise combinatória, noções de probabilidade, correlação, proporções, sistema de referências, compensações multiplicativas, equilíbrio.

ELKIND (1967) também evidencia que o acesso ao estágio operacional-formal leva o adolescente ao fenômeno denominado egocentrismo, fazendo-o excessivamente preocupado consigo mesmo, e personagem único na história a viver o que está vivendo no momento. Este comportamento leva o indivíduo a ter dificuldades de perceber a sua vulnerabilidade frente a eventos e perigos que uma outra pessoa facilmente perceberia.

Do ponto de vista estritamente cognitivo, segundo ELKIND (1975), a principal tarefa da primeira adolescência é a conquista do pensamento: conceituar seu próprio pensamento, tomar suas construções mentais como objetos e raciocinar sobre as mesmas. Esse novo sistema mental que liberta o jovem do egocentrismo da meninice prende-o numa nova forma de egocentrismo característico da adolescência: acredita que os outros estão preocupados com sua aparência e



comportamento, e assim permanece continuamente construindo uma audiência imaginária, e desta forma comportando-se de maneira narcisista, desejando isolamento, sentindo vergonha, e relutante em se revelar. O egocentrismo da primeira adolescência tende a diminuir por volta dos 15 ou 16 anos, idade em que as operações formais se tornam firmemente estabelecidas.

Ressalta ainda PIAGET (1972), que ocorrem diferenças no ritmo do desenvolvimento entre as pessoas e as atribui às variações na qualidade e frequência da estimulação intelectual recebida dos adultos durante a infância e adolescência, às possibilidades de atividade espontânea no seu meio, aos fatores espontâneos e endógenos do indivíduo e à presença de um meio que seja favorável à cooperação, ou seja, operações realizadas em comum. Após a adolescência Piaget considera o desenvolvimento do indivíduo como um avanço estrutural na direção da especialização, aparecendo as aptidões progressivamente diferenciadas. As diferenças no uso das estruturas formais, observadas entre os sujeitos, seriam derivadas de aptidões pessoais e interesses vitais, como, por exemplo, especializações profissionais.

Esta estrutura nova, a operação formal, não surge repentinamente na vida do adolescente. Ela é o resultado de um longo caminho percorrido pela criança: um prolongamento das estruturas sensório-motoras e dos agrupamentos de operações concretas. "A grande aquisição deste período passa a ser a possibilidade que o adolescente agora possui de pensar em termos formais, dispensando o apoio da percepção, da crença ou da experiência". (RAPPAPORT; FIORI e DAVIS, 1981, p. 69).

Todavia também ressaltam PESTRAK e MARTIN (1985) que não se tem certeza de que todos os adolescentes alcançam o pensamento formal, e que tamanha sofisticação cognitiva não garante um comportamento sexual responsável por parte destes.

Assim, torna-se fator de máxima importância a percepção real da vulnerabilidade frente a riscos, para que o adolescente possa tomar decisões em direção à prevenção (GOCHMAN, 1972, 1986; CATANIA *et alii*, 1990).

Lançar olhos sobre esta peculiaridade do funcionamento cognitivo do adolescente é de capital necessidade para o sucesso de uma educação sexual que

objetivo promover o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisões preventivas, e postura responsável diante da própria sexualidade.

## 2.4 ADOLESCÊNCIA - GÊNERO NA SEXUALIDADE

Além das características biológicas que promovem a diferença dos sexos, existe o gênero. Trata-se de um complexo de determinações e características que nomeiam socialmente o que é ser masculino e feminino em determinada cultura. O corpo recebe uma significação sexual que é definida como referência sobre o que é ser masculino e feminino. Esta significação aparece como norma, valores, percepções, representações que acompanham a vida dos sujeitos (GIFFIN, 1994).

A categoria gênero invoca um debate que diz respeito à concepção do que é ser homem e mulher na sociedade, interpelando a experiência sexual dos sujeitos, modelando o mundo dos significados eróticos, as transações sexuais, a realização do desejo e, em algumas circunstâncias, a própria obtenção do gozo. O gênero é um aspecto maleável do eu que torna possível que se reconheçam não somente as semelhanças e igualdades existentes entre os sujeitos sociais homem e mulher, mas os padrões de coerência cultural que existem em razão mesmo da diferença que os separam, as contradições lógicas e emocionais que fluem desta coexistência binária (SCOTT, 1989; HEILBORN, 1999).

A identidade sexual está ligada à forma como o sujeito se percebe, e ao lugar em que a sociedade o determina. Já durante a gestação, os pais estampam seus valores sociais à educação dos filhos. As cores do quarto e do vestuário, os brinquedos, nomes, as cantigas, brincadeiras, etc.

ROMERO (1995) apresenta pesquisa indicando já nos primeiros dias de vida, durante a amamentação, a distinção no tratamento entre os sexos e conseqüentes sanções e gratificações. Aos poucos, a criança aprenderá o valor simbólico de ter nascido homem ou mulher. "O ser humano aprende porque há quem o ensine, e esse ensino não é assexuado." (ROMERO 1995, p. 238).

Na construção da identidade, esses valores e expectativas dos pais são impressos nos filhos: que "os homens sejam fortes, independentes, agressivos, competitivos e dominantes. Para as mulheres, a expectativa é de que sejam mais

dependentes, sensíveis, afetuosas e que suprimam impulsos agressivos e sexuais." (ROMERO 1995, p. 243).

A escola, o grupo de iguais, a igreja, a literatura, a mídia, e muitos outros, encarregam-se de confirmar ou reforçar os estereótipos e as expectativas de modelos masculino ou feminino. O processo da construção da identidade masculina ou feminina é iniciado na família, e a sociedade exerce o efeito de reforço e manutenção dos mesmos.

A adolescência é um período de transição que não se apresenta igualmente entre homens e mulheres. Exemplificando alguns estereótipos, OLIVEIRA, (1998c) nos apresenta alguns modelos: quanto à experimentação e ao erro, por exemplo, *coisas da idade* para o homem; para a mulher condicionamento e treino de sua *aptidão* ao papel que deve assumir na sociedade (mãe e esposa). Para o homem, prática sexual é até incentivada; das mulheres espera-se um comportamento que associa a sedução ao platonismo.

DESSER (1993), pesquisando adolescentes femininas, aponta nos relatos obtidos que o interesse e a curiosidade sexual e romântica tem se instalado pontualmente a partir da menarca, percebendo o erotismo não como um processo, mas como súbito, pondo fim aos modelos de menina, ou mocinha.

Seguindo a construção da identidade feminina, com a primeira relação sexual, torna-se mulher, e com a gravidez, está completo seu caminho. Assim, o *status* social mais elevado - mãe e mulher - só é possível com a entrada do homem em sua vida; tornam-se seres para os outros, e não com os outros. (OLIVEIRA, 1998c).

Já que do homem espera-se muito sexo e da mulher nenhum, pouco se faz para prepará-la para a vida sexual, já que isso significaria poder sobre sua própria vida, um poder que cabe ao homem. Cabe a ele decidir quando e como vai ser a relação e se haverá providências quanto à utilização de preservativo. Permeia no relacionamento uma dupla moral, em que do homem espera-se a insistência e a chantagem, e da mulher, a responsabilidade de *se defender*.

MOTA (1998) pesquisando jovens masculinos de baixa renda, de 14 a 21 anos, relata que na concepção deles, ser homem é desempenhar a prática sexual, cumprindo, assim, os papéis destinados ao gênero masculino, reproduzindo um

estereótipo que os lança em situação de risco. O caráter do homem é avaliado de acordo com a maneira como se apresenta no mundo externo (público, rua) e da forma como mostra o seu desempenho sexual na esfera privada (mundo individual, entre quatro paredes). O homem jovem tem que demonstrar, mesmo que insatisfeito, um impulso agressivo e ativo sexualmente (multiplicidade de parcerias) como referência de masculinidade; ter esposa (rito de passagem para a fase adulta) é *status*, sucesso, dominação, tanto para outros homens como para mulheres, como se ressaltasse um aspecto da essência da sua masculinidade.

Os homens aprendem a valorizar a atividade sexual como algo que legitima sua identidade masculina; ser homem é desempenhar o papel de quem domina e *penetra* outros. É comum jovens em iniciação sexual realizarem os chamados *trocacabras*, um penetrando o outro e trocando de posição. Entre casais heterossexuais adolescentes, também comumente acontece o coito anal como preservação da virgindade e método contraceptivo (DANIEL e PARKER, 1991).

As discussões sobre os novos padrões de comportamento estão trazendo para a esfera da sexualidade e saúde reprodutiva a figura do homem em questões relativas à prevenção de DST, em especial a Aids, e ressaltando a importância do seu envolvimento no planejamento familiar, uma vez que, entre outras coisas, ele convive constantemente com a possibilidade de engravidar mulheres com as quais mantém relacionamento sexual, dado que sua fertilidade é constante e não periódica como a das mulheres (ICDP, 1994).

MOTA (1998) em sua pesquisa relata que, o uso da camisinha aparece relacionado ao poder de controle do homem sobre a reprodução e fertilidade feminina, desde que o contexto *indomável e incontrolável* da sua sedução sexual não os leve a relações sexuais sem a devida proteção.

O tema da contracepção, tradicionalmente é associado às mulheres, tendo como referência a preocupação em evitar uma gravidez. Com o aumento da Aids entre a população feminina nos diferentes continentes, a partir da década de 90, evidenciou-se o grande desafio na promoção da adoção de práticas sexuais mais seguras e a responsabilidade das mulheres como agentes na defesa de seus direitos sexuais, reprodutivos e pela vida. Negociar o uso do preservativo masculino esbarra em relações de gênero, vulnerabilizando as mulheres; é quando a

insegurança afetiva, noções de amor romântico e fidelidade podem contribuir para que elas abram a guarda em relação à administração do seu poder de contracepção e prevenção a DST/Aids.

Em um contexto cultural permeado de valores machistas, no qual os apelos à erotização das relações são maciços, os descompassos entre a maturidade reprodutiva e psicossocial encontram na imaturidade dos *invulneráveis* adolescentes, um terreno fértil para comportamentos de riscos.

O modelo das atitudes de prevenção que procuramos deve levar em conta estas especificidades dos universos sexuais masculino e feminino dos adolescentes, de forma tal que os comportamentos que efetivamente não os coloquem vulneráveis possam ser incorporados ao mundo da experiência erótica, sem a pretensão de confrontar os ritos de passagem, ou a tipicidade do ser adolescente.

Ao reconhecermos um pouco mais da organização cultural e social dos relacionamentos entre os gêneros masculino e feminino, e a forma como estes são estruturados e vivenciados entre os adolescentes, novos comportamentos para a prática do sexo seguro poderão ser apreendidos e incorporados no cotidiano dos envolvimento sexuais. As políticas de prevenção deverão fazer uso desses matizes da cultura de gênero.

Num tempo de epidemias sexualmente transmissíveis julgamos que reconhecer mais profundamente os domínios do corpo e do erótico na vida sexual diária de rapazes e moças, levar-nos-á à uma melhor compreensão do *transgredir* normas de prevenção do universo jovem .

## 2.5 ADOLESCÊNCIA - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

Graças aos grandes progressos da humanidade em sua luta contra as doenças transmissíveis, a população mundial passou de 1,6 bilhão, em 1900, para aproximadamente 6 bilhões, em 1990 (MONTAGNIER, 1991). Antimicrobianos, vacinas, novos métodos de higienização permitiram a redução de muitas dessas enfermidades, como por exemplo, a raiva, a febre tifóide, a poliomielite, o tétano e a varíola. Entretanto, as doenças sexualmente transmissíveis recrudesceram a partir dos anos 60, assumindo características de sério problema de saúde pública.

Até a década de 50, segundo BELDA (1985), reduzido número de doenças infecciosas era reconhecido como de transmissão sexual, salientando a sífilis, a gonorréia, o cancro mole, a donovanose e o linfogranuloma venéreo. A partir dos anos 60 novos patógenos foram também responsabilizados e implicados como de transmissão sexual, entre eles a *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* e vírus da hepatite B (HBV).

Na década de 80, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) veio integrar a lista das DST, agravando os problemas já existentes na medida em que a forma mais comum de transmissão, na maioria dos países, é a relação sexual com penetração e ejaculação em coito não protegido (GLASEL, 1991).

Devido às particularidades na forma de transmissão e seu aspecto incurável e letal, a Aids tem assumido caráter prioritário, relegando as demais DST a planos secundários (CRUZ RIOS, 1991).

Razões teóricas e evidências clínicas sugerem que algumas DST facilitam a transmissão sexual da infecção pelo HIV, atuando como fator de risco, devido ao aumento da capacidade do portador de HIV infectar outras pessoas. A maioria das DST provoca inflamação e/ou ulceração genital da pele ou mucosas, facilitando assim a disseminação do HIV (AHRTAG, 1989).

Associadas ao reconhecimento da possibilidade de transmissão sexual de um grande número de microrganismos, ressaltam-se profundas modificações no comportamento sexual das pessoas, o que contribuiu, sobretudo, para alterar de maneira significativa o quadro dessas doenças, tanto nos seus aspectos epidemiológicos quanto nos clínicos-laboratoriais (DUARTE, 1989).

Através do contato sexual, mais de vinte tipos diferentes de doenças são transmitidas (O'LEARY e CHENEY, 1993), representando grave problema de saúde pública por suas repercussões médicas, sociais e econômicas. As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem a segunda maior causa de perda de vida saudável entre mulheres de 15 a 45 anos, e ocorrem com maior frequência nos países em desenvolvimento (DALLABETTA et al., 1997). Tem sido ressaltada sua associação com maior risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 1998).

Entretanto, alguns fatos negativos têm sido percebidos no contexto da atenção às DST em nosso país.

As DST têm sido associadas à promiscuidade sexual, provocando estigma moral e social nas pessoas que as contraem, levando à deterioração de seus relacionamentos e desvalorização social, e contribuindo a que muitos não procurem os devidos cuidados médicos. No Brasil são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST, e não representam mais do que uma modesta fração do total de ocorrências. Apenas a Aids e a sífilis congênita são de notificação compulsória. Entretanto, raros são os serviços onde a notificação é realizada de forma sistemática. As DST constituem uma parcela expressiva das morbidades ocultas, quase sempre automedicadas. Por essa razão, torna-se difícil mensurar a dimensão dos problemas e seqüelas originadas pelas DST.

Como dados a apresentar, e que apontam claramente a escassez de informações oficiais sobre a dimensão da incidência e prevalência das DST no Brasil, servimo-nos dos dados veiculados pelos profissionais que se ocupam do monitoramento da situação e das tendências do HIV/Aids, conforme Tabela 1, que produziram um relatório sobre a América Latina e o Caribe, inserindo informações sobre DST (*MONITORING*, 1997).

**TABELA 1 - AMÉRICA LATINA E CARIBE - ESTIMATIVAS DE NOVOS CASOS DE DST - 1996 (EM 1000)**

REGIÃO	SÍFILIS	GONORRÉIA	CLAMÍDIA	TRICOMONÍASE	TOTAL
Região Andina	263	1478	2088	3682	7511
Cone Sul	145	812	1147	2022	4124
Brasil	439	2464	3481	6139	12524
América Central	79	443	626	1104	2252
México	242	1359	192	3386	6908
Caribe Latino	79	443	626	1104	2252
Caribe (língua inglesa)	20	115	162	286	584
<b>Total</b>	<b>1268</b>	<b>7114</b>	<b>10051</b>	<b>17722</b>	<b>36155</b>

FONTE: *MONITORING*, 1997, p 4-5.

De acordo com estes pesquisadores, mais de 12 milhões de DST teriam acontecido no nosso país até 1999 que, quando confrontadas com uma população de 120 milhões acima de 15 anos de idade, torna perceptível a sua significância, tendo a tricomoníase atingido quase metade dos casos totais.

O Ministério da Saúde, em estimativas recentemente liberadas, mostram que o Brasil possui cerca de 30 milhões de casos de doenças sexualmente transmissíveis, sendo que este número não inclui os casos de Aids. Os números mostram uma certa polarização do Programa Nacional de Combate a DST/Aids evidenciando que as políticas adotadas contra a Aids foram eficazes já que a projeção para o ano 2000 era de 1 milhão de casos, mas a contaminação chegou a cifra de 600 mil brasileiros. Por outro lado, de acordo com a estimativa do governo, o vírus HPV atinge cerca de 15 % da população sexualmente ativa, o herpes 12 % e a sífilis 2,1%, mostrando de forma clara que faltaram investimentos em ações preventivas e educativas para o combate às demais moléstias. (Odontoconcursos, 2002).

Quando comparados aos jovens (MOREIRA, 2002), os adolescentes apresentam maiores riscos de contrair uma DST por razões associadas à tendência de ter maior número de parceiras, sucessivas ou simultâneas, envolverem-se em relações sexuais não protegidas, e serem menos seletivos à escolha de parceiras. Com o processo de ampliação da fase da adolescência (iniciação sexual precoce e casamento tardio), o tempo de exposição aos riscos de contrair uma DST é maior.

Como elementos adicionais contributivos para que a taxa de infecção por DST seja mais elevada entre adolescentes do que ocorrem na população jovem e adulta, MOREIRA (2002) enumera a ausência de serviços de prevenção, custo e aquisição da camisinha, desconhecimento de como usá-la, preconceito e falta de confiança em seu uso, a dificuldade de portá-la e o desconforto que causa.

## 2.6 ADOLESCÊNCIA - GRAVIDEZ

A gravidez na adolescência vem sendo problematizada pelo menos há 60 anos. Investigada, patologizada, alertada, julgada, de forma repressiva ou um pouco mais tolerante, como ultimamente, tem sido objeto de pesquisa, discursos e de



ações. No Brasil, embora raros casos, as adolescentes grávidas são acolhidas por serviços de saúde que foram criados para recebê-las. À paternidade adolescente reserva-se papéis inexpressivos, recaindo a responsabilidade pela gravidez na mãe adolescente.

Tal viés de gênero se sustenta também no fato de que a maioria dos métodos de prevenção é para ser utilizado pelas mulheres, prescindindo da participação masculina, vinculando historicamente à idéia de que a reprodução e o seu controle sejam de responsabilidade das mulheres.

As opções contraceptivas entre jovens indicam que cabe ao homem desempenhar o papel de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e à mulher, zelar pelos cuidados com a fecundidade.

PAULA (1992; 1999), em sua dissertação de mestrado e tese de doutoramento problematizou o discurso especializado que tende a normatizar e patologizar o evento da gravidez entre adolescentes como indesejável. Segundo a autora:

A culpa é colocada na adolescente, na gravidez inconseqüente, fruto do não planejamento, que a leva a experienciar uma vida de riscos sociais - abandono da escola, menor chance de qualificação profissional, dependência econômica da família ou do pai da criança, maior número de filhos, casamento precoce, separação, abandono - o que leva a um maior empobrecimento da adolescente e da família (PAULA, 1999, p.194).

Contudo, PAULA (1992) mostra que para algumas moças a gravidez faz parte de seus projetos de vida, não sendo nem irresponsável, nem acidental, nem indesejável.

No momento em que a adolescente se agarra ao papel de mãe, parece estar buscando a autoridade e o poder pertinente ao mesmo. A gravidez na adolescência está sendo entendida (...) como um modo de resistência encontrado pela adolescente para contrapor-se à autoridade do adulto [uma forma de] (...) compensar a imagem do adolescente imaturo e dependente através da função materna socialmente valorizada. (PAULA, 1992 p. 57).

Embora seja possível presenciar versões romantizadas sobre a experiência de ser mãe ou pai adolescentes, nota-se que as expectativas que os jovens tinham antes da experiência de ser pai ou mãe vão sendo desvanecidas com o tempo e os empecilhos aos seus projetos encarregam-se por tornar a união instável. Diversos autores apontam para o fato de que o início da atividade sexual tem ocorrido na adolescência. Em estudo concernente à anticoncepção e adolescência, SCHOR (1995) observou que, quanto menor a idade da adolescente ao iniciar a vida sexual, menor a chance de ela usar algum método contraceptivo e, conseqüentemente, maior a probabilidade de ficar grávida logo nas primeiras relações.

Um dos pontos que comumente se discute em relação à prevenção da gravidez diz respeito ao grau de conhecimento dos métodos de contracepção. SCHOR (2000) aponta que entre as adolescentes de 10 a 14 anos pesquisadas, há baixa percentagem de conhecimento (48,3%) dos métodos contraceptivos, o que pode ser explicado pelo fato das mesmas ainda não ter iniciado vida sexual, e assim não manifestando preocupação com os referidos métodos. Em contrapartida ocorre um salto a partir dos 15 anos, quando 92,2% das pesquisadas conheciam maneiras de evitar gravidez.

Corroborando esta constatação, CAMARANO (2003, p. 22) observa que “o conhecimento de métodos anticoncepcionais entre jovens brasileiros é quase universal desde 1986”.

No Brasil, segundo o *Demography Health Survey* (DHS), em 1996, era baixo o índice de jovens que faziam uso de métodos contraceptivos: apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos e 42% daquelas entre 20 e 24 anos estavam usando algum tipo de método. A pílula, campeã absoluta de uso, era utilizada por 7,9% das mulheres de 15 a 19 anos e por 23,8% das de 20 a 24 anos. A DHS/1996 também é conhecida como PNDIS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.

Segundo OLIVEIRA (1998c) uma rede emaranhada de fatores e perversas conseqüências conferem à gravidez na adolescência um grau elevado de risco para a mãe e para a criança, especialmente as de classes populares: morbidade/mortalidade para ambos, e impactos econômico, educacional-escolar e social tais como abandono de escola e emprego, pressões familiares, etc.

Ao considerarmos a dimensão quantitativa da gravidez na adolescência, temos nos deparado com um aumento neste índice. Essa realidade pode ser constatada nos índices que apresentaremos a seguir.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (Fonte: PNDS, 1996; Bemfam, 1997) revelou que 18% das adolescentes brasileiras já tiveram pelo menos um filho ou estavam grávidas. Diferenciais ainda mais expressivos são encontrados quando se introduz a variável anos de escolaridade. Aproximadamente metade das jovens de 14 a 19 anos sem nenhum ano de escolaridade já havia sido mãe, enquanto apenas 4% daquelas que tinham entre 9 e 11 anos de escolaridade haviam engravidado alguma vez.

HENRIQUES e cols. (1989) reafirmam as evidências de que a menor escolaridade é uma característica geral das adolescentes que tiveram filho, independentemente de seu nível de renda ou sua residência (áreas urbanas ou rurais).

Boletim da SOF (1997) aponta que entre as meninas que ficam mais de cinco anos na escola, 5 em cada 100 engravidam antes de fazer 19 anos. Entre as meninas sem instrução, a proporção sobe para 17 em cada 100. Esses dados levam-nos a imaginar que a escola contribui nas reflexões a respeito do corpo, sexualidade e relações afetivas; ou também que proporciona aumento da auto-estima contribuindo para aspirações profissionais que não privilegiam as intenções de casamento e maternidade.

Os dados de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que, entre 1993 e 1997, houve um aumento de 20% (Tabela 2 - Fonte: Dados do SUS; FNUAP – Brasil) no total de partos em mulheres de 10 a 14 anos. O parto constitui a primeira causa de internação de meninas nessa faixa etária no sistema público de saúde.

TABELA 2 – PARTOS POR FAIXA ETÁRIA – BRASIL, 1993 - 1997

ANO	TOTALS DE PARTOS NO SUS (TODOS OS TIPOS)	% DE PARTOS DE ADOLESCENTES (TODOS OS TIPOS)			OUTRAS IDADES
		10-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	
1993	2.856.255	0,93%	21,41%	32,91%	44,75%
1994	2.852.834	0,93%	22,27%	32,85%	43,95%
1995	2.821.211	1,00%	23,44%	32,47%	43,09%
1996	2.743.141	1,16%	24,63%	32,33%	41,88%
1997	2.718.265	1,23%	25,27%		73,50%

FONTE: Ministério da Saúde – DATASUS/FNS. (1997)

Em 1994 os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizaram 2,85 milhões de partos; destes, 0,93% ocorreu em meninas entre 10 e 14 anos e 22%, em jovens entre 15 a 19 anos. Em 1997 o número de partos realizados pelo SUS caiu para 2,71 milhões; mas, deste total, 1,23% foi realizado em meninas entre 10 a 14 anos. O número de mães jovens aumentou, atingindo 26,6% do total de partos.

Em 2000, conforme a Tabela 3, a ocorrência foi de 32.489 - 1,29% do total de partos realizados (2.500.000). De janeiro a julho de 2002, o SUS já havia registrado 13.169 partos em adolescentes nessa faixa etária.

TABELA 3 - PARTOS REALIZADOS PELO SUS

ANO	TOTAL DE PARTOS	PARTOS ADOLESCENTES	PERCENTUAL
1993	2.856.255	26.505	093%
1995	2.800.000	28.282	1,00%
1996	2.740.000	31.911	1,16%
1997	2.718.000	33.534	1,23%
1998	2.617.000	31.857	1,22%
1999	2.616.000	31.800	1,22%
2000	2.500.000	32.489	1,29%
2001	2.500.000	30.898	1,25%
2002 <sup>(1)</sup>	2.419.872	3.169 <sup>(2)</sup>	0,54% <sup>(3)</sup>

FONTE: DATASUS (2002 )

NOTAS: (1) projeção de partos Brasil até dez/2002  
 (2) partos realizados em adolescentes (10 e 14 anos) até jul/2002  
 (3) percentual estimado

Entre os índices gerais de crescimento do número de mães em todo o país, o índice relativo às mães adolescentes pode ter pouco significado em termos de peso estatístico. Porém, como fenômeno de natureza social, vem sofrendo um aumento significativo ano a ano como podemos observar na Tabela 4 abaixo.

**TABELA 4 – TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE SEGUNDO GRUPOS DE IDADE DAS MULHERES**

GRUPOS DE IDADE (ANOS)	TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE		
	1980	1991	2000
15 a 19	0,0797	0,0874	0,0910
20 a 24	0,2130	0,1618	0,1335
25 a 29	0,2260	0,1429	0,1138
30 a 34	0,1730	0,0941	0,0751
35 a 39	0,1170	0,0545	0,0408
40 a 44	0,0526	0,0243	0,0133
45 a 49	0,0108	0,0056	0,0020

FONTE: IBGE (2000) Censo Demográfico 1980-2000

Embora haja um decréscimo nas taxas de fecundidade das diferentes faixas etárias, na faixa que inclui as adolescentes essa mesma faixa cresceu, o que revela um aumento no número de crianças filhas de adolescentes.

Em 2000, no Brasil, para cada grupo de 1.000 mulheres de 15 a 19 anos de idade, mais de 90 tinham pelo menos 1 filho. Em 1980, essa taxa era de 80% (80 por 1.000). Na região Norte, em 1980, para cada grupo de 1.000 mulheres de 15 a 19 anos, quase 130 delas já haviam tido pelo menos 1 filho. Em 2000, a respectiva taxa ultrapassa os 140%. Com isso, a idade média da fecundidade sofre um processo de rejuvenescimento e cai de 1980 para 2000, no Brasil e em todas as Regiões. Nesse período, a idade média da fecundidade no Brasil declinou de 28,9 anos para 26,3 anos. (IBGE, Censo 2000)

A pesquisa *A Voz dos Adolescentes* (UNICEF/Fator OM/2002, p. 88-98) constatou que 32,8% dos adolescentes mantêm ou já tiveram relação sexual.

Desses, 16,6% já engravidaram, e, das que engravidaram, 28,8% declararam que não tiveram o bebê. A mesma pesquisa indicou que, pelo menos, 48,5% dos adolescentes que mantêm ou já tiveram relação sexual não usam preservativo ou não usam sempre. O relatório Situação da Adolescência Brasileira foi preparado pela equipe de técnicos do Fundo das Nações Unidas para a Infância no Brasil, a partir do escritório da representação do UNICEF, em Brasília, e dos escritórios zonais.

As ações educacionais que priorizam apenas a abordagem biológica do fato não apresentam resultados eficazes se considerarmos as estatísticas até aqui apontadas. O debate deve ser privilegiado dentro e fora das escolas, considerando a dimensão sociocultural das identidades masculina e feminina no processo de suas construções, e a qualidade da tomada de consciência desses adolescentes nas questões da sexualidade.

## 2.7 ADOLESCÊNCIA - HIV/AIDS

“Não adianta que os adultos reconheçam a importância da prevenção na vida dos jovens e os fatores que os vulnerabilizam. É preciso que os próprios jovens reconheçam o significado e a importância da prevenção em suas vidas, sendo este reconhecimento a mola propulsora para o protagonismo juvenil da epidemia do HIV/Aids.” (UNESCO, UNAIDS, 2002, p. 16 )

Ainda na atualidade vimos uma grande incidência do número de adolescentes e jovens se infectando pelo HIV, seja pela baixa prevalência do uso de preservativos, pelo uso de diversos tipos de drogas injetáveis ou simplesmente pelo desconhecimento de questões relativas ao comportamento sexual. Esses índices são preocupantes, devido à precocidade e as conseqüências que este padrão de comportamento pode causar no indivíduo.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (Boletim Epidemiológico Aids fev./99), foram notificados 155.590 casos de Aids entre 1980 e fevereiro de 1999. Desses, 20.064 referem-se a pessoas entre 15 e 24 anos, ou seja, 13% do total. A faixa etária de 25 a 34 anos concentra o maior número de notificações acumuladas: 67.267, ou seja, 43,23% do total de casos. Considerando-se que o portador do HIV pode viver em média durante 10 anos sem apresentar os sintomas

da doença, provavelmente, o número de pessoas que se tornaram HIV-positivas, na faixa etária de 15 a 24 anos, deve ter sido elevado. Em outra perspectiva, o risco desse adolescente contrair o HIV tem amplas repercussões sobre sua disseminação, pelo maior número de parceiras que usualmente tem em suas práticas sexuais, transformando-se em agente não identificável de transmissão. Desenvolver ações de prevenção voltadas para essa população adolescente é uma prioridade para o controle da epidemia no país.

A evolução da epidemia no País foi crescente até 1996 e, a partir daí, até 1998, apresentou uma tendência de estabilização, passando, em 1999, a declinar (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS, set./2001), espelhando os efeitos da ação nacional. A situação, em 2001, apresentava um total de 222.348 casos acumulados, sendo a região Sudeste responsável por 68,4% dos mesmos, seguida das regiões Sul com 15,7%, Nordeste com 9%, Centro-Oeste com 5% e Norte com 1%.

O Boletim Epidemiológico – Aids – (BRASIL, out./2001 à mar./2002) apresenta os casos de Aids que eram de conhecimento da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde até 30/03/2002 e, analisados, permitem estimar o avanço da epidemia com base na história natural da infecção. O boletim revela que a epidemia pelo HIV/Aids no Brasil vem crescendo consideravelmente entre as mulheres nos últimos anos como decorrência da transmissão heterossexual. Particularmente entre os adolescentes (13 a 24 anos), e entre menores de 13 anos, a razão de casos entre homens e mulheres é praticamente de 1:1, já apresentando sinais de inversão na faixa etária de 13 a 19 anos em 2000 e 2001 (0,8:1 e 0,6:1, respectivamente). Em 2000, foram 191 casos em meninas de 13 a 19 anos contra 151 casos em rapazes da mesma idade. Em 2001, foram notificados 152 casos de Aids em adolescentes do sexo feminino, contra 91 casos notificados em adolescentes homens. Entre os jovens de até 24 anos, esta relação homem-mulher é praticamente 1:1. O Ministério da Saúde percebeu o aumento dos casos de Aids na população da faixa etária de 13 a 19 anos e o número elevado de casos de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos cujos atendimentos no SUS, foram 210.946 partos e 219.834 casos de abortos, de 1999 a abril de 2003. Em 2000 verificou-se que a ocorrência de Aids é mais elevada em

meninas que em meninos, ocorrendo o perigo de aumento da transmissão vertical do vírus (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou amamentação).

De 2000 a 2002 o Ministério da Saúde foi notificado da ocorrência de 531 novos casos de Aids em meninas de 13 a 19 anos, contra 372 casos em rapazes da mesma faixa etária. Verificando-se uma inversão na relação de 2:1, no início da atividade sexual. Na faixa etária entre 20 a 24 anos, a relação praticamente se igualou, com a notificação de 2.299 casos em mulher e 2.346 casos em homens, nesse mesmo período (MS, 2003).

Em setembro de 2003, o Brasil apresentava um total de 277.141 casos de Aids registrados desde o início da epidemia no país, em 1980, sendo que desse total 70% dos casos (197.340), são homens (MS, 2003).

A feminização cada vez mais evidente da Aids parece envolver, além de uma maior vulnerabilidade biológica da mulher ao HIV, uma desigualdade observável na distribuição de poder entre os gêneros, conforme abordado anteriormente, onde apresentamos os diferentes espaços de negociação em relação às questões que envolvem a vida sexual e reprodutiva, direito, prazer e auto-conhecimento sobre o corpo. Observamos ainda valores e sentimentos diferenciados em relação à parceria quanto às noções de fidelidade. Além disso, a mulher também tem sido considerada menos exposta ao risco, talvez pela sua entrada mais tardia na dinâmica da epidemia, não se enquadrando nos, inicialmente denominados, grupos de risco (BRASIL/ BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS, mar./2002).

Quanto às evidências de um processo de pauperização da epidemia, no sentido de aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico, medido pela escolaridade, é possível afirmar-se que a epidemia de Aids, no Brasil, iniciou-se nos segmentos populacionais de maior nível socioeconômico (16,1% dos homens notificados no período de 1980-1990 tinham 12 ou mais anos de estudo contra uma média 7,0% nos anos de 1999 e 2001) e ainda atinge de maneira importante esses segmentos, transcorridas mais de duas décadas. Apesar de a escolaridade ter perdido o seu destaque como operador maior das práticas de risco/não-risco frente ao HIV não se pode negar, entretanto, a existência de desigualdades socioeconômicas na dinâmica da disseminação da epidemia da Aids no Brasil. (BRASIL/BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO - AIDS, 2002).



No Brasil, da mesma forma, os primeiros casos de Aids eram relativos a homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. No entanto, esse perfil vem sofrendo mudanças no curso da epidemia. Enquanto o total de casos acumulados na década de 80 - 90, na população masculina, por relações homossexuais correspondia a 36% das notificações, em 2001, este percentual tinha caído para 16,1%, ao passo que os registros da transmissão por via heterossexual cresceram de 9,9% para 40%, no mesmo período. Ainda na população masculina, os casos de transmissão por uso de drogas injetáveis caíram de 19,5% para 14,5% no mesmo período. Na população feminina, a transmissão por via heterossexual também cresceu, passando de 44,2% (casos acumulados até 1990) para 80,8% no ano de 2001.

Os casos de transmissão por uso de drogas injetáveis, neste segmento feminino, caíram de 31,4% para 5,7% no mesmo período. Estes números mostram a alteração mais significativa no perfil, onde a via de transmissão heterossexual passou a ser a mais freqüente - heterossexualização da epidemia. Em consequência dessa primeira alteração, surgiu uma segunda: a feminilização da epidemia. Quando em 1990 a razão homem/mulher de casos notificados era de 7:1, em 2001, passou a ser de 1,8:1. Outro aspecto relevante é a tendência à pauperização da epidemia e, tomando a escolaridade como o indicador desta tendência, verifica-se que “até 1982, 100% dos casos entre pessoas com escolaridade conhecida eram daquelas que tinham nível superior ou até 11 anos de escolaridade. De lá para cá, a situação se inverteu. De acordo com PARKER (1991, p. 30), mais de 60% dos casos de Aids são registrados entre analfabetos ou pessoas com até oito anos de estudo”

Apesar da tendência mundial da epidemia apontar para a sua juvenilização, os dados emitidos pelos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, o crescimento proporcional dos casos de Aids na faixa etária de 13 a 24 anos vem caindo: até 1990, 16,7% dos casos se davam na faixa etária de 13 a 24 anos, caindo para 7,6% em 2001, enquanto na faixa etária de 30 a 39 anos, a evolução no mesmo período foi crescente, passando de 36,9% para 42,3%. Mesmo com esta tendência de queda é preciso ressaltar que a presença do jovem é majoritária no perfil demográfico do país, conforme evidencia o Censo 2000 do IBGE, o que significa a necessidade de se manter a atenção especial a ele

destinada no âmbito das ações de prevenção do HIV. Ademais, vale ressaltar que a população mais afetada, desde o surgimento da epidemia no País, tem sido a de 25 a 39 anos, e, tendo em vista o período de incubação do HIV, nota-se que os jovens estão se infectando entre os 15 e 25 anos, em sua grande maioria (PIMENTA, 2001).

Dados divulgados pela UNESCO (2002) estima que aproximadamente um terço da população mundial encontra-se entre os 10 e os 24 anos de idade, ou seja, são jovens. Segundo a Organização Mundial da Saúde, é nessa faixa etária que se concentra metade das infecções por HIV em todo o mundo.

Os índices apresentados em breve histórico demonstram a vital importância para a promoção de pesquisas de prevenção e intervenção em conhecer, caracterizar e compreender a realidade concreta da população adolescente brasileira e suas representações acerca da doença e contaminação.

### 3 METODOLOGIA DA PESQUISA

#### 3.1 MÉTODOS DA PESQUISA

A busca pelo conhecimento pode ser feita de diversas maneiras. Essa diversidade se dá ao fato de que o ato de conhecer é próprio do homem, que ao enfrentar os problemas, procura identificar soluções e produzir conhecimento.

Para Minayo (1999, p. 12):

(...) o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora suas teorias, seus métodos, seus princípios e estabelece seus resultados; noutra, inventa, ratifica seu caminho, abandona certas vias e encaminha-se para certas direções privilegiadas. E ao fazer tal percurso, os investigadores aceitam os critérios da historicidade, da colaboração e, sobretudo, imbuem-se da humildade de quem sabe que qualquer conhecimento é aproximado, é construído.

A pesquisa científica objetiva responder questões, buscar soluções para os problemas. O método científico é o instrumento para auxiliar a compreender o mundo, portanto é o caminho para aquisição do conhecimento.

Através de métodos científicos, os pesquisadores dedicam-se à solução de problemas, para dar sentido à experiência humana, para compreender a regularidade dos fenômenos e para prever circunstâncias futuras. (POLIT; HUNGLER, 1995, p. 12).

Para que o pesquisador norteie-se na certeza de percorrer um caminho sistemático e ordenado, evitando conclusões baseadas na intuição, mister se faz seguir uma metodologia.

MARTINS e BICUDO (1989, p. 65), fazendo menção à pesquisa científica, relatam que: “Toda pesquisa científica, pressupõe sempre uma posição, uma postura que torna possível investigar os fenômenos, a partir de uma certa perspectiva, na qual habilita o pesquisador a encontrar resposta para sua problemática”.

Na pesquisa científica, existem dois métodos: a pesquisa quantitativa que trabalha com fatos, dados estatísticos, números, e a pesquisa qualitativa que trabalha com dados subjetivos, crenças, valores, opiniões, fenômenos, hábitos.

Merriam (1998, p. 5-8, *apud* RAUEN, 2002, p. 192) expressa que, embora o rótulo pesquisa qualitativa seja comparável a um guarda-chuva, o delineamento qualitativo apresenta algumas características: tem base na óptica da realidade, vez que é construída por sujeitos que interagem com seus mundos sociais; esforça-se por compreender situações únicas, como parte de um contexto particular e de suas interações; procura entender o fenômeno sob o ângulo dos atores; o pesquisador é tido como o instrumento primário da coleta de dados; envolve, freqüentemente, pesquisa de campo; e procura a descrição profunda de processos, sentidos e conhecimentos.

O método qualitativo difere do quantitativo, em princípio, por não se utilizar um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema. Em geral, as investigações têm como objetivo as situações complexas ou estritamente particulares: descrever a complexidade de um problema, analisar a interação de variáveis, compreender e classificar processos sociais dinâmicos, contribuir no processo de mudança grupal e possibilitar o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 79,80).

Segundo BAUER (2002, p. 24):

O prestígio ligado aos dados numéricos possui tal poder de persuasão que, em alguns contextos, a má qualidade dos dados é mascarada e compensada por uma sofisticação numérica. A estatística, como um recurso teórico, contudo, preocupa-se com o problema relativo ao tipo de informações que são analisadas: se colocarmos informações irrelevantes, teremos estatísticas irrelevantes. No nosso ponto de vista, a grande conquista da discussão sobre métodos qualitativos é que ela, no que se refere à pesquisa e ao treinamento, deslocou a atenção da análise em direção a questões referentes à qualidade e à coleta de dados.

Os procedimentos lógicos que deverão ser seguidos no processo de investigação científica dos fatos da natureza e da sociedade são esclarecidos por métodos vinculados a uma das correntes filosóficas que se propõem a explicar como se processa o conhecimento da realidade.

A opção pela pesquisa qualitativa visa procurar responder mais adequadamente aos desafios que a pesquisa educacional exige, aproximando mais o pesquisador da problemática investigada. LÜDKE e ANDRÉ (1986) afirmam que a

pesquisa qualitativa privilegia a observação participante, a entrevista e a análise documental, permitindo um maior aprofundamento das informações obtidas na coleta de dados.

Para DEBUS (1986), a pesquisa qualitativa é formativa e permite compreender melhor as atitudes, crenças, motivos e comportamentos da população investigada, interpretando os aspectos emocionais e contextuais do comportamento humano, procurando responder ao porquê de determinado problema.

Como nossa problemática está voltada às representações de prevenção dos estudantes adolescentes de Curitiba, relativas à gravidez precoce e DST, que os levam à adoção (ou não) de medidas preventivas, ou seja, informações relativas a um nível de realidade que não pode ser quantificado, um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, utilizamos como referencial a pesquisa qualitativa por consideramos ser a mais apropriada.

Na Psicologia, em particular, o termo representação é empregado em diferentes domínios, desde a Psicologia Geral, que aborda o conceito de representações cognitivas dentro do paradigma construtivista, desenvolvido nos Estados Unidos sob a forma de neo-behaviorismo; passando pela Psicologia do Desenvolvimento, que, a partir dos estudos seminais de Piaget, busca entender os estágios de desenvolvimento das representações mentais, baseando-se nos processos de assimilação e acomodação; até a Psicologia Social, que se apóia no desenvolvimento da corrente sociocognitivista européia e se funda no trabalho de Serge MOSCOVICI (1961) que, reformulando o conceito de representações coletivas de Durkheim, produziu um corpo de conhecimentos próprio, que serviu de base para uma série de estudos posteriores, constituindo-se, atualmente, como um dos conceitos fundamentais em Psicologia Social (BERNOUSSI e FLORIN, 1995).

O domínio aqui empregado para o conceito de representação, aproxima-se da ótica de Piaget (1978) onde, a representação pode significar tanto uma "imagem" mental (um símbolo concreto) quanto conceitos (abstratos). Há uma continuidade entre formas perceptivas e representações figuradas e as imagens visuais necessitam de esquemas motores e perceptivos prévios, adquiridos pela vivência (ação e exploração do indivíduo no meio ao longo do tempo), resultando num novo tipo de esquema avançado, que é a abstração. O termo representação é, portanto,

usado em dois sentidos diferentes, ou seja, como pensamento (independente de esquemas sensório-motores) e como imagem mental ou recordação-imagem.

De acordo com Chombart de LAUWE (1979), as percepções/representações são um excelente teste projetivo do sistema de valores e aspirações de uma sociedade. Para que se possa entender a complexidade da sociedade deve-se considerar que as idéias e os valores podem ser transformados pelas representações individuais e coletivas, compondo um sistema de múltiplos níveis. Entrelaçadas às representações individuais, relacionadas à biografia de cada ator social, existem também as representações coletivas, que são expressas por meio da linguagem, circulando nas mais diversas camadas da sociedade.

Na relação entre materialidades de vida, realidades e percepções/representações, aquelas se apresentam aos atores por mediações, valores e concepções socialmente construídas. Segundo BARTHES (2000, p. 13): “Para identificar as representações culturais utilizadas por determinadas pessoas, devemos nos voltar para o conhecimento e para o discurso que essas pessoas empregam para interpretar e objetivar suas vidas”.

E, ainda, “Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tais como: a ciência ou os mitos, correspondem a uma prática científica e mítica. (MOSCOVICI, 1978, p. 41)

Segundo MERLEAU-PONTY (1984, p. xii), “a palavra não é tradução de um sentido mudo, mas a criação de sentido. A linguagem não veste idéias – encarna significações, estabelece a mediação entre o eu e o outro e sedimenta os significados que constituem uma cultura. A palavra é a modulação de uma certa maneira de existir que é originalmente sensível”. E completa posteriormente: “a fenomenologia acrescentaria ao conhecimento da língua a experiência da língua em nós” (1991, p. 91).

O método fenomenológico, que não é dedutivo, nem empírico, consiste em mostrar o que é dado e esclarecer esse dado. Considera o que está presente à consciência, o objeto. (BOCHENSKI, 1968, p. 137)

Entende-se a realidade como o que emerge da intencionalidade da consciência voltada para o fenômeno; a realidade é o compreendido, o comunicado,

o interpretado. Há tantas realidades quantas forem suas interpretações e comunicações. (BICUDO, 1994, p. 18)

A fenomenologia ressalta a idéia de que o mundo é criado pela consciência, o que implica o reconhecimento da importância do sujeito no processo da construção do conhecimento. Ao contrário do positivismo que reifica o conhecimento, ou seja, transforma-o num mundo objetivo, de coisas. (GIL, 1999, p. 33)

MARTINS e BICUDO (1989) vêem o pesquisador como aquele que deve perceber a si mesmo e perceber a realidade que o cerca em termos de possibilidades, nunca só de objetividades e concretudes, a partir do que a pesquisa qualitativa, dizem, dirige-se a fenômenos, não a fatos. Fatos são eventos, ocorrências, realidades objetivas, relações entre objetos, dados empíricos já disponíveis e apreensíveis pela experiência, observáveis e mensuráveis no que se distinguem de fenômeno.

O significado de fenômeno vem da expressão grega *faínomenon* e deriva-se do verbo *faínestai* que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Assim, *faínomenon* significa aquilo que se mostra, que se manifesta. *Faínestai* é uma forma reduzida que provém de *faíno*, que significa trazer à luz do dia. *Faíno* provém da raiz *Fa*, entendida como *fos*, que quer dizer luz, aquilo que é brilhante. Em outros termos, significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo. (...) *Faínomena* ou *fenômena* são o que se situa à luz do dia ou o que pode ser trazido à luz. Os gregos identificavam os *faínomena* simplesmente como *ta onta* que quer dizer entidades. Uma entidade, porém, pode mostrar-se a si mesma de várias formas, dependendo, em cada caso, do acesso que se tem a ela. (MARTINS E BICUDO, 1989, p. 21-2). [itálicos do autor]

A pesquisa qualitativa pode ser efetivada em várias modalidades. Esse cuidado em levantar as origens do termo fenômeno aproxima-se (e aproxima a pesquisa qualitativa) da visão fenomenológica de mundo: é também pela apreensão do termo fenômeno que Heidegger apresenta sua fenomenologia. A pesquisa qualitativa que aqui apresentamos, é de enfoque fenomenológico.

A Fenomenologia é, neste século, segundo Martins, "um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos". (MARTINS, apud BICUDO, 1994, p.15)

A fenomenologia, portanto, responderá ao filósofo que não se contenta com o conhecimento natural, o diretamente dado e apocadamente questionado, pedindo por uma clarificação dos conceitos fundamentais, da realidade última das coisas do mundo, buscando transcender a ingenuidade, que é, exatamente, "a convivência pacífica com o não-justificado". (MOURA, 1989, p. 48)

A diversidade dos tipos é algo que impera nas pesquisas tidas como qualitativas. No entanto, alguns aspectos essenciais caracterizam os estudos desse tipo. Por se desenvolverem em torno de uma análise e estudo do mundo empírico em seu ambiente natural, essas abordagens valorizam o contato direto e mais prolongado do pesquisador com o contexto e a situação que está sendo pesquisada, possibilitando-lhe uma oportunidade maior de apreensão do fenômeno estudado.

Muitas são as técnicas empregadas no intensivo trabalho de campo, buscando cercar por todos os lados, o fenômeno estudado, para conferir-lhe uma maior fidedignidade. Nesta perspectiva, compreender os significados que os sujeitos atribuem às diferentes experiências e às coisas, assume uma preocupação essencial para o investigador. Com isso, o pesquisador deve levar em consideração a perspectiva do outro participante. Assim, tomar todos os pontos de vista dos sujeitos pesquisados como sendo importantes, oferece uma luz, com possibilidades de esclarecer a dinâmica intrínseca das situações, que na maioria das vezes torna-se imperceptível para observadores externos (GODOY, 1995).

Os meios técnicos da investigação visam fornecer ao pesquisador, a orientação necessária à realização da pesquisa, sobretudo no referente à obtenção, processamento e validação dos dados pertinentes à problemática que se investiga. (GIL, 1999, p. 33)

Os múltiplos e complexos aspectos dos problemas a investigar na adolescência, de acordo com PFROMM (1979, p. 19) clamam por variadas técnicas, abordagens e instrumentos de estudo científico: a observação, a experimentação, método diferencial e o método clínico. A seleção é determinada pela natureza do fenômeno a estudar, objetivo do pesquisador, e pelos recursos materiais e humanos disponíveis.

O suíço Jean PIAGET (1896 - 1980) desde seus primeiros estudos utilizou sistematicamente um método que chamou no início de método clínico. Utilizado para



coleta e análise de dados, com objetivo de estudar o pensamento e a conduta de qualquer tipo de indivíduo, pois ajuda a desvendar como funciona a sua mente através de suas próprias explicações e ações, deu melhores resultados no estudo da gênese dos conhecimentos. (DELVAL, 2002, p. 13)

Este método não está necessariamente associado à posição teórica de Piaget, tanto que foi empregado por muitos pesquisadores vinculados a outras posições teóricas.

Conforme DELVAL (2002, p. 81) o método clínico é um excelente instrumento para descobrir como se constroem representações da realidade, e daí, como as pessoas agem a partir de suas representações.

A essência do método clínico consiste em uma intervenção sistemática do pesquisador em função do que o sujeito vai fazendo ou dizendo, com a finalidade de descobrir os caminhos que segue seu pensamento, dos quais não tem consciência e, portanto, não pode tornar explícitos de maneira voluntária. É necessário estar sempre formulando hipóteses para tentar distinguir o interessante do supérfluo.

Hoje se realiza um grande número de pesquisas utilizando esse método, e pode-se dizer que é um dos mais empregados no estudo do desenvolvimento cognitivo.

Esperamos identificar aspectos gerais nas representações de prevenção à gravidez precoce e DST dos sujeitos entrevistados, e aspectos específicos das faixas etárias selecionadas, constituindo um modo de abordar o problema, de selecionar a informação relevante e de explicar os processos que ocorrem na realidade.

Em nossa pesquisa, utilizamos o método clínico na perspectiva de DELVAL (2002) e foi aplicado em sujeitos de duas faixas etárias para examinar como o pensamento muda com a idade, encontrar diferenças nas formações das idéias, condutas, nas representações, e nas explicações da realidade acerca da prevenção.

Um dos pressupostos comuns é que as idéias e explicações sobre as situações ou medidas de prevenção vão mudando ao longo do desenvolvimento, sendo necessário que os sujeitos tenham que realizar um trabalho construtivo de argumentação, e não de mera cópia.

### 3.2 POPULAÇÃO ESTUDADA - CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E DE EXCLUSÃO

Se o que nos interessa é entender como os sujeitos vão mudando ao longo do desenvolvimento, podemos utilizar diferentes estratégias para estudá-los, principalmente tomando sujeitos de diferentes idades ou acompanhando os mesmos sujeitos em seu crescimento. (INHELDER, SINCLAIR e BOVET, 1974, p. 40)

Isso pressupõe que estamos realizando uma pesquisa evolutiva e, no nosso caso, foi escolhida a de abordagem transversal.

A abordagem transversal, conforme nos revela PFROMM (1979, p. 22-23) consiste num estudo de coleta de dados que interessam ao pesquisador por meio da mensuração simultânea de grupos de jovens de diferentes idades, a fim de se obter o resultado médio correspondente a cada faixa de idade definida. Há que se considerar aqui algumas desvantagens referentes à escolha dessa abordagem: possibilidade da existência de fatores seletivos progressivos, como adolescentes com menores capacidades intelectuais e condições sociais que não se encontram na escola; diferenças de ambiente e experiência entre os grupos de várias idades, que limitam bastante o valor das comparações intergrupais, etc.

Como acima mencionado, o método chamado de transversal, consiste em tentar recompor o processo evolutivo mediante o estudo de grupos de pessoas (seguimentos de amostra da população em estudo) correspondentes às faixas de idades que se pretende avaliar.

Como os sujeitos pertencem a grupos de idades diferentes, não podemos estar totalmente certos de que eram idênticos quando tinham a mesma idade, em razão de diferentes momentos de condições sociais. Mas, na grande parte dos problemas, é provável que os efeitos de pertencer a grupos de idades diferentes sejam menores. (DELVAL, 2002, p. 47)

Os multifários aspectos e representações da adolescência trazem ao pesquisador, na prática, grande dificuldade na escolha da amostra dos sujeitos. Tal dificuldade, segundo PFROMM (1979, p. 4), pode ser contornada recorrendo-se ao critério cronológico, ou a um critério misto, de idade e escolaridade, vez que a adoção de outros critérios são complexos e impraticáveis de mensuração prévia de sujeitos.

### 3.2.1 Campo de Estudo, Critérios de Seleção e Composição da Amostra

O campo de estudo foi realizado em escola de ensino fundamental/médio e superior, de caráter público, no Município de Curitiba, isto é, uma escola pública que atende ao ensino fundamental e ensino médio e uma Universidade Pública, cujo curso foi escolhido por sorteio.

Na operacionalização deste estudo, observamos as normas éticas no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos. Anteriormente às entrevistas de pesquisa, procuramos os representantes das instituições educacionais para entrega de ofício solicitando o campo de pesquisa, assim como obtivemos dos entrevistados, os termos de consentimento esclarecido, devidamente assinados. O anonimato dos sujeitos foi respeitado.

Para composição da amostra recorreremos ao critério misto de seleção dos sujeitos definidos por FROMM (1979): idade e escolaridade, e sexo.

Realizamos a presente pesquisa no segundo semestre de 2003, entre 20 adolescentes, sendo 10 do sexo masculino e 10 do feminino, com idades variando de 17 a 19 anos, efetivamente matriculados no ensino médio da escola da rede pública estadual, e na Universidade Pública, selecionados pelas variáveis sexo/idade/série, escolhidos aleatoriamente, por sorteio na lista de classe.

Como norma geral, pode-se dizer que 10 sujeitos é um número adequado por idade, ou estabelecer uma regra: quando se acrescentam sujeitos e não aparecem novos tipos de respostas, podemos considerar que temos um número suficiente. (DELVAL, 2002)

Como no caso desta pesquisa, as idéias de representação também estão ligadas às questões de gênero, selecionamos metade dos entrevistados do sexo masculino e metade do sexo feminino, analisando-os separadamente, e também, em conjunto.

Os critérios de escolha estiveram condicionados aos seguintes pares: 3ª série do ensino médio, adolescentes de 17 anos, cinco entrevistados do sexo masculino e cinco do sexo feminino; e 1º ano do terceiro grau, adolescentes de 19 anos, cinco entrevistados do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

A idade mínima de 17 anos foi escolhida por compor uma faixa etária onde os adolescentes provavelmente já se apresentam férteis (menarca e semenarca) e ativos sexualmente; o limite de 19 anos aparentemente por haver uma boa compreensão dos temas, e também pela possibilidade de encontrarmos adolescentes sexualmente ativos, conforme nos indicam os resultados das estatísticas apresentadas anteriormente, sujeitos a maiores riscos de gravidez precoce e contaminação por DST.

### 3.2.2 Caracterização da Amostra - Os Adolescentes Como Atores-Sujeitos da Pesquisa

O grupo entrevistado, como anteriormente mencionado, é constituído por 20 adolescentes, dos quais 10 são do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Entre os adolescentes masculinos, 05 cursam o Ensino Médio (3ª série) e 05, o Ensino Superior (1º ano). Tal fato se repete com as adolescentes femininas, 05 cursam o Ensino Médio (3ª série), e 05, o Ensino Superior (1º ano).

Apenas 02 adolescentes são filhos únicos, uma de 19 anos e um de 17 anos. Todos convivem com a família. Um adolescente de 17 anos e, uma de 19 anos têm pai trabalhando no exterior. Outro de 19 anos tem pai falecido, e um de 17 anos convive com o padrasto como figura paterna na família.

O nível sócio-econômico das famílias dos adolescentes de 17 anos é mais homogêneo que o das famílias dos adolescentes de 19 anos. A renda familiar média mensal daqueles é de R\$ 1.300,00 (R\$ 750,00, o menor; R\$ 2.200,00, o maior), e a destes é de R\$ 3.300,00 (R\$ 750,00, o menor; R\$ 7.000,00, o maior).

O elenco das profissões dos pais e das mães é bastante variado: artesão, comerciante, bancário, engenheiro, motorista, autônomo, policial, caminhoneiro; dona de casa, auxiliar de laboratório, secretária, professora, funcionária pública, costureira, cozinheira, cabeleireira, psicóloga, estilista e artista plástica.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Nesta investigação, os dados foram coletados através de uma entrevista aberta, pois pensamos ser este o instrumento mais apropriado para a pesquisa qualitativa.

A coleta de dados utilizou, como instrumento, entrevistas realizadas *in loco* nas instituições de ensino, em sala adequada, de forma individual, precedida por *rapport*, gravada na sua totalidade, e de forma a não pressionar, forçar ou causar danos aos sujeitos. A duração estimada de cada entrevista foi de 30 minutos.

A técnica de entrevista tem relevância ímpar quando o foco é a representação/percepção, pois privilegia a palavra dos sujeitos, que são os atores da pesquisa. Da entrevista extrai-se informações sistematizadas, possibilitando identificar características de segmentos da sociedade, e ao mesmo tempo, permite que o entrevistado selecione um repertório próprio de temas e que o apresente de acordo com o seu vocabulário de expressão. Por meio de suas respostas, os informantes revelam sua representação sobre a realidade, suas experiências e percepções básicas. Permite também a realização de comparações devido ao relativo grau de homogeneidade assegurado (idade, sexo e escolaridade) e propicia análises gerais e sistemáticas das informações.

Sobre este recurso, GIL (1999, p. 117) afirma que: “Pode-se definir como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

Nas entrevistas abertas, procuramos acompanhar o curso do pensamento do sujeito ao longo da situação, fazendo sempre novas perguntas para esclarecer respostas anteriores e compreender melhor a maneira como o entrevistado representa a situação e organiza sua ação. Importante também, sempre que possível, foi criar uma situação oferecendo alguma dificuldade, de maneira que o entrevistado teve de explicitar seu pensamento, revelando os caminhos que o levaram a encontrar uma determinada solução ou a dar uma resposta.

Embora o método clínico seja um procedimento de entrevista aberta, DELVAL (2002) observa ser útil que a entrevista disponha de um núcleo básico de

perguntas relacionadas aos aspectos fundamentais da pesquisa, devendo ser feitas a todos os entrevistados para possibilitar comparação de respostas. Além do núcleo básico de perguntas, os demais questionamentos variaram em função do que o sujeito ia dizendo, e dos interesses que orientaram a pesquisa que foi sendo realizada.

Assim sendo, conforme nos apregoa o método clínico, organizamos os questionamentos através de perguntas básicas (núcleo básico) que foram iguais para os sujeitos de todas as idades, com aprofundamento variando segundo a compreensão dos mesmos. Primeiramente os sujeitos foram situados no âmbito geral dos problemas sobre os quais desejávamos os informes.

As perguntas da entrevista foram categorizadas e desenvolvidas em duas partes: a primeira relacionada a alguns dados pessoais do entrevistado, e a segunda direcionada às representações de prevenção a partir dos conteúdos mencionados nas temáticas: adolescência, sexualidade, DST, Aids, gravidez precoce e prevenção; estruturadas de maneira não rígida, e também não necessariamente nesta ordem. Modelos do roteiro de perguntas utilizado nas entrevistas podem ser encontrados nos APÊNDICES.

Em razão da natureza da entrevista estar voltada para a sexualidade dos sujeitos - representações de prevenção - orientamos nossas perguntas de forma tal que o entrevistado explicitasse algumas ações de conduta, ou permitisse facilitar o aparecimento de alguns elementos que talvez não surgiram numa entrevista comum.

O roteiro de perguntas teve o objetivo de responder o seguinte problema de pesquisa: **“Quais as representações de prevenção dos estudantes adolescentes de Curitiba, relativas à gravidez precoce e DST, que os levam à adoção (ou não) de medidas preventivas?”**

Os descritores que adotamos foram caracterizados pelas palavras adolescência, sexualidade, gravidez precoce, DST e Aids, prevenção.

Realizou-se anteriormente entrevistas-piloto com um par de sujeitos por idade, propiciando, por vezes, adequar as perguntas do núcleo básico ao melhor entendimento dos entrevistados.

Os resultados da pesquisa será devolvido para a população estudada através de palestra, em momento a ser negociado com as direções das instituições educacionais que participaram da investigação.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

KAUFMANN (2001) mapeou a difícil articulação entre teoria e dados nas ciências humanas, com a preocupação de se afastar do senso comum. Tal preocupação, no campo das representações, é mais pertinente em se tratando do tema sexualidade, tão complexo e vivenciado por todos. KAUFMANN (2001, p. 13) assim se expressa sobre a difícil arquitetura entre teoria e campo:

O pesquisador deve progressivamente impor a ruptura com o senso comum, formulando a arquitetura da organização das categorias. Deve-se hierarquizar, privilegiando conceitos que parecem ser mais interessantes. Este trabalho compreende um grande esforço na redução do material bruto e subordinação das categorias que lhe são anexas. De uma certa maneira, o que se faz é um luto do campo, já que este é muito rico, sedutor afetiva e intelectualmente e, desta forma, os cortes são feridas.

O produto das entrevistas foi avaliado com base na técnica de análise de conteúdo (AC), entendida como “um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. A técnica se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento” (CHIZZOTTI, 1991, p. 98).

Apesar dessa definição, BARDIN (1977, p. 31) ressalta a dificuldade de se compreender a AC como um método uniforme, alertando para o fato de que trata-se, antes, de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Por isso, complementa, deve-se entender a AC não como um instrumento, mas como: “um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”.

Para MORAES (1999, p. 2) a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, fornecendo informações complementares ao leitor crítico de uma mensagem. Funciona como uma “ferramenta, um guia prático para a ação”.

Para BARDIN (1977, p. 134), “a análise de conteúdo pode ser uma análise dos *significados* (exemplo, a análise temática), embora possa ser também uma análise dos *significantes* (análise léxica, análise dos procedimentos)”. Enquanto um conjunto de técnicas de análise das comunicações, corresponde a dois objetivos fundamentais: a ultrapassagem da incerteza e o enriquecimento da leitura. Parte, então, sempre da análise da própria mensagem que constitui “o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise não seria possível”.

No caso da investigação desta dissertação, a mensagem foi *provocada* pela técnica da entrevista aberta proposta por DELVAL (2002).

Para o encaminhamento da análise de conteúdo na presente investigação, foram utilizadas as etapas concebidas por MORAES (1999, p.6): *preparação das informações, unitarização, categorização, descrição e interpretação*.

Resumidamente, esse processo constitui-se da seguinte seqüência: as fitas oriundas das gravações das entrevistas abertas, que corresponderam a aproximadamente dez horas de gravações, foram transcritas para a linguagem escrita, mantendo-se, o mais próximo possível, a forma coloquial do desenrolar da comunicação.

Posteriormente esse material (*corpus*) foi lido exhaustivamente, de forma a permitir a identificação do todo e a identificação das *unidades de análise*. As *unidades de análise* foram reorganizadas em *categorias de análise*, de acordo com a parte em comum entre elas, reduzindo o volume de dados a serem descritos (*citações*) e interpretados. Do documento emergiram palavras, temas, personagens e itens importantes a serem considerados na análise.

#### 3.4.1 A Fala dos Adolescentes - Preparação e unitarização

Na pesquisa qualitativa, o material utilizado é a palavra, que expressa a fala cotidiana, nos discursos intelectuais, burocráticos, políticos e nas relações afetivas



ou técnicas. Neste método, procura-se interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e conhecendo significados latentes.

As gravações relativas às entrevistas, compostas de 52 questões, foram transcritas de tal forma a constituir o *corpus* ou documento a ser analisado.

Na releitura ficou evidente a pertinência de iniciar por unidades de análise mais amplas, definindo-se as unidades temáticas.

As informações recebidas foram codificadas de acordo com o grupo ao qual pertencem os entrevistados. Assim:

Código **17M** = refere-se a mensagens emitidas pelos adolescentes (masculinos) de 17 anos;

Código **17F** = refere-se a mensagens emitidas pelas adolescentes (femininas) de 17 anos;

Código **17MF** = refere-se a mensagens emitidas pelos adolescentes masculinos e adolescentes femininas de 17 anos;

Código **19M** = refere-se a mensagens emitidas pelos adolescentes (masculinos) de 19 anos;

Código **19F** = refere-se a mensagens emitidas pelas adolescentes (femininas) de 19 anos;

Código **19MF** = refere-se a mensagens emitidas pelos adolescentes masculinos e adolescentes femininas de 19 anos;

Código **M** = refere-se a mensagens emitidas pelos adolescentes (masculinos) de 17 e 19 anos;

Código **F** = refere-se a mensagens emitidas pelas adolescentes (femininas) de 17 e 19 anos

**N. de ordem**

**Unidades temáticas**

01

o ser adolescente

02

o ser sexualescente<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> neologismo que procura traduzir um conceito indispensável a esta tese: fundamenta-se etimologicamente no também neologismo "sexualizar" já registrado pelo Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa: verbo transitivo direto e pronominal. 1. dar ou adquirir caráter ou aspecto sexual, conteúdo ou conotação sexual ou erótica. Ex.: <interpretações psicanalíticas sexualizam folgedos infantis>. <de repente, a amizade que sentia por ela sexualizou-se>. Transitivo direto e pronominal: 2. dar ou adquirir energia, tendência ou impulso sexual. Dessa forma, engendrado hipoteticamente sobre uma construção etimológica nos moldes de "sexualescere", a significar "adquirir sexualidade ou iniciar-se sexualmente"; "sexualescência" seria neologismo derivado: a ação (ou o estado) de

03	sexo e afetos
<b>N. de ordem</b>	<b>Unidades temáticas</b>
04	homossexualidade
05	drogas
06	rótulos e estereótipos
07	prevenções e responsabilidades
08	atores na gravidez precoce
09	atores na contaminação
10	fontes informativas

---

desenvolver sexualidade, adquiri-la ou ainda iniciar-se sexualmente; Por extensão, "sexualescente" seria aquele que adquire sexualidade, ou que se inicia sexualmente.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aplicação da entrevista analisamos os resultados de cada grupo. O conjunto nos forneceu um panorama de como a representação de prevenção muda (ou não) nessas diferentes idades.

### 4.1 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES TEMÁTICAS

Nesta etapa apresentamos o resultado do primeiro momento do trabalho de análise, procurando expressar a visão dos adolescentes, separadamente em cada faixa etária, e por sexo, classificando as falas de acordo com as unidades temáticas acima definidas.

4.1.1 Material Coletado das Entrevistas de Adolescentes de 19 Anos (Cinco Masculinos e Cinco Femininos), Grupos 19M e 19F, Cursando o 1º. Ano Universitário.

4.1.1.1 Adolescentes masculinos – grupo 19M

Abordados inicialmente quanto a se situarem e caracterizarem-se na fase de vida presente, esses adolescentes relatam na sua totalidade vivenciarem momentos de ensaios maduros, onde percebem a responsabilidade das escolhas que se fazem necessárias.

Todavia, a imagem externa adquirida aos 19 anos, confronta-se com a imaturidade emocional e psicológica. Um corpo adulto a exigir posturas maduras frente ao mundo externo, que se fragiliza na imaturidade da personalidade em formação, quando percebe a própria insegurança no posicionar-se.

“em certos aspectos maduro, em certos aspectos adolescente, ou às vezes criança... então, como se você fosse uma criança acuada, apesar da aparência não ser, se mostra para os outros como que você é uma pessoa madura, que você está preparado para aquilo, mas por dentro não”.

“O L, ele está na transição..., ele está... é conflito mesmo... dá muito medo de pensar que logo logo eu vou ter responsabilidade o dia inteiro, que eu vou começar com aquela rotina de aproveitar o final de semana, e isso dá muito medo”.

“Eu estou aproveitando o lado mais de festas assim... eu saio muito, curto a balada”.

Os relatos dos entrevistados denotam que, até esta fase de 19 anos, pouco organizaram previamente a entrada no mundo adulto. As aspirações desse período de transição restringem-se, na sua maioria, quanto a conquistar maior liberdade e sair do jugo familiar. Refletindo no momento presente a respeito dos pontos negativos de ingressar no mundo adulto, são unânimes em apontar as cobranças externas, a perda da ingenuidade infantil, e a responsabilidade frente às primeiras escolhas. Um maior desenvolvimento cognitivo adquirido traz aos entrevistados a consciência de poder agir com maior independência, do poder de transformar, de começar a ser percebido de maneira individualizada, e assim melhor sentir a inserção ao novo status.

“Como eu seria? Nunca imaginei. Só visualizava, ou idealizava... uma liberdade... um pouco mais livre”.

“... eu, hoje mesmo eu não programo o que eu vou fazer com 22, 23 anos, eu prefiro viver mais o presente”.

Questionados quanto ao conceito de sexualidade, num primeiro momento, os adolescentes de 19 anos manifestam dificuldade em formular uma resposta, mas vão esclarecendo essa noção à medida que as perguntas abrangem as suas vivências experimentais.

A associação do desejo sexual como toque, pele, beijos e tesão, a um sentimento como amor, paixão e carinho é encontrado nos relatos. Os entrevistados que experienciaram relações de namoros, apontam a convivência como fator importante para melhor lidar com as situações emocionais e da sexualidade. A troca freqüente de parceiros é apresentada como denotativa de conflitos e insegurança.

“Sexualidade?... desejo, mas não justamente essa questão ligada à cobiça, desejo, mas aliado, associado a um sentimento”.

“Acho que uma coisa muito importante foi um relacionamento que eu tive, que foi o primeiro namoro, foi aos 16, 17 anos. Daí isso deslanchou assim, a lidar com as mulheres”.

“Área de conflito? Eu não sei, talvez esse negócio de viver com várias seja um conflito... você quer se auto-afirmar, não sei...”.

A idade média com que os adolescentes do sexo masculino tiveram sua primeira experiência sexual foi de aproximadamente 16 anos, e apenas um deles não usou preservativo, mas menciona que a parceira estava tomando pílulas. Alguns já mantinham relações emocionais com a parceira através de namoro; para outros, a primeira relação sexual foi inesperada e não programada. As ocorrências observadas quanto às formas de fazer uso do preservativo ou não, nessa situação são variadas: o adolescente carregava consigo há tempos uma camisinha e se posiciona pelo uso, ou a namorada também teve a iniciativa de fazer uso de anticoncepcional, orientada pela família, ou foi a parceira prevenida quem forneceu o preservativo ao adolescente que não dispunha dele.

“Aconteceu derrepente, não tava nem um pouco preparado... inesperado”.

relatando ter usado camisinha: “natural no sentido não de discutir, mas de ter claro né, para as duas pessoas”.

“Eu levava mais porque eu via na televisão, qualquer hora você pode vir a precisar...”

“Não foi planejado, aconteceu, até tinha camisinha no bolso pra usar. Eu sabia que eu deveria usar, mas não usava na hora... mesmo lembrando”.

“... dai eu fui lá, ela falou que ia estar sozinha... eu tinha dito que não era virgem, e daí foi uma merda... foi legal porque foi ali que começou, mas assim não foi uma coisa gostosa (...) a camisinha era dela. Até hoje, tipo assim, às vezes eu carrego... eu transaria sem camisinha”.

Quando inquiridos a respeito da habitualidade do uso de preservativos após a primeira relação sexual, e dos critérios de utilização ou não, somente um dos entrevistados relatou estar usando camisinha em todas as relações sexuais. Os critérios estabelecidos para deixar de usar camisinha encontram-se, em grande parte dos casos, fortalecidos a partir do momento que a parceira decide pela utilização do anticoncepcional, ou que o adolescente masculino acredita já

“conhecer melhor” a companheira, ou pela rapidez do intercuro frente à exigência do local e/ou do momento.

“Sempre...camisinha...salvo três vezes que eu não usei”.

“Acho que não existe esse não usar, é só usar”.

“É saber da história dela, acho que saber um pouco dela, se conhecer como ela é, por exemplo... se ela exige a camisinha no começo ou até bom tempo, depois eu confiaria mais nela em não usar, do que simplesmente ela, no começo, já deixar de fazer sem... ela não exigir. Nesse relacionamento, a gente fez o teste da Aids juntos e isso deixou a gente mais tranqüilo”.

“O critério que eu penso assim, é mais como é que é a guria, assim... mas o que eu uso mais depende do momento (...) é você estar com muito tesão na hora assim... num lugar tipo faculdade, ou banheiro de bar assim, você está com muito tesão na hora... ah se foda...”

A idade mais adequada para o início das relações sexuais, segundo os entrevistados é bastante diversa: na adolescência depois dos 13 anos, 17, 20 anos, e depende da pessoa. Os próprios relatos se confrontam, em alguns casos, com a idade em que o próprio entrevistado se iniciou.

“... iniciei muito cedo, eu acho”.

“... acredito a idade que eu comecei, foi... não diria ideal, mas foi a melhor, adequada para mim. Acho que a pessoa poderia ter sido diferente (risos)”.

“Acho que todo mundo começa despreparado total assim... Acho que não teria uma idade certa para começar, depende da pessoa”.

“ ... talvez não tivesse tão consciência de usar camisinha coisa assim, mas acho que foi na idade certa (...) eu não planejava (...) se for dois namorados, namoram já faz tempo, estão planejando fazer isso”.

De maneira geral, todos os entrevistados se posicionaram a favor de utilizar medidas de prevenção à gravidez e DST (entre elas a Aids) em todas as relações sexuais. Os motivos abrangem o risco de gravidez, a incerteza da permanência com a parceira, e do seu estado de saúde (parceira); em contrapartida, acha-se também presente o desprazer do uso da camisinha quanto à diminuição da sensibilidade.

“É necessário, simples... você nunca sabe geralmente se pega ou não... nunca sabe o que a mulher tem... ou não... é melhor prevenir do que remediar, ainda mais a gravidez”.

“... na verdade, o problema não é a camisinha, o problema é a gente (...) só que a gente às vezes não usa por falta de responsabilidade, porque às vezes está bom, é melhor sem camisinha...”

“... não é necessário usar camisinha só quando se tem um parceiro fixo há muito tempo e os dois já fizeram o teste”.

Os questionamentos que se seguiram procuraram associar a qualidade dos sentimentos envolvidos na relação sexual com as medidas de uso ou não uso de medidas de prevenção.

A relação sexual sem vínculo afetivo posiciona a maioria dos entrevistados a serem favoráveis ao uso de métodos de prevenção, motivados pela falta de confiança na parceira, pela possibilidade de danos aos envolvidos: a si mesmo, à parceira ou à criança que não foi planejada. Somente um deles não vincula o uso do preservativo em função do estágio em que se encontra o sentimento.

A convivência com o sentimento de amor expõe os entrevistados à prática do ato sexual sem preservativo, privilegiando a utilização de medidas de contracepção feminina (como o anticoncepcional), e a testagem laboratorial prévia, fortalecidos pela confiança estabelecida na relação emocional.

Um adolescente manifestando-se favoravelmente ao uso de medidas preventivas para quem não ama:

“Aí é que envolve o sentimento, para você não machucar a pessoa e não se machucar também”. E continua: “se as pessoas se amam, geralmente...com certeza são no mínimo honestas umas com as outras...”

“Quando se ama, também a pílula, eu acho que... dependendo do relacionamento... pode a camisinha... (...) acho que a camisinha é para o início de um relacionamento...”

“Pensando conscientemente também, no começo não, no começo tem que usar sempre, depois só o teste”.

O posicionar-se oficialmente na relação amorosa, ritualizada pelo noivado, estabelece medidas de prevenção que se associam primordialmente a práticas contraceptivas e não à DST.

“Eu acredito que se os dois tiverem uma relação boa, eu acho que só a pílula é suficiente...”

“Depende... se a gente não quer ter um filho, pílula!”.

O assunto casamento faz emergir, por unanimidade, dois temas: contracepção e fidelidade. Os entrevistados associam a testagem prévia, fidelidade e confiança no cônjuge, como um passaporte para o sexo sem preservativo, e medidas de contracepção para o planejamento familiar.

“Anticoncepcional e exames”.

“Casamento eu acho que não precisa de camisinha, ai vai muito da confiança de um com outro, e daí é planejar bebê, se não quer bebê, ai é a pílula”.

“Saber se fez o teste antes ou não, mas mesmo assim é achar que essa pessoa não vai te trair pelo menos...”

“... se a mulher sabe que o cara é fiel e vice-versa, tomar pílula assim para não engravidar, ou fez laqueadura, não precisa de camisinha não”.

Quanto às práticas de prevenção à DST para pessoas com orientação homossexual, os adolescentes concordam que a utilização de preservativos masculinos é necessária entre homens, evidenciando que no sexo anal há maiores chances de contrair DST.

O assunto medidas de prevenção na prática homossexual feminina gera questionamentos e gracejos, e demonstra desconhecimento.

Não foi presenciado expressões de homofobia nesse grupo.

“... inclusive eu queria argumentar sobre o masculino... que o anal tem mais chance de pegar uma Aids do que uma penetração pênis-vagina (...) te falar que eu não sei direito como é (entre mulheres)... sabe... mas... (risos)”.

“Acho que a questão não é homossexual ou hétero, ela é... digamos... universal, geral”.

M. manifestando achar desnecessário medidas de prevenção: “com mulheres não, entre lésbicas não...”



Para o planejamento familiar, os entrevistados apontam os seguintes métodos contraceptivos: camisinha ou a pílula, ou a pílula do dia seguinte.

“Pílula, pelo menos”.

“A última vez que eu transei sem camisinha a guria disse que tomava a pílula... pelo menos disse”.

“Ou a mulher tomar anticoncepcional ou você comprar a pílula do dia seguinte”.

A maior possibilidade de contaminação através do sexo com pessoas que fazem uso de drogas ilícitas foi reconhecida pelos adolescentes.

As trocas de seringas, a irresponsabilidade do uso, fraqueza humana e esconder-se são motivos elencados.

“Grupos de risco acho que não existe mais, todos têm risco”.

“Acho que bem mais. Por causa se topa pico... ou se toma erô... é muito mais fácil de pegar né... pelas agulhas...”.

“... não fumar..., mas se injeta assim drogas porque a gente sabe que o risco é maior”.

Na prática da masturbação individual, concordam em não haver necessidade de usar algum tipo de prevenção, e a masturbação mútua divide as opiniões quanto a não haver necessidade de práticas preventivas e dúvidas a respeito, embora metade dos entrevistados acha possível, conforme o contato, haver contaminação.

“... individual é claro que não... não tem o porquê, tem? Mas depende do contato que você faz, a masturbação um no outro... acho que sim, não consigo assim visualizar”.

Nas respostas deste grupo aos questionamentos a respeito das práticas de prevenção em função da aparência (bonita/feia; gorda/magra; jovem/madura), ou condição financeira (rica/pobre) da companheira, podemos observar que alguns dos rótulos apresentados levam os entrevistados a ter consciência de preconceitos pessoais que acabam levando-os a agirem desigualmente na utilização de medidas preventivas. Apesar de manifestarem-se favoráveis ao uso de preservativos em todos os casos, alguns se contradizem e reconhecem que ser bonita e/ou rica, ou

madura, ameniza a obrigatoriedade do uso. Ser mal cuidada ou “rodada” fortalece a utilização de medidas de proteção.

“... se fosse mais jovem então eu usaria com certeza. Se fosse mais velha depende do momento... se fosse na hora talvez não... eu sei que precisa, mas talvez não...”

“Não. Todos são riscos, não tem distinção. Às vezes, se a mulher for meio nojentona assim... é até meio preconceito, ... mas existe... eu utilizaria (...) com a bonita geralmente você tende assim a não usar né... mas na hora você não teria tanto medo”.

“... seria preconceito muito grande dizer essa tem essa pessoa não tem, pode ser justamente o oposto”.

“... achar que não vai precisar com a mais rica... isso é preconceito eu acho, mas as pessoas sempre pensam assim”. - Com você acontece assim? Pergunta o entrevistador. - “Sim”, responde o entrevistado.

“Mesmo que ela fosse bonita e rica... o principal é conhecer mesmo”.

“Já tive essa experiência em que a mais simples se cuidava melhor que a da classe social melhor”.

Na conceituação do que vem a ser prevenção em relação à gravidez precoce os adolescentes correlacionam instantaneamente os métodos de prevenção de camisinha e anticoncepcional. Em menor escala, as cirurgias. Para os conceitos de prevenção em relação a DST, e entre elas a Aids, as camisinhas (masculina e/ou feminina) são mencionadas, e o controle médico.

“Associação do uso de preservativo e depois da consciência da menina de ir ao médico procurar um ginecologista, também começar a tomar contraceptivo”.

“Uma forma de prevenir o bebê que na hora não pode nascer... o casal não tem base para isso”.

“Se prevenir contra possíveis doenças, assim, que possam acontecer no contato do pênis com a vagina. Ai só a camisinha. Tanto a masculina quanto a feminina”.

Praticamente todos os métodos de prevenção, senão os principais contra gravidez precoce e DST foram mencionados como conhecidos dos entrevistados: camisinhas (masculina e/ou feminina), anticoncepcional, pílula do dia seguinte, cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia), diafragma, diu, tabelinha e anticoncepcional masculino.

Entre os adolescentes masculinos da faixa de 19 anos entrevistados, um deles chegou a engravidar uma companheira. Para a maioria deles, a responsabilidade de evitar uma gravidez precoce é do casal, mas manifestam a possibilidade de ser enganado pela garota.

“Aos dois. A responsabilidade é dos dois”.

“... pensando em homem irresponsável e mulher irresponsável, o homem decide ali, se usou a camisinha... evitou!. A mulher pode até burlar,... enganar o homem que está tomando ao pílula, ou que tá usando uma camisinha”.

“Mais à mulher, porque ela vai sofrer mais do que o homem (...) pode perder uma faculdade, um trabalho...”.

“... no caso eu sei que eu deveria usar a camisinha (...) eu não sabia que ela tinha parado, foi irresponsabilidade minha, mas foi de propósito dela, acho que ela só abortou porque sabia que eu não queria e se arrependeu de fazer isso. (...) Acho que se eu falasse que eu aceitaria o filho, se eu desse essa suposição para ela, ela teria o filho, é... dependia de mim”.

Os últimos blocos de perguntas têm o objetivo de levar os entrevistados a se sentirem no papel principal de um sujeito que experiencia a situação de vir a ser pai ou de ser contaminado por uma DST, e também pelo vírus da Aids. Daí colher seus posicionamentos frente a esses fatos.

As manifestações dos adolescentes são unânimes em perceber ser um “desastre” a paternidade nesse momento, pois a vinda de um filho não planejado, e a construção de uma família implica no abandono de sonhos da adolescência e das aquisições e conquistas pessoais; a consciência presente do despreparo gera desespero ao imaginar assumir esposa e filho. Alguns deles não conseguem prever o direcionamento de suas ações, mas acreditam poder contar com o apoio familiar. São conscientes de que o fato pode vir a lhes acontecer, pela não utilização de preservativos ou anticoncepcional, ou a camisinha “estourar”.

“Um terror. Uma destruição da minha vida inteira”.

“Passaria a abrir mão de uma série de coisas que eu gostaria de fazer por questão do dinheiro, que estaria guardadinho pra viajar, teria que usar pra começar educar uma criança”.

“... não me sinto preparado agora, eu to pensando em outras coisas, filho demanda muito tempo, responsabilidade e dinheiro (...) eu sei que tenho que dar apoio para a minha mulher, eu sei que parte da culpa é minha e eu tenho que levar isso junto com ela.”

“... as vezes que eu transo sem camisinha... essa última que eu comi, ela poderia ter falado, ter mentido... falava que tomava pílula (...) eu acho que assumiria porque a criança não tem culpa (...) e daí resolve como vai ficar depois... com quem vai ficar”.

“... não tem o que associar, um outro método pra complementar a pílula. Acho que eu tive muito isso sabe, meus pais sempre falavam: pelo menos a pílula, se for uma namorada, pelo menos a pílula”.

No tocante a imaginarem-se contaminados por uma DST, e entre elas, a Aids, sentimentos de medo, aflição e susto são verbalizados pelos adolescentes, que se potencializam no caso da DST ser uma Aids, levando à depressão e até à disseminação do vírus como relatado por um adolescente.

#### C. relatando ter contraído uma DST:

“fui ao médico e me tratei, no aspecto moral não pesou nada, mas tomei todos os cuidados médicos”.

“... me assusta um pouco, Aids me assusta mais (...) Num relacionamento sem camisinha, aí não tem anticoncepcional, não tem nada... aí é só a camisinha (...) mas depois que eu me estruturasse eu provavelmente procuraria algum tratamento, procuraria um médico, tentaria levar uma vida normal”.

“... com Aids eu acho que eu ia ficar muito depressivo, eu era capaz de espalhar... pelo menos no começo quando eu ficasse sabendo, quando soubesse...”.

“Nunca me senti correndo esse risco, apesar de correr sempre ...”.

As informações a respeito de sexualidade são obtidas pelos adolescentes notadamente nas escolas, através de aulas e palestras e na família. Quanto à busca de meios onde se informar, são pelos amigos mais experientes, pesquisas em livros, jornal, Internet, disque Aids e médico de confiança. Mostram-se na grande maioria satisfeitos com o que sabem, mas infelizmente, o conhecimento não gera comportamento de prevenção em muitos deles.

“a minha mãe sempre se preocupou muito com isso, sempre valorizou a camisinha, na escola aprendi bastante (...) e campanhas do governo, mas campanha do governo eles dão um apanhado geral assim... sobre... tem que usar... tem que usar... mas os porquês você aprende em casa e escola. (...) eu estou satisfeito em relação aos meus conhecimentos, sim, eu estou. O problema é que eu tenho ... eu tenho que praticar...”

“Se eu não uso camisinha não é por falta de divulgação. Não é por causa de desconhecimento”.

As impressões a respeito da entrevista e às possíveis mobilizações causadas nos entrevistados foram colhidas: medo, reflexões sobre sentimentos interferindo nas práticas de prevenção e paternidade.

“Só me deu medo da Aids, porque eu fiquei imaginando como seria... com Aids eu acho que eu ia ficar muito depressivo, eu era capaz de espalhar... pelo menos no começo quando eu ficasse sabendo, quando soubesse...”.

“Gera uma reflexão em não usar camisinha. Mas uma reflexão sempre leva a uma pesquisa nesse sentido... ter um filho, engravidar, DST...”

“Olha, me ajudou a definir sobre relacionamentos, sobre afeição que se tem com a pessoa relacionando ao uso da camisinha, que eu nunca tinha definido isso...”.

“Eu acho que... eu geralmente aprendo me ferrando, eu acho que só se eu pegasse uma gonorréia e teria que fazer aquele exame lá... que eu ia tomar consciência...”.

#### 4.1.1.2 Adolescentes femininas – grupo 19F

Ao se posicionarem e caracterizarem-se na fase de vida presente, as adolescentes expressam estar vivendo um período de muitas novidades. A faculdade, o exercer efetivamente as escolhas, e os objetivos a serem alcançados no futuro, indicam as primeiras idéias do caminho a percorrer. Alguns comportamentos e atitudes apresentam-se, porém, regidos pelo modelo da fase anterior, mais infantilizados em algumas entrevistadas; outras relatam uma maturidade se evidenciando. Algumas atividades do mundo adulto já são exercidas por elas, mas de maneira mais divertida, menos responsável. A percepção da coexistência de comportamentos conservadores e liberais entre os pares fica evidenciada e traz questionamentos pessoais na escolha de um dos posicionamentos.

“... é a fase mais confusa assim (...) você é obrigada a ter mais responsabilidade e não está bem pronta ainda... (...) se dependesse do meu pai eu viveria só com as responsabilidades (...) ele implica muito que eu esteja em casa sempre no horário, dependendo de aula e trabalho, se eu não tiver nada além disso ele quer que eu esteja em casa”.

“Eu acho que tenho bastante idéias formadas, idéias minhas... eu já tenho uma posição sobre muitas coisas (...) apesar de eu me dar bem, eu já briguei muito com a minha família, mas nada que seja conflito”.

“... eu me considero adolescente com 19 anos... adolescente (...) é muita coisa nova, agora estou começando a exercitar minha independência (...) Você abre muitos caminhos assim... você está conhecendo um pouco de tudo, mas não se decidiu por nada (...) ainda tem aquele lado mais divertido, que você ainda pode... e não tem tantas preocupações...”.

“Adulta... mais adulta. (...) Com relação às minhas amigas eu vejo que sou um pouco mais madura mesmo... (...) Meus objetivos são outros... é me formar, fazer meu mestrado, minha pós, mais ou menos assim”.

“... Tem certas atitudes minhas que são bem infantis, tem outras que eu já sou adulta (...) Não estou tendo uma atitude fora da minha idade, entendeu ?”

Os relatos das entrevistadas denotam que na pré-adolescência aspiravam pelo momento atual onde poderiam exercer uma maior independência em relação ao jugo familiar, curtir baladas, namorar, etc. Todavia o que as adolescentes do sexo feminino experienciam com 19 anos, no primeiro ano de faculdade, é o exercício de uma maior responsabilidade e relativa independência. Refletindo no momento presente a respeito dos pontos negativos de ingressar no mundo adulto, apontam as cobranças em realizar as coisas de maneira certa, perda da ingenuidade infantil, e a responsabilidade frente ao que realizam. Ser criança tem a vantagem de menor preocupação em relação ao futuro e uma repreensão menos severa frente a erros cometidos.

“Eu achava que ia viver a fase, mas não vivi (...) eu fui uma adolescente que não sai, não fui pra balada, não fiz nada, minha adolescência já girou em torno assim de estudo e com 16 anos já comecei a trabalhar e minha mãe não deixava eu sair. (...) Agora eu estou mais madura, eu já não brigo (...) agora eu posso tudo, mas nem tudo eu quero fazer (...) parece que saiu aquela euforia”.

“É muito diferente, eu achava que ia ter menos responsabilidade (...) eu ia tirar a carteira e minha vida ia ser muito boa, eu ia sair pra balada todo o dia e não. (...) ... eu ligava mais para o que os outros estavam pensando do que hoje, hoje eu faço o que eu quero e o que eu gosto”.

“Acho que eu não tinha tanta preocupação com o meu futuro (...) na adolescência você não tem todas as responsabilidades de um adulto, mas você já tem uma certa autonomia, um poder de decisão sobre a sua vida que a criança ainda não tem...”.

Ao conceituarem sexualidade, as adolescentes de 19 anos manifestam ter uma visão ampla do termo, não o restringindo somente às relações sexuais, mas percebendo o seu aspecto diversificado em pauta. São momentos individualizados, diferentemente vividos, de forma tranqüila por umas, de confronto por outras, em função de crenças e valores adquiridos do meio social e que agora se apresentam dando suporte ou não às eminentes escolhas.

“É de certa forma você se conhecer, o que você gosta, (...) se você gosta que uma pessoa te toque, com quem você quer ficar (...) eu tô ainda descobrindo (...) eu penso muito mais, escolho mais e só vou ficar com alguém que eu conheço há algum tempo”.

“... acho que você não precisa necessariamente fazer sexo... para ter a sexualidade presente na vida... (...) É uma etapa tranqüila...”

“... eu não pensava que na hora que você entrar, iniciar sua vida sexual, iam aparecer tantas dúvidas, não com relação ao seu corpo, mas com relação a valores, à ética. (...) É meio conflitante assim...”.

Das cinco adolescentes entrevistadas, três delas são virgens, e as outras duas recentemente iniciaram a prática sexual. O momento do primeiro relacionamento sexual foi mais planejado para uma das adolescentes, num relacionamento de namoro, do que para a outra, que conhecia o companheiro há poucos meses. Desta forma, a média de idade da primeira relação sexual está próxima dos 19 anos. A média de idade da menarca desse grupo é de 13 anos, sem relatos de traumas ou sustos.

Nos dois casos de experiências de relação sexual, ambas as adolescentes fizeram uso de camisinha masculina. Relatam haver consciência tanto delas mesmas, quanto dos companheiros, na decisão de usar medidas de prevenção no ato sexual.

“... quando eu senti que estava preparada, que eu senti que queria aquilo, foi bem, não foi uma experiência frustrante, foi ótimo assim (...) tô com ele até hoje.(...) Eu tinha muito medo da reação da minha mãe, ela sempre me segurou muito (...) Utilizei camisinha, só a camisinha (...) em qualquer lugar que você vá tem alguma coisa falando de camisinha (...) ele já sabia, já teve outras namoradas e usava isso com elas, então ele, foi por conta própria dele que colocou”.

“... foi meio não planejado assim, foi meio não pensado (...) era meio óbvio que a gente tivesse que usar camisinha, a gente não pensava diferente, que existia a possibilidade da gente não usar”.

A respeito da habitualidade do uso de preservativos após a primeira relação sexual, e dos critérios de utilização ou não, somente uma das entrevistadas relatou continuar praticando relações sexuais com o parceiro, e ter abolido a utilização do preservativo masculino em função de ter escolhido o anticoncepcional como medida contraceptiva.

“... depois de um tempo eu comecei a tomar remédio, porque depois de um certo tempo que você pega confiança na pessoa, sei lá, daí não tinha mais o porquê (...) ele fez exame, minha mãe fez ele fazer o teste de HIV (...) ele achava ruim, que disse que não é a mesma coisa (...) pra mim tanto faz né, eu comecei a tomar um comprimido que até fez mal pra mim (...) faço exames periodicamente no ginecologista (...) esqueci já umas quatro vezes... eu tomei a pílula do dia seguinte... em todas essas vezes... de medo...”.

“... não houve outras vezes. (...) penso continuar usando camisinha (...) mas se eu tiver uma vida sexual mais freqüente sim, daí eu penso usar pílulas...”

As adolescentes que ainda não praticaram o ato sexual relatam que nas experiências amorosas vividas já estiveram próximas desse momento. As questões de prevenção chegaram a ser discutidas conjuntamente com o companheiro, optando pela camisinha masculina. A insegurança na eficiência do método de prevenção, a escolha do namorado para propiciar um momento adequado, a falta de sentimentos, a chance de engravidar e o preconceito de ser virgem, são argumentos que as levam a protelar a primeira relação sexual.

“... encontrar alguém que você sabe valer a pena, pra não se arrepender. (...) Nunca fui ao ginecologista. É errado mas nunca precisei ir”.

“... eu sempre estou procurando mais estabilidade, mais segurança, e eu sempre percebo que quando chega esse momento eu ainda sinto que não tenho essa segurança. (...) ... acho que eu não me sinto tão segura em usar camisinha assim...”

A idade mais adequada para o início das relações sexuais, segundo algumas entrevistadas é circunstancial, e depende da cabeça de cada uma, do



gostar, do sentir confiança e ter responsabilidade. Outras mencionam idades acima de 15, 16 anos, ou 18, 19 anos.

“... Acho que uns 18, 19 anos, dependendo também do nível cultural do adolescente em que ele já pode tomar certas decisões sobre seu corpo, sobre sua vida (...) não iniciar a vida sexual porque todo mundo tá fazendo”.

“Acho que a pessoa tem que gostar, tem que sentir confiança, só isso”.

De maneira geral, todas as entrevistadas se posicionaram a favor de utilizar medidas de prevenção contra gravidez e DST (Aids) em todas as relações sexuais. Os motivos abrangem o desconhecimento de estar a pessoa contaminada ou não, falta de confiança no parceiro, e a possibilidade de gravidez, ou DST (Aids).

Viviane (19) “Quanto à DST, ultimamente não dá pra você confiar naquela coisa de parceiro, parceira única, nem mesmo marido e mulher, não é muito confiável assim, quanto à gravidez, se você não quer engravidar você tem que se prevenir todas às vezes”.

Caroline (19) “... o pessoal pensa mais na gravidez do que na Aids. Eu vejo dessa maneira. (...) Penso não que eu vá deixar de usar camisinha prá... óbvio, pra prevenir da Aids, mas em primeiro lugar a gravidez”.

Os questionamentos que se seguiram procuraram associar a qualidade dos sentimentos envolvidos na relação sexual com as medidas de uso ou não uso de medidas de prevenção.

A relação sexual sem vínculo afetivo posiciona três das entrevistadas a serem favoráveis ao uso de métodos de prevenção, motivadas pelo desconhecimento das atitudes comportamentais do parceiro, ou pela possibilidade de gravidez numa relação sexual eventual. Duas delas não vinculam o uso de medidas de prevenção em função do estágio em que se encontra o sentimento, sendo favoráveis à permanente prática de uso.

A convivência com o sentimento de amor mantém o posicionamento das entrevistadas em praticar o ato sexual com prevenção, pelos seguintes motivos: para não haver obrigatoriedade de se manterem unidas ao parceiro caso a vinda não

programada de um filho, a camisinha ser um método prático, e pelo sentimento não ser eterno, e muito menos um efetivo indicador de conhecimento do parceiro.

“... não forçar alguém a estar com você porque vocês vão ter um filho (...) não é porque você ama que vocês estão preparados pra ter um filho juntos”.

“... Nada me garante o que ele faz, por onde ele anda (...) Eu acho que camisinha porque é mais fácil e é um método seguro que está evitando tanto uma coisa quanto a outra”.

“... Relação sexual não importa o sentimento envolvido, tem que ter prevenção”.

“Mas você pode amar sem conhecer muito bem a pessoa,... mas quando ama, mesmo assim eu acho que tem que ter algum método contraceptivo”.

O posicionar-se socialmente na relação amorosa, ritualizada pelo noivado, trás a questão maternidade mais evidente, e medidas de prevenção que se associam primordialmente às práticas contraceptivas.

“... a não ser que você tenha planos, que você queira engravidar e tal, daí assim, se não sempre tem que se cuidar”.

“Achar eu acho que sim, mas eu vejo... eu não sei... de verdade. (...) Anticoncepcional, acho que primeiro assim... (...) ...acho que de repente quando você casar tudo bem, mas noiva ainda acho que usa camisinha”.

“... tem que ter um planejamento, você não vai ter filho... assim, sem pensar, sem planejar...”.

O assunto casamento faz emergir, por unanimidade, dois temas: contracepção e fidelidade. As entrevistadas apontam o planejamento familiar e a falta de confiança no cônjuge como motivos para usar algum método de prevenção, mas demonstram incertezas em fazer uso de preservativos pelo fato de estar implícito no contrato conjugal, normas de confiança entre marido e mulher.

“Que de certa forma por mais que eu confie nele ele pode... é realmente... acho que sim, é melhor prevenir que ficar jogando a culpa por cima do outro, né?”.

“Eu acho que no casamento também se deve usar algum tipo de prevenção porque tem muitos exemplos de pessoas casadas que pegam doenças do próprio marido ou mulher...”.

“Acho que o casamento implica uma certa... mais confiança, mas eu não sei como eu me comportaria, se deixaria de usar camisinha porque ele é meu marido, eu tenho que confiar que ele não vai passar nenhuma DST pra mim, ou usaria obrigatoriamente. Até porque tem hora que você vai querer ter filhos, eu acho que no casamento é mais complicado essa questão de se prevenir pra evitar doenças sexuais.”

“Dever, deve, mas acho que não se usa.”

Quanto às práticas de prevenção às DST para pessoas com orientação homossexual, as entrevistadas concordam que a utilização de preservativos masculinos é necessária entre homens que fazem sexo com homens, como em qualquer ato sexual heterossexual. Foram associadas referências às drogas e tatuagens como fatores de risco entre os homossexuais, além de ser “nojento” a prática do coito anal, mesmo que entre pares saudáveis.

O assunto medidas de prevenção na prática homossexual feminina gera questionamentos e gracejos, e demonstra desconhecimento das entrevistadas.

“Olha, não sei se na mulher que faz sexo com mulher precisa, mas eu imagino que sim, só fica complicado pensar como, mas no homem com certeza, na mulher não sei se precisa... nunca pensei nisso. (risos)”

“... Implica em contato que a relação hétero também tem, então é necessário a camisinha, da mesma forma das outras prevenções...”.

“... Porque principalmente nos casos de homossexualismo é mais freqüente pelo meio, a sociedade prega aquele meio de drogas, própria tatuagens, acho que o contato é maior. (...) ...se tiver contato com alguma região que esteja, sei lá, (risos) ah! Eu não sei explicar, se tiver contato com alguma região por exemplo, com o próprio sangue”.

“... a não ser que conheça bem a pessoa, saiba, tenha feito um teste, (...) aí não, aí sei lá... se não acha nojento, vai e faz”.

Para o planejamento familiar, as adolescentes são unânimes em pontuar a necessidade da utilização de métodos contraceptivos, deixando evidente o risco da tabelinha, do tabu que na primeira vez não engravida e da necessidade de método associado à utilização da camisinha, pela possibilidade de danos no preservativo.

“Porque senão nada garante que você não vai engravidar, para algumas pessoas até funciona a tabelinha, mas tem uma margem de risco considerável...”.

“... mas muitos casos de a camisinha furar também, então eu acho que por isso tem que ter anticoncepcional também.”

A maior possibilidade de contaminação através do sexo com pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas foi reconhecida pelas adolescentes.

As trocas de seringas, e o efeito produzido pela droga são motivos elencados.

"... se a pessoa estiver sob o efeito da droga ela pode fazer coisas que... não ditas pela sociedade... não legais... assim... (...) Se o cara tá bêbado, por exemplo, ele pode, ou se a mulher estiver bêbada... pode esquecer da camisinha... alguma coisa nesse sentido... sob o efeito da droga... e... por exemplo... da pessoa se injetar que pode pegar Aids...".

"Porque o risco de passar doenças como a Aids é muito grande, através do sangue da mesma injeção que se compartilha, seringa...".

Na prática da masturbação individual, concordam em não haver necessidade de usar algum tipo de prevenção no toque de mãos com mãos, e a masturbação mútua traz considerações a respeito do poder de contaminação frente a algumas lesões, boca, e os líquidos envolvidos, ou gravidez pelo contato do sêmen com a vagina.

"... tanto que a masturbação mútua pode até engravidar dependendo do tipo de masturbação mútua...".

"... acho que sim no caso, da mulher de repente, no caso que eu falei... do contato... se tiver alguma coisa machucada... e se tiver contato sim, só, dos dois".

Quanto aos questionamentos a respeito das práticas de prevenção em função da aparência (bonito/feio; gordo/magro; jovem/maduro), ou condição financeira (rico/pobre) do companheiro, podemos observar que todas as entrevistadas mantêm o posicionamento quanto à necessidade de manter a utilização de métodos preventivos quaisquer que sejam as características dos envolvidos ou posição financeira.

O comportamento de trocar a parceira com frequência mobiliza as adolescentes a relatarem a evidente necessidade da utilização de camisinha como

prática de prevenção, ao mesmo tempo em que se manifestam contrárias em aceitar um parceiro com esse tipo de comportamento.

"Com o mais jovem. Acho que a prevenção tem que ser com a mais velha, né...porque acho que a experiência dessa pessoa talvez seria maior, acho que essa pessoa poderia ter tido mais parceiros. Acho não ter diferença utilizar outras coisas... acho que não tem diferença...".

"(...) em questão de prevenção, não importa sentimentos, não importa características particulares dos..., não importa aparência física. (...) ... mas há também pessoas favorecidas economicamente que por um ato de rebeldia, deixam de se prevenir."

"Eu utilizaria camisinha... mas não sei se sairia com um cara tão rodado, pelo menos que eu soubesse que fosse tão rodado...".

Na conceituação do que vem a ser prevenção em relação à gravidez precoce, o grupo de entrevistadas identifica ser a utilização de medidas que impedem a concepção, correlacionando o conceito aos métodos de prevenção camisinha e anticoncepcional. Em menor escalas, as cirurgias. Para os conceitos de prevenção em relação às DST, e entre elas a Aids, explicitam ser cuidados para não adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a Aids, que ainda não tem cura. Como sinônimo constante do que vem a ser prevenção, utilizam a designação "camisinha" como resposta.

"Acho que tem uma diferença de gravidez precoce , porque o anticoncepcional, por exemplo, não vai te proteger de DST, diu também não. Então pra mim é essencialmente a camisinha".

"Acho que é gostar de si mesmo, querer se proteger acho, autoproteção, a uma qualidade de vida né, se prevenir em relação a doenças".

Todos os métodos de prevenção, senão os principais contra gravidez precoce e DST foram mencionados como conhecidos das entrevistadas: camisinhas (masculina e/ou feminina), anticoncepcional, pílula do dia seguinte, cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia), diafragma, diu; os menos eficientes tais como tabelinha, coito interrompido e espermicidas; também relacionados os tratamentos

hormonais e o não compartilhamento de seringas. Não houve casos registrados de gravidez entre as adolescentes.

Questionadas quanto a quem cabe a responsabilidade de evitar uma gravidez precoce, as opiniões são unânimes em identificar igualmente os parceiros como co-responsáveis, mas existe a consciência expressa de que quem tem mais a perder com o fato é a mulher, e por isso, cabe a ela um maior cuidado.

“Os dois, mas principalmente à mulher, sei que isso é machista, de dizer, mas eu acho que sim, porque afinal se depois se ela engravida, a barra vai toda pras costas dela”.

“Os dois. No meu caso sou eu, mas é ele que compra o comprimido”.

As perguntas finais têm o objetivo de levar as entrevistadas a se sentirem nas condições de grávidas ou de estarem contaminadas por uma DST (ou pelo vírus da Aids). Daí colher seus posicionamentos frente a esses fatos.

Nos relatos das adolescentes podemos observar por unanimidade, ser um “transtorno” a maternidade na adolescência, pois a vinda de uma criança não planejada implica no abandono das atividades do momento, sonhos da adolescência, e das aquisições e conquistas pessoais.

A gravidez na adolescência mobiliza sentimentos de desespero para essas adolescentes, trazendo à tona os conflitos do aborto e rejeição do filho, além das mudanças físicas causadas no corpo ou o despreparo em cuidar e educar uma criança.

Algumas delas acreditam poder contar com o apoio familiar. Outras teriam problemas com a família. Apesar das informações apreendidas, e dos comportamentos preventivos utilizados, algumas entrevistadas são conscientes das vulnerabilidades de engravidar por uma falha no método, ou envolvimento afetivo. Outras pela abstinência, ou por práticas conjuntas de prevenção (anticoncepcional, ou camisinha com pílula do dia seguinte) garantem a prevenção contra uma gravidez precoce.

“... eu não vou dizer nunca, porque é incrível como isso acontece com quem menos se espera, mas eu vou fazer o máximo pra que isso não aconteça, acho que complicaria todos os meus planos de vida...”.

“... eu acho que eu não iria colocar a culpa em ninguém, em mim mesma... (...) Iria cuidar, iria ter normalmente... não abortaria...”.

“Eu, se eu engravidasse no momento, seria horrível, porque eu ia ter que abrir mão de tudo o que quis na minha vida, que conquistei, acho que meu pai nunca assumiria assim...”.

“... Não quero estragar meu corpo com 18, 19 anos, também não quero comprar roupa, comprar comida, sendo que eu nem tenho pra mim própria, entendeu? (...) ... tomo pílula, quando eu usava camisinha, se estourava a camisinha eu ia lá na pílula do dia seguinte, toda vez, mesmo sabendo que isso fazia mal, que raspa todo o útero da mulher, mas mesmo assim. E tomo remédio certinho, e se eu não tomo remédio certinho, já pego e não faço mais nada...entendeu...”.

Imaginar-se contaminada por uma DST, e entre elas a Aids, sentimentos de desorientação e desespero são expressos pelas adolescentes; no caso da Aids, os posicionamentos foram o de levar ao isolamento em virtude dos preconceitos existentes com os portadores do vírus HIV, e à busca de pesquisas e tratamentos adequados.

“... mas com relação ao vírus da Aids é complicado, não sei...eu iria atrás de ...tomaria remédio, procurar tratamento dentro do possível. Não sei, mas é muito complicado, acho que eu procuraria tratamento mas acho que me isolaria do mundo.”.

"Eu acharia que a minha vida tinha acabado... (...) ... agora Aids, tá certo que a pessoa demora pra morrer, mas, morre, tá com vírus dentro dela..."

(...) ... Eu não sei, eu nem imagino, mas acho que, sei lá, me revoltaria...”.

“Primeiro tem que falar com a pessoa que me transmitiu, pois ela pode nem saber que tem. Iria procurar cuidar de mim, me tratar.”

“... iria tentar esconder o máximo possível, não que eu tivesse preconceito contra mim mesma, assim, mas sei que as outras pessoas assim teriam preconceito..., tentaria viver minha vida normal, tentaria esconder isso da maioria das pessoas, assim, fazer tratamento.”

As informações a respeito de sexualidade são obtidas pelas adolescentes notadamente nas escolas, através de aulas e palestras; na família, trabalho, mãe e amigos. Quanto à busca de meios onde se informar, principalmente junto à mãe; pesquisas em livros, jornal, revistas, Internet e ginecologista.

Mostram-se na grande maioria satisfeitas com o que sabem, mas algumas delas ainda não aplicaram na vida prática.

As impressões a respeito da entrevista e às possíveis mobilizações causadas nas entrevistadas foram colhidas: pensamentos de como se prevenir agora e no futuro, vulnerabilidade, reflexões sobre os próprios conflitos dos valores sexuais, desinformação, e a necessidade de refletir juntamente com o parceiro sobre questões de fidelidade.

“Me leva a pensar que eu não tenho conversado muito com meu namorado, sobre isso, entendeu... a questão de que se tivesse algum envolvimento, essas coisas, sei lá, parei pra pensar agora, e o sexo... e a masturbação”.

“... Sempre que eu falo desses assuntos, ultimamente... penso que meus problemas quanto a sexualidade não são de informação, são mais de personalidade mesmo, conflito... mais de valores assim.”

#### 4.1.2 Material Coletado das Entrevistas de Adolescentes de 17 Anos (Cinco Masculinos e Cinco Femininos), Grupos 17M e 17F, Cursando a 3ª. Série do Ensino Médio.

##### 4.1.2.1 Adolescentes masculinos - grupo 17M

Abordados inicialmente quanto a se situarem e se caracterizarem na fase de vida presente, os entrevistados se denominam adolescentes e relatam, na sua totalidade, gostar do período de vida que estão vivendo, apesar de alguns conflitos em razão de companhias não aprovadas pelos familiares. Alguns dos entrevistados (três) já trabalham ou são estagiários, e assim possuem menos tempo para namorar, estudar, sair, ou conviver com a família. Apesar de conhecerem os estigmas que rondam o período da adolescência, como sendo uma fase tumultuada, relatam normalidade na convivência, apesar de algumas advertências familiares, principalmente quanto aos alertas freqüentes em relação às drogas. Manifestam querer fazer tudo ao mesmo tempo, pois há muito o que descobrir: época de crescer e aprender.

“Bom já dei um monte de problema, já fui adolescente problemático, já dei muitos problemas pros meus pais, agora não, só trabalho, escola, fico em casa, saio quando é meus dias de



folga, saio pra namorar, ou saio assim com eles mesmos (...) ... que é pra mim tomar cuidado com as drogas né, é mais com as drogas que ela fala, com o perigo, a violência ai fora”.

“... o adolescente querer fazer tudo ao mesmo tempo, e querer sempre tá descobrindo coisa nova, então...”.

“É, por causa da transformação daí, pra mudar, pra ai ter mais responsabilidade, é a época que a gente mais sai, pra fazer zona, baderna, mas tudo com responsabilidade (...) Droga assim, eu nem ligo, agora se quiserem usar, fumar, por mim tanto faz cara. Mas, pra mim não tem problema nenhum. Nunca tentaram me oferecer nada.”

“Ah, o assunto é que a gente sai em festa assim, os piás usam drogas, aí minha mãe não gosta.”

As reflexões dos entrevistados sobre o modo de viver a adolescência presente são diversificadas. Apesar de se encontrarem na mesma idade cronológica, os relatos são bem díspares. Aqueles que trabalham trazem de uma forma mais consciente, as alterações que a fase atual provoca em suas relações, distanciando-os da infância já vivida: amigos, brincadeiras, jogos, natação, bicicleta. O foco de atenção atual fica situado então no trabalho, responsabilidade, futuro, diferente do imaginado de viver uma adolescência sem afazeres.

Como pontos negativos do ingresso na adolescência apontam a responsabilidade frente ao futuro, e o saudosismo das saídas com os pais, embora inadequado para a fase atual. Ter maior liberdade, dar maior valor aos pais, mandar mais, função hormonal, capacidade para aprender e sentir-se respeitado são pontos positivos.

“... A acho que ouvem mais a gente, você é mais respeitado. Até pra mudar, pra ser adulto né cara, quando você é adulto te ouvem bem mais, do que adolescente. Acho que é isso que mudou só (...) Quando você vai ficando adolescente tem mais responsabilidade pra sair, pra trabalhar. Daí fica meio longe da família”.

“... eu desenvolvi um aprimoramento de tudo, eu aprendo as coisas fáceis (...) Quando eu era criança eu não me importava com isso nenhum pouco, só queira brincar, sair, e só voltava pra casa pra comer, pra dormir, mais nada (...) quando eu era criança eu não pensava em namorar, agora to muito bem (...) eu também não dava muito valor aos meus pais, chegavam pra mim me dar um beijo, um abraço, eu empurrava, agora não, agora dou muito valor a eles”.

“Quando criança você pode brincar, tudo né, se divertir, tal e tal, e quando chega a adolescência você tem que ser mais responsável, questão de futuro, trabalho, tudo né”.

Questionados quanto ao conceito de sexualidade, os adolescentes manifestam dificuldades em formular uma resposta, e se posicionam fazendo referências à atração, diversão, amadurecimento do corpo e do pensamento, crescimento de pelos, espinhas, sexo, sensualidade, sacanagem, mulher bonita, charmosa. As experiências em vivenciar a sexualidade envolvem a prática de masturbação, fantasias com revistas de sexo, relação sexual com a namorada, a prática do ficar, e conversa com amigos.

“É, a pessoa normalmente quando fala em sexualidade vem sexo na cabeça. Vem transa, vem tudo, tipo eu... (...) ...Não acho as palavras certas pra dizer o que eu acho que é sexualidade, eu não penso só nisso”.

“Vixi, já me perguntaram um monte de vez eu num sei explicar. (...) Acho que é bem diferente porque, de adolescente é mais sacanagem, ainda mais pro cara que é homem, vai, é mais sacanagem. Agora criança, acho que nem entende meu, nem tem muita... (...) A tem, você começa sentir um monte de... de, como é que é? Sensações diferentes. Vai mudando as sensações. (...) Tipo ao sexo mesmo, né cara. Você começa sentir atração por...por outra mulher essas coisas”.

“Sexualidade? Uma mulher bonita, charmosa... sensual.”

A idade média com que os adolescentes do sexo masculino tiveram sua primeira experiência sexual foi de aproximadamente 15 anos. Todas as situações relatadas foram inesperadas, em locais não propícios, e dois deles não usaram camisinha ou qualquer outra forma de prevenção. Não havia envolvimento emocional entre eles, ou o adolescente já estava ficando com a parceira ou amiga. As ocorrências observadas quanto às formas de fazer uso do preservativo ou não, nesse grupo são variadas: o adolescente carregava consigo há tempos uma camisinha e se posiciona pelo uso, a companheira também solicita a utilização do preservativo, ou o adolescente nem cogita na utilização do mesmo.

“Oh, eu não teria coragem de fazer sem, se eu não tivesse, não aconteceria”.

“Nossa, eu gostei dela, achei que, ela era bem legal cara, ainda mais que a gente tava lá, tava todo mundo lá. Daí ela era bonita também, depois a gente começou a ficar, ai rolou”.

“Não, tipo assim, tava eu e meu amigo, aí a primeira vez, eu com ela, e ele com minha prima, daí depois na segunda vez só eu e ele com a menina só, só com a menina, não com a minha prima, a outra”.

Quando inquiridos a respeito da habitualidade do uso de preservativos após a primeira relação sexual, e dos critérios de utilização ou não do mesmo, somente um dos entrevistados relata estar usando camisinha em todas as relações sexuais. Outros dois não tiveram outra experiência sexual, mas se posicionam favoráveis a fazer uso. Os critérios estabelecidos para deixar de usar camisinha, num dos casos é motivado por um relacionamento firme e saudável, e no outro caso, por negligência do adolescente.

“Com a minha namorada agora nós, não é em todas, porque a gente não tem doença nenhuma, eu não traio ela, ela com certeza, eu espero, que ela não me traia também (...) Bom hoje, pelo conhecimento que eu tenho de tudo em volta, se não fosse com minha namorada, eu não faria sem, se não fosse com ela”.

“Acho que quando não usei senti mais tesão, quando usa... não sente. (...) Sempre meu pai, meu pai não, meu padrasto, minha mãe fala pra eu usar camisinha. Se não tivesse... não sei né? Camisinha não é preciso toda hora. Precisa né, só que não dá pra lidar...”.

“Ah, cara eu sempre uso. Só assim tipo, se algum dia, assim mais tarde né, quando eu tiver já bem de vida, aí eu quiser ter um filho, aí eu, acho que não usar, que daí é...”.

“Acho que hoje em dia com tanta doença e tal, com tanta coisa que existe aí, sei lá, até mesmo eu com 15 anos, num..., as responsabilidades de ter filho agora, pegar uma doença, não sei né”.

A idade mais adequada para o início das relações sexuais, segundo os entrevistados é bastante diversa: na adolescência depois dos 14/15 anos, para as meninas 16/17 anos, ou depende da cabeça de cada um.

“Tem gente com 14 anos já tem uma mente amadurecida pra esse tipo de coisa, tem gente com 17 ainda não tem, daí vai da cabeça de cada um”.

“... Só quando tá preparado. Quando a pessoa mesmo achar que tá preparada...”

De maneira geral, com exceção de um deles, os entrevistados se posicionaram a favor de utilizar medidas de prevenção à gravidez e DST (Aids) em todas as relações sexuais. Os motivos abrangem o risco de pegar doenças, gravidez e, Aids.

“... pelo menos a camisinha tem que ser em todas, que já evita uma DST, uma gravidez até indesejada já evita, um anticoncepcional já evita uma gravidez precoce mas não previne uma DST, sempre tem isso”.

“Sim, porque hoje em dia é muito fácil se pegar uma doença e qualquer coisa e é um negócio que você vai levar para o resto da vida, ... filho, é uma responsabilidade para vida inteira então”.

“Ah, porque não precisa usar em todas... (...) ah, não sei né”

Os questionamentos que se seguiram procuraram associar as especificidades dos sentimentos envolvidos na relação emocional com o ato sexual e as medidas de uso ou não uso de medidas de prevenção.

A relação sexual sem vínculo afetivo posiciona a maioria dos entrevistados a serem favoráveis ao uso de métodos de prevenção, motivados pelo desconhecimento do passado e do comportamento da parceira, da existência de outros “caras”, e possibilidade de alguma doença.

Somente um deles não vincula o uso do preservativo em função do estágio em que se encontra o sentimento.

A convivência com o sentimento de amor no relacionamento emocional traz ao discurso dos entrevistados o tema confiança. A obrigatoriedade da utilização de métodos de prevenção fica a cargo da escolha dos parceiros. A virgindade aparece como indicativo de saúde sexual, em um dos casos.

“... eu fiz errado, não conhecia ela direito, não sabia se ela tinha um outro cara, nada, e transei com ela sem camisinha. (...) Bom eu amo muito a minha namorada, adoro ela, confio pra caramba nela, e ela..., a gente só usa realmente camisinha (...) quando ela acha que tá perto de descer a menstruação dela, é umas coisa assim.”

“... Bom se você não conhece ela ainda, você não tem a certeza se tem alguma doença, Aids”.

“Quando se amam. Quando não se ama. Porque... eu sou a favor de usar sempre, certo, não sei, às vezes casado e tal assim até...”.

“Ah, não sei, por causa... se a menina for virgem ainda...”.

O posicionar-se socialmente na relação amorosa, ritualizado pelo noivado, estabelece medidas de prevenção que se associam mais às práticas contraceptivas do que às DST, em virtude da confiança depositada na parceira noiva. Há menção

de avaliação médica e o desejo de ter ou não filhos nesse estágio do relacionamento, como medidas prévias para abolir o preservativo.

“Eu usaria. Ah não sei se eu vou querer ter filhos já no noivar, ou não sei né, então...”.

“Se eu ver que ela não tem, se eu for noivo e ver que ela não tem nenhuma doença eu não uso”.

“Não, acho que, tem que se cuidar. Pode que ela não sabe que ela tem alguma coisa ou não sei, né”.

O assunto casamento traz como foco a contracepção e confiança. Os entrevistados associam a testagem prévia, e confiança no cônjuge, como um passaporte para o sexo sem preservativo, e medidas de contracepção para o planejamento familiar.

“Sei lá, faria exame de sangue pra vê se eu to contaminado, com Aids, alguma coisa...”.

“É... ai eu não sei o que fazer”.

“Bom, tem que né, mas que nem eu falei, se confiar na pessoa que se casou tudo essas coisas assim, eu acho que não”.

“Quando um casal se ama mesmo, assim, acho que não. Não precisa”.

Quanto às práticas de prevenção às DST para pessoas com orientação homossexual, os adolescentes concordam que a utilização de preservativos masculinos é necessária entre homens, evidenciando que no sexo anal há maiores chances de contrair DST.

O assunto medidas de prevenção na prática homossexual feminina gera questionamentos e gracejos, e demonstra desconhecimento.

Foram observadas expressões de homofobia e violência verbal nesse grupo.

“Também, sim, é aquilo que te falei né, tanta doença, eu acho certo usar”.

“Homem que faz sexo com homem? (...) não sei ”.

“Nossa! Nem gosto de pensar nisso, que nossa, acho uma coisa tão nojenta. Eu acho ridículo, mas, deve ter proteção também, né. Senão...”.

“Quero que foda-se”.

Para o planejamento familiar, os entrevistados apontam os seguintes métodos contraceptivos: camisinha ou a pílula, cirurgias (vasectomia ou laqueadura), diafragma e diu.

“Hoje tem um negócio, pro homem tem a vasectomia né, tem, a mulher pode fazer, um negócio nas trompas... (...) É laqueadura, (...) agora não querer ter filhos, se o cara for querer se proteger sempre assim com camisinha, anticoncepcional, essas coisas, se for para não ter filhos já dá pra fazer isso, direto”.

“..Deixe eu vê. Que tipo, que pra mulher tem o anticoncepcional, ai não previne de doenças. Você pode pegar doenças e alguma coisa. Tem o diu também né, que dizem. Esse ai, acho que não previne doença...não sei se previne...”.

A possibilidade de contaminação através do sexo com pessoas que fazem uso de drogas ilícitas foi reconhecida pelos adolescentes: as trocas de seringas, e o contato de sangue são motivos elencados.

“Ah, sexo, eu sou a favor de prevenção em tudo, todas as relações... prevenção...”.

“... Acho tipo, que é mais com quem injeta, que é usar a mesma seringa, daí acho, não sei, não sei porque eu também nunca...”.

A prática da masturbação é comumente identificada por todos os entrevistados quando questionado o seu conhecimento. Na individual, concordam em não haver necessidade de usar algum tipo de prevenção, mas a masturbação mútua divide as opiniões quanto ao cuidado de saber como e onde se toca, e dúvidas a respeito; embora metade dos entrevistados acha possível, conforme o contato, haver contaminação.

“Acho que não. Ah, não sei né, acho que não tem como você mesmo, ficar, pegar doença de você mesmo”.

“Digamos que ela tem uma doença, eu to masturbando ela, daí eu pego minha mão com a secreção dela e coloco no meu pênis, é perigoso, ou ela a mesma coisa, se eu tenho, começa tocar com ejaculação minha, acaba que..., eu acho que isso”.

“É que nem... Eu já ouvi casos de apenas se masturbar, o cara engravidar a menina, então eu acho que se o casal não quiser correr o risco de acontecer alguma coisa, né, então acho que...”.

Nas respostas deste grupo aos questionamentos a respeito das práticas de prevenção em função da aparência (bonita/feia; gorda/magra; jovem/madura), ou condição financeira (rica/pobre) da companheira, podemos observar que alguns dos rótulos apresentados levam os entrevistados a ter consciência de preconceitos pessoais que os acabam levando a agirem desigualmente na utilização de medidas preventivas. Apesar de se manifestarem favoráveis ao uso de preservativos em todos os casos, alguns se contradizem e reconhecem que ser bonita, rica, jovem ou madura, ameniza a obrigatoriedade do uso. A troca freqüente de parceiro fortalece a utilização de medidas de proteção.

“Acho que, são as mesmas, cara. Porque as duas podem sair por ai, transar com alguém e... acho que não importa se tem dinheiro ou não tem”.

“Ah, eu utilizaria a camisinha de qualquer jeito né, só com uma pessoa mais nova é mais fácil de eu não usar. (...) Também, e principalmente as feias. (...) Ah, camisinha você tem que usar de qualquer jeito, nem que a mulher seja gorda, magra, feia, mas eu não sei não. Depende do dia..”.

“Bom depende, tem pessoas pobres que não vão, não fazem esses exames que eu fiz, elas não sabem, podem ter alguma doença e não saber. Já pessoa rica vive no médico, qualquer gripezinha tá lá. Com pessoas pobres até usar um pouco de preconceito, se prevenia mais”.

“Bom se eu falar que pra mim é normal assim, eu taria mentindo, eu prefiro mais magrinha (...) Eu acho que tem que levar em consideração também a aparência física, não adianta a pessoa ser bonita, mas né (...) Ah, sei...depende, sei lá, tem que levar em consideração tudo né, acho que é um conjunto assim que...”

Na conceituação do que vem a ser prevenção em relação à gravidez precoce, os adolescentes mencionam a situação inesperada de ser pai por não ter usado método de contracepção, e entre eles, notadamente a camisinha. O anticoncepcional fica mais confiado à decisão da companheira. Para os conceitos de prevenção em relação a DST, e entre elas a Aids, as camisinhas (masculina e/ou feminina) são mencionadas. Alguns métodos de prevenção são apontados incorretamente para a prevenção de DST, e algumas formas elencadas como de contaminação pelo HIV denotam falta de conhecimento.

“Gravidez precoce é quando você, sei lá, se você sai com uma menina, aí você não se previne, aí ela vai e engravida. (...) Agora para se prevenir, não sei cara, como é que faria. Acho que só, só do jeito que eu falei né, camisinha e o resto depende dela”.

“É você ter uma relação sexual segura, sei lá. (...) Eu acho que tem que dar mais ... Como eu posso falar? Tem que dar mais atenção quanto a Aids”.

“Os pais têm que conversar bastante com os filhos pra não acontecer isso né. (...) Não, é melhor ter um filho do que ter Aids (...) Ah, mais Aids a pessoa fica seca, dá pra ver na pessoa quando ela tem Aids”.

“Gravidez precoce pra mim eu digo assim, eu adoro criança, eu quero casar e ter filhos, pelos menos dois. Quero sim cuidar da minha família, o que eu não desejo por enquanto é que eles venham já, porque eu quero antes construir minha vida, tá casado, ter feito tudo, já ter uma casa ótima pra quando eles virem eu poder dar tudo que eles puderem ter. (...) A Aids, o problema que você tá dando um beijo se bate um dente na gengiva sangra, pode pegar num beijo, mas também o mesmo método, a camisinha que impede uma gonorréia, uma sífilis, alguma coisa, impede a Aids também”.

Praticamente todos os métodos de prevenção, senão os principais contra gravidez precoce e DST foram mencionados como conhecidos dos entrevistados: camisinhas (masculina e/ou feminina), anticoncepcional, cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia), diafragma, diu, tabelinha, sexo anal (como prevenção à gravidez precoce) e exames médicos.

Entre os adolescentes masculinos da faixa de 17 anos entrevistados, nenhum deles mencionou engravidar uma companheira.

Os últimos blocos de perguntas têm o objetivo de levar os entrevistados a se sentirem no papel principal de um sujeito que experiêcia a situação de vir a ser pai ou de ser contaminado por uma DST, e entre elas também pelo vírus da Aids. Daí colher seus posicionamentos frente a esses fatos.

As manifestações dos adolescentes são unânimes em perceber a responsabilidade do vir a assumir a paternidade nesse momento, pois implica em reconhecer o filho e dar apoio na sua criação. A grande maioria manifesta não saber o que fazer, nem ter estruturado um pensamento sobre o fato, mas têm nítida imagem de ser necessário trabalhar, e com isso perder chances na adolescência, além das repreensões familiares que irão sofrer.

São conscientes de que o fato poder vir a acontecer com eles, pela não utilização de preservativos devido à empolgação ou vacilo no momento, além de falha do anticoncepcional ou estourar a camisinha.



“...eu já tenho dinheiro no banco juntado, eu já começaria a juntar mais ainda e já, como é que eu poderia falar, eu pensaria no bebê, meu, nós dois (...) Eu teria mais responsabilidades (...) A não ser que a pílula falhasse, poderia, se a pílula falhasse poderia (...) Bom, ficaria feliz porque eu sou louco pra ter um filho, mas ao mesmo tempo ficaria receoso porque eu não quero “já”.

“Responsabilidade pra vida inteira, acho que tem que assumir seus atos, reconhecer o que você fez, e dar apoio né (...) Num momento, às vezes de empolgação pode acontecer né, de não usar, mas pode acontecer, pode estourar a camisinha, também, não sei. (...) Olha, queria nem pensar nisso então”.

“Vixi, ai ia perder um monte de chance, né na vida (...) ... Só que daí, no caso foi por minha culpa, daí ela falou, falou que num dava. Que daí eu tava sem camisinha, daí ela, daí ela não quis (...) Bom, eu ia assumir né cara, se fosse meu mesmo, eu ia assumir, e ia, no caso aí tentar levar a vida”.

“Só que a pessoa tem que ver que a situação não é fácil né, cuidar de um filho, e ainda que nisso quem se ferra é os pais (...) Ah, não sei, se um dia eu vacilasse, eu dá um vacilo de não colocar”.

No tocante a imaginarem-se contaminados por uma DST, e entre elas, a Aids, sentimentos de vergonha, preocupações posteriores à uma relação sexual desprotegida, e dúvidas do que fariam são relatados pelos entrevistados. Não descartam a possibilidade de serem vulneráveis à contaminação se deixarem de usar preservativos numa relação sexual, ou esta chegar a estourar.

“Bom, se fosse uma Aids que hoje não tem cura, nossa. Sei lá, como eu me sentiria, que, imagine só. Agora se fosse uma outra, eu ia procurar me tratar, fazer de tudo pra livrar disso”.

“Não sei. Tratamento”.

“Acho que sei lá, por exemplo, se você vai a uma festa assim né, e...sei lá, você não pensa nas conseqüências e ... (...) Bom, na hora do bem bom, ta tudo bem, e tal né, tudo legal, só que depois acho que ia ficar com peso na consciência”.

As informações a respeito de prevenção são obtidas pelos adolescentes notadamente nas escolas através de aulas e palestras, na família e televisão. Ensinamentos sobre sexualidade são menores. Demonstram desconhecer a possibilidade de colher informações via Internet.

Quanto à busca de meios onde se informar, são pelos amigos e família. Mostram-se na grande maioria satisfeitos com o que sabem, e com isso, não demonstram motivação para pesquisar,

“Ah, conversa entre amigo assim né tipo, em casa nunca fui de conversar com minha mãe, meu pai, nunca conversamos sobre essas coisas, mais com amigo e tal...”.

“Sim, mas posso saber um pouco mais. (...) Palestras, tipo, ir num psicólogo”.

Foram reduzidas as expressões dos entrevistados que pudessem sugerir mobilizações pessoais quanto às novas práticas de prevenção geradas pela entrevista: foi gostoso conversar, e implementar o uso da camisinha aliada à pílula da namorada foram as reflexões.

“Usar camisinha mais freqüentemente, acho que é, já ajudaria usar camisinha freqüentemente”.

#### 4.1.2.2 Adolescentes femininos – grupo 17F

Ao se posicionarem e se caracterizarem na fase de vida presente, as entrevistadas identificam o período atual de vida como adolescência e relatam estar vivendo uma fase de novidades, com maior consciência de suas atitudes, percebendo ao redor as coisas certas e as erradas. Contrariedades como as obrigações de casa, o trabalho fora, e o jugo familiar contrapõem-se aos primeiros planos sobre o futuro. Consideram-se normais como todas as adolescentes desta idade quanto aos seus comportamentos. As diversidades individuais referem-se à proibição do pai frente ao namoro, dificuldades de encontrar emprego, irmãos rebeldes e jornada dupla de trabalho e escola com pouco tempo para sair. Algumas delas compartilham tranquilidade junto à família, planejando calmamente o futuro próximo e os estudos, permanecendo mais em casa.

“Acho que, no meu pensamento, a gente tem que pensar em estudar. (...) Eu não bebo, eu não fumo, nada, bem calma mesmo. Bem caseiro”.

“Ah, tem as obrigações né, tem que estudar, também tem que ter conhecimento das coisas né, saber sobre namoro tudo, né, essas coisas da adolescência”.

“Ah, normal porque digo, sou como todo... todos os adolescentes da minha idade, tipo é... de lua, uma hora tá bem outra hora tá mal, sabe, bem assim normal. (...) E ele tipo, acho que ele é meio ciumento, fase de namoro ele não permite sair, chegar muito tarde, essas coisas.”

“Ah, eles me prendem bastante. (...) Porque dizem que é muito perigoso, porque tá acontecendo muita coisa e eles falam que é melhor não ir.”

Os relatos das entrevistadas denotam que, na fase anterior, aspiravam pelo momento atual onde nutriam as intenções de uma maior independência em relação ao jugo familiar, poderiam “bagunçar”, sair, fazer o que quisessem, sem ter que pedir autorização. Todavia, o que as adolescentes do sexo feminino experienciam com 17 anos, no terceiro ano do ensino médio, é bem diferente: o exercício de uma maior responsabilidade (frente ao conhecimento, trabalho, relações) e relativa independência.

Refletindo no momento presente a respeito dos pontos negativos de vivenciar a adolescência, apontam a obrigatoriedade que sentem em manter a pose e a postura de pessoas crescidas, não poder mais brincar feito crianças (“pega mal”), assumir as conseqüências dos próprios atos, maiores responsabilidades e preocupações que, anteriormente os pais assumiam em seus lugares.

Os pontos positivos identificados referem-se ao poder da própria escolha, individualizar-se das programações dos pais, e os ensaios de preparação para a vida adulta, como ganhar seu próprio dinheiro e viver.

“Assim menorzinha eu achava que fosse um mundo de né, sonhos, assim aquela coisa perfeita, poder sair, poder fazer tudo que queria, mas eu vi que não é nada disso não”.

“Não. Eu pensava que era assim bem melhor né. Só que eu acho mais complicado...”.

“... tipo..., a gente pode, ah, não sei, a gente pode viver, entendeu? Eu acho que esse é um ponto positivo, a gente pode viver!”

“Mas não, eu pensava que eu ia ser igual os adolescentes de hoje em dia, e eu mudei. Eu não to sendo assim, acho que eu pensei bem e cai na real, acho que não é isso”.

Ao conceituarem sexualidade, mais da metade das adolescentes de 17 anos manifestam primeiramente a conexão do termo com as diversas questões que

rondam a responsabilidade pela iniciação sexual: sentimento, carinho, pessoa certa, reservas, passo certo, amor, cuidado com a saúde. As demais, com dificuldade em elaborar um conceito de prontidão, opinam pelas palavras sexo, prazer, gravidez, ou doenças.

“...a eu não sei, hehe (...) ...a gravidez... doença.tb (...) A sexo, hehe... (...) Ah não sei, prazer, alguma coisa assim, né...”.

“Eu acho que em relação com a gente mesmo, entendeu. Eu acho que o, ah..., em relação a gente. É cuidado que a gente tem que ter com a gente, entendeu..., com o nosso corpo, com a nossa saúde, eu acho assim”.

“... Isso ai é uma coisa muito reservada, né. Porque... se pensar muito bem, antes de você fazer qualquer coisa...”

Das cinco adolescentes entrevistadas, todas relatam ser virgens. Desta forma, a média de idade da primeira relação sexual é imprópria neste grupo. A média de idade da menarca é de 12 anos e 9 meses, sem relatos de traumas ou sustos, apesar de uma entrevistada ter mencionado ansiedade, pois imaginava doer muito menstruar.

As opiniões sobre a menstruação revelam que havia conhecimento prévio sobre a menarca, e que, como consequência da função hormonal, perceberam o corpo amadurecer, criar formas femininas e estar apto à procriação. Os sentimentos relacionados à menstruação são de mudanças de atitudes, nervoso, irritabilidade ou também normalidade, tornar-se mais mulher e gravidez (fertilidade). Apenas uma declaração adjetivou menstruação como “eliminar sujeira do corpo”.

“É, ela ta eliminando, sujeiras né. É tipo sujeira do..., do corpo, né”.

”Acho, que continuou normal, assim. Mudou assim o corpo só... que... aumentou, né, fiquei com mais corpo, mas de resto assim normal. Essa que é a diferença... (...) ... pra ter um filho, alguma coisa assim?”

Quanto à responsabilidade pela prevenção, as entrevistadas concordam ser da responsabilidade integral do casal, mas percebem o risco que a mulher corre frente ao abandono do pai da criança, na eventualidade de uma gravidez precoce.

“Porque os dois têm que ter responsabilidade e têm que saber que podem pegar, e os dois têm que se prevenir, mas a mulher teria que se prevenir mais do que o homem. (...) Se ele não sugerir preservativo, ela tem que pedir. (...) ... pode ser que o pai aceite e cuide, mas pode ser que não, e ela vai ter que bancar tudo sozinha”.

“Oh, é pra ele usar, mas vai ser aquele caso, tipo..., não vai usar então não tem nada, então não faz. Porque, tipo, geralmente as meninas dizem o - ah, não deu pra dizer não - Dá pra dizem não, sim!”.

As adolescentes não praticaram o ato sexual, mas algumas delas relatam que em algumas experiências amorosas vividas, já estiveram próximas desse momento. Nestes casos, questões de prevenção foram discutidas conjuntamente com o companheiro, tecendo previsões sobre a utilização da camisinha masculina e anticoncepcional. Ter boa lembrança do momento, ser o momento certo, sentir-se segura quanto a si mesma e à própria escolha do namorado, e a falta de sentimentos, levam-nas a protelar a primeira relação sexual.

A idade mais adequada para o início das relações sexuais, segundo algumas entrevistadas é circunstancial, depende da cabeça de cada uma, de ter uma boa lembrança do momento, amor, do sentir confiança em si mesma e no outro, e ter responsabilidade. Outras mencionam idades acima de 17, 18 anos, ou 22 anos, ou depois de casar. Desta forma, algumas estão pressentindo a iniciação sexual bastante próxima.

“Tem que esperar, você tem que pensar assim: será que é agora, ou será que eu tenho de esperar mais um pouco? (...) Saber se os dois querem né”.

“Se eu conhecer alguém que eu goste, que eu me sinta segura. Pode ser que aconteça. Se eu não conhecer também, que eu não me sinta segura também, pode ser que ano que vem, não seja também”.

“...eu acho que depois de uns 17, 18 já tá com a cabeça no lugar assim pra começar (...) O menino já é mais assim..., não quer saber de idade..., não quer saber de nada, ele quer saber de fazer e pronto; acho que é...”.

“...Eu nunca tive curiosidade porque..., não sei, porque minha mãe sempre falou pra mim que não, né. Daí, minha mãe falou que não, não! (...) Ah, acho que depende de cada um, né. O correto seria casar, como a gente fala. Ou ter a idade certa, mas hoje em dia não tem isso, né (...) Ah, uns vinte dois anos...”.

“Bom eu administro da minha maneira, né. Quando um não quer, dois não fazem. E tipo eu penso assim, e por pensar na consequência, entendeu, eu não acho que..., eu acho que

isso não..., pra mim não é a hora certa disso, entendeu? Eu acho que meu corpo vai ter uma necessidade, porque todo corpo tem, e tipo quando chegar na minha hora, eu acho que eu vou saber, entendeu? (...) E eu quero uma boa lembrança disso pra mim, futuramente. (...) Por que eu comecei a namorar faz um mês, quando eu comecei, que eu vi que ia da certo, eu já comecei a tomar.. (...) Sim, ele disse que usa camisinha e tudo..., sabe? Eu falei: então tá, então já que eu me previno da minha maneira e você vai se prevenir da sua, então é só esperar o tempo chegar”.

De maneira geral, todas as entrevistadas se posicionaram a favor de utilizar medidas de prevenção contra gravidez e DST (Aids) em todas as relações sexuais - camisinha e anticoncepcional. Os motivos abrangem o desconhecimento quanto à saúde do companheiro, o comportamento sexual deles em relação às demais pessoas, e a necessidade de cuidar de si mesmas.

“Em todas. É com risco..., a não ser depois que você conhecer a pessoa, você sabe que ela não tenha nada, não corra nenhum risco, você quer ter filho tal. Ai sim, não? Mas, antes quando você tiver namorando e tal, ainda não, tem que se prevenir”.

”Acho que sim... Ah, porque acho que é bom né. Pra você cuidar de você mesmo né. Porque as vezes você não sabe o que a outra pessoa tem, com quem que ela andou, com quem não...”

“Eu acho que sim. Ah, porque é aquele caso, tipo, a gente nunca sabe quando pode acontecer alguma coisa, entendeu? Igual, eu posso tá sem tomar pílula e usando só camisinha, mas camisinha não é cem por cento seguro, entendeu...? e por mais que ela previna de doença, ela pode estourar, entendeu, e daí já me previne de não ter uma gravidez precoce”.

Os questionamentos que se seguiram procuraram associar a qualidade dos sentimentos envolvidos na relação sexual com as medidas de uso ou não uso de medidas de prevenção.

A relação sexual sem vínculo afetivo posiciona as entrevistadas a serem favoráveis ao uso de métodos de prevenção, motivadas pelas atitudes comportamentais dos parceiros que só querem fazer sexo, pela possibilidade de gravidez inesperada, pela incerteza do sentimento e continuidade da relação. Duas delas não vinculam o uso de medidas de prevenção em função do estágio em que se encontra o sentimento, sendo favoráveis à permanente prática de uso, ou mesmo não optando ter relação sexual sem afeto.

A convivência com o sentimento de amor mantém o posicionamento da maioria das entrevistadas em praticar o ato sexual com prevenção, pelos seguintes

motivos: independentemente de amar ou não amar, sempre tem que prevenir DST e gravidez, quando indesejada; responsabilidade prematura para arcar com um filho ou uma doença sexualmente transmissível. Uma entrevistada não soube posicionar-se.

“Independente da situação, eu acho que sempre deve usar”.

“Amo, só que eu acho que pra mim, tá cedo ainda eu ter esse tipo de responsabilidade nas minhas mãos eu acho, eu assim..., eu não teria condições de ter, de caso acontecesse de um filho, ou uma doença ou qualquer coisa”.

“Bom eu não vou me sujeitar a pegar doença por causa dele. Ou passar pra ele, né, isso”.

O posicionar-se socialmente na relação amorosa, ritualizada pelo noivado, não muda a opinião das adolescentes quanto à prática de uso de medidas de prevenção. Apenas uma delas opina pela possibilidade de engravidar durante o noivado, e por praticar o sexo sem medidas preventivas, caso exames laboratoriais revelem saúde no casal.

“Quando é noivo, não, se eu quiser ter um filho, é lógico que eu não preciso me prevenir, mas se eu tiver, se eu querer ter. (...) É precisa se prevenir, mas se você souber que não tem nada, fizer um exame tal, e souber que tá tudo legal...”.

“Ah, você não sabe com quem que a pessoa, se a pessoa, você não pode confiar totalmente na pessoa assim”.

O assunto casamento faz emergir, por unanimidade, os temas: contracepção, confiança e respeito. As entrevistadas apontam nos exames preliminares e no planejamento familiar os motes principais que organizam a prática de uso ou não uso de preservativos ou anticoncepcionais. Se quiser ter filho e houver respeito, abole-se qualquer prática de prevenção e naturalmente, contracepção. Aproveitar primeiramente o casamento sem filhos ou não haver garantia de fidelidade, usar camisinha.

“...acho que você deveria fazer um exame assim, pra vê se não, não corre risco de doença né”.

“Casamento também acho que não é garantia de fidelidade, assim, pra mim qualquer caso tem que ter cuidado”.

“Acho que no casamento, acho que não. Não. Porque geralmente você já conhece a pessoa, você já conviveu com a pessoa, às vezes pode ocorrer da pessoa não te respeitar, né. Mas geralmente, no casamento, tem que existir um respeito, né”.

Quanto às práticas de prevenção à DST para pessoas com orientação homossexual, algumas das entrevistadas concordam que a utilização de preservativos masculinos é necessária entre homens que fazem sexo com homens, assim como exames laboratoriais como em qualquer ato sexual heterossexual, pois pode haver contaminação por DST. Duas delas não têm certeza, mas acham que deve haver prevenção, outra manifesta ser uma prática horrível.

O assunto métodos de prevenção na prática homossexual feminina gera dúvidas e demonstra desconhecimento por três das entrevistadas, pois acreditam não haver perigo de contaminação por não haver penetração. Duas delas manifestam ser necessários os mesmos procedimentos de prevenção que na orientação heterossexual.

“Eu acho que sim. Porque independente do sexo né, tem que...”

“Porque eu acho que também passa doença né. Apesar de ser horrível, né. (...)

”Eu acho que não, né. Porque, porque, não tem tipo..., não tem penetração nenhuma, né, nada. Eu acho que não”.

“Eu acho que o mesmo número de riscos ocorre com qualquer um, né, homem não é se é..., homem com homem, mulher com mulher, eu acho que...”

Para o planejamento familiar, as adolescentes são unânimes em pontuar a necessidade da utilização de métodos contraceptivos tais como a pílula, a camisinha, os dois associados, cirurgias de vasectomia ou laqueadura, e também a abstinência, já que nenhum método é 100% seguro.

“Bom, no caso do homem teria a vasectomia né, mulher também poder fazer uma cirurgia, não sei, acho que é um método mais assim, mais avançado né, pra não ter filhos. (...) ...Bom, é o que eu sempre falo, assim, pra minhas amigas, “Não quer ter filhos, então não faça”, porque camisinha não é cem por cento seguro, você não tá cem por cento seguro ali na hora então, se não quer correr risco então não faça. Eu penso assim”.



"Ah, tomar anticoncepcional, usar camisinha".

A maior possibilidade de contaminação através do sexo com pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas foi reconhecida por algumas adolescentes. Uma delas não tem conhecimento do assunto e outra acredita não haver correspondência entre os fatos. As trocas de seringas, e o efeito alucinógeno produzido pela droga são motivos elencados.

"Eu acho que aumenta porque usa um instrumento de diluição e essas coisas né que fazem infectar, principalmente a Aids. Também se tá meio doido assim, vai fazer o que tá ali na hora né, não vai pensar em (...) Eu acho que a bebida sim, porque a bebida vai, vai deixando a pessoa aérea, vai levando ela pra outros lugares, aí a hora que vê já está bêbado e faz um, ali na hora, e se tem uma doença tb".

"Não, acho que não. De, de eu pegar doença porque ele é drogado, acho que não transmite, eu acho".

Na prática da masturbação individual acreditam não haver necessidade de usar algum tipo de prevenção, mas não afirmam categoricamente; a masturbação mútua traz considerações dúbias a respeito do poder de contaminação, e demonstram falta de informações das adolescentes.

"Olha, eu acho que não, tipo, porque... isso nunca aconteceu comigo, tipo por eu achar uma coisa muito nojenta, tipo, já sei como é tudo, nunca aconteceu comigo, mas eu acho que na masturbação não precisa, porque é você se acariciando, é você se conhecendo, entendeu. Você descobrindo seus pontos fracos.(...) Ai, eu acho que não. De beijos e toque, a gente não se previne né, hehe".

"Assim, aquela individual, assim acho que não, com ela mesma, acho que não tem risco. Não sei, acho que não teria risco. (...) Também acho que não teria risco, se fosse mútua... Também não sei, não sei".

"Não. Porque eu acho que não tem nada a ver. Acho que sim, não sei. Depende do ponto, né, como a pessoa vai... Só na mastru, só no, no, na mastrubação? Eu acho que não daí".

Quanto aos questionamentos a respeito das práticas de prevenção em função da aparência (bonito/feio; gordo/magro; jovem/maduro), ou condição financeira (rico/pobre) do companheiro, podemos observar que todas as entrevistadas mantêm o posicionamento quanto à necessidade de manter a

utilização de métodos preventivos qualquer que sejam as características dos envolvidos ou posição financeira. O comportamento de trocar a parceira com frequência mobiliza as adolescentes a relatarem a evidente necessidade da utilização de camisinha como prática de prevenção. Além das medidas usuais e gerais, outras medidas que reforcem a prevenção tais como os dois usarem preservativos juntos, e preservativo associado ao anticoncepcional, são mencionadas.

“Não, acho que raça, cor, e situação financeira, acho que não vai interferir nisso daí não. Porque pra mim as pessoas são iguais, não interessa se tem casas boas, emprego bom, se uma pessoa não tem a cabeça no lugar, não é o dinheiro que vai garantir”.

“A mesma coisa porque o..., com os dois, feio, rico, pobre, é..., ah tanto faz, eu vou fazer a mesma coisa é com qualquer um, eu vou fazer as mesmas coisas, é pode acontecer as mesmas coisas, entendeu, então eu vou me prevenir da mesma maneira, entendeu?”

“Utilizaria mais com o que rodou mais assim, né... Porque daí, corre mais risco do que o menos, né. Se prevenir mais né. Eu usando e ele usando. Camisinha feminina. A camisinha masculina. É, ou, ou eu usar anticoncepcional (...)”. Com os dois. Ah, porque até agora os mais novos são mais, avançados assim do que os mais velhos, então eu acho que também, os dois”.

“Porque não é pela aparência física que você vai conhecer uma pessoa. É pelo que ela é né?”

Na conceituação do que vem a ser prevenção em relação à gravidez precoce, o grupo de entrevistadas identifica ser a utilização de medidas que impedem a concepção, correlacionando aos métodos de prevenção de camisinha, diu, anticoncepcional, e conversar com o parceiro. Para os conceitos de prevenção em relação à DST, e entre elas a Aids, explicitam ser cuidados para não adquirirem doenças sexualmente transmissíveis, entre elas a Aids, que traz muito sofrimento. Como sinônimo constante do que vem a ser prevenção, utilizam a designação “camisinha” como resposta. Outros como transfusão de sangue, e também o coquetel é mencionado por uma das adolescentes.

“Prevenção em relação a gravidez precoce? É tomar anticoncepcional, como eu já te falei, ou usar camisinha. Tipo conversar também, é muito bom, eu acho que sexo é uma coisa que a gente não deve fazer sem conversar...”

“Bom, se é indesejada tem que tomar o máximo de cuidado possível né”.

“Acho que ninguém quer né, então todos têm que prevenir. Porque ninguém quer uma doença né”.

Todos os métodos de prevenção, senão os principais contra gravidez precoce e DST foram mencionados como conhecidos das entrevistadas: camisinhas (masculina e/ou feminina), anticoncepcional, pílula do dia seguinte, cirurgias (laqueadura e/ou vasectomia), diu; e os menos eficientes (não enumerados). Não houve casos registrados de gravidez entre as adolescentes.

Questionadas quanto a quem cabe a responsabilidade de evitar uma gravidez precoce, as opiniões de três das adolescentes identificam igualmente os parceiros como co-responsáveis, mas existe a consciência expressa de que quem tem mais a perder com o fato é a mulher, e por isso, cabe a ela um maior cuidado.

“Eu acho que se ela não quer, ela não deve. Mas se ele quiser e ela não quiser, é a menina que vai carregar, então é ela que tem que falar “eu não quero, então... (...) Tomar anticoncepcional e usar camisinha”.

“A mulher... ah, o homem também... Ah, se prevenindo né, tomando pílula... ah, eu acho que usando camisinha, tem que ter, tem que pensar também em ter, conversar também, acho que tem que saber tb conversar.

As perguntas finais têm o objetivo de levar as entrevistadas a se sentirem nas condições de grávidas ou de estarem contaminadas por uma DST (entre elas a Aids). Daí colher seus posicionamentos frente a esses fatos.

Nos relatos das adolescentes podemos observar por unanimidade, ser errado, uma “burrice” a maternidade na adolescência, pois a vinda de uma criança não planejada implica na perda de liberdade, privação das atividades desta fase de vida; é uma criança cuidando da outra, como uma das entrevistadas manifesta.

A gravidez na adolescência mobiliza sentimentos diversos entre essas adolescentes, trazendo à tona as questões éticas do aborto, o despreparo presente em cuidar de uma criança, culpa pelo erro previsível e receio pela reação dos pais; mas todas elas mencionam assumir a gestação. Três das adolescentes, apesar de manifestarem a consciência da dificuldade da criação, ou insuficientes recursos financeiros, incluem o sentimento de felicidade pela vinda de um filho.

Apesar das informações apreendidas e dos métodos preventivos conhecidos, algumas entrevistadas são conscientes das suas vulnerabilidades diante dos inúmeros casos ocorridos ao seu redor.

“Eu acho, não seria uma perda de tempo, mas seria uma..., assim, adolescência você tá estudando, você tá começando uma vida livre, você vai parar tudo aquilo, esperar, é uma criança que tá cuidando de outra criança né, eu penso assim. (...) Bom eu ia ter que cuidar da criança né, fazer o que? Não ia largar a criança porque a criança também não teria culpa, né, eu ia ter que, dá uma força, me virar e cuidar da criança. Ah, eu acho que ia gostar, porque eu gosto muito de criança, só que eu acho que prá mim também ainda é cedo, tem isso”.

“Mas se você quiser estudar, quiser trabalhar, pra você ter filho, fica bem difícil. E a não ser que essa pessoa te sustente também, essa pessoa tem que te sustentar porque, você..., claro que você com filho você também tem que trabalhar né. Mas pra você trabalhar, deixar com babá, tudo, fica tudo mais difícil.

“Eu acho que, se você tá namorando e você gosta do cara, e não quer ter, mas teve, tem que, tem que ter né”.

“Se acontecesse, eu ia me sentir muito culpada. Porque eu sei o que tem que fazer, o que tem que prevenir e dancei né, fui por uma maneira errada. E é isso eu ia me sentir culpada”.

Quatro das cinco entrevistadas nunca se imaginaram adquirindo uma DST ou o vírus da Aids, mas não descartam riscos de contaminação por transfusão de sangue, instrumentos hospitalares, e seringas. Duas delas acreditam ser improvável a contaminação por relação sexual em virtude do comportamento de prevenção que adotam.

Ao imaginarem-se contaminadas por uma DST, e entre elas a Aids, sentimentos de culpa e extrema infelicidade são expressos pelas adolescentes; no caso da Aids, os posicionamentos foram: isolamento sexual para não contaminar outras pessoas, sofrimento pela impossibilidade de cura, desespero, desejar morrer, chorar muito; e procurar um médico para não deixar a doença avançar.

“Ah, acho que não sei, acho que eu queria morrer de uma vez. As DST, às vezes tem como você se cuidar assim né. Fazer um tratamento direitinho. Agora, a Aids já, tem o coquetel né, que evita, mas não dura por muito tempo né”.

“Se acontecesse, eu ia me sentir muito culpada. Porque eu sei o que tem que fazer, o que tem que prevenir e dancei né, fui por uma maneira errada. E é isso eu ia me sentir culpada”.

“Eu não iria transar com mais ninguém pra não passar essa doença. Porque eu tô sofrendo, não quero que os outros sofram também”.

“Nunca parei pra pensar, nunca. Acho que poderia, sei lá num hospital pegar um instrumento infectado. Ou mesmo não sei, numa transfusão de sangue, poderia precisar de uma transfusão e acontecer (...) não vou falar que nunca vai acontecer comigo, mas acho que tem como ver isso antes, né? De você fazer, ter uma relação e saber se a pessoa tem ou não”.

As informações a respeito de sexualidade são obtidas pelas adolescentes notadamente nas escolas, através de aulas e palestras, em revistas, com amigas, ou TV. Na família, quatro das adolescentes revelam ser raros ou inexistentes os momentos em que se fala sobre sexualidade. Algumas vezes, o que ocorre é intimidação sem esclarecimentos eficazes.

“Já conversei com os amigos, já assim, mas não de alguém sentar assim, e comentar tudo assim tudo comigo. Na minha casa não, é bem difícil”.

“Com a minha mãe, na escola, revista, com as minhas amigas”.

Quanto à busca de meios onde se informar, caso as adolescentes necessitem de esclarecimentos a respeito de prevenção e sexualidade, enumeram as seguintes alternativas: junto à mãe, pesquisas em livros, jornal, revistas, médicos e especialistas.

Metade das entrevistadas mostra-se satisfeita com o que sabe a respeito dos assuntos aqui abordados, mas gostaria de somar a estes, novos conhecimentos. Outras estão satisfeitas e acreditam saber se proteger adequadamente.

“Ah, eu acho que não, eu acho que poderia ter uma coisinha a mais né. Acho que com meus pais, mas é bem difícil, de falar com eles sobre isso. Meu irmão, no caso seria, meu irmão”

“... eu tinha dez anos, e quando eu comecei a andar sozinha, pra cá, eu via tipo muita coisa, muita droga rolava na minha frente, muita sabe, é... prostituição, sabe tipo, eu já vi, convivi muito com pessoas assim, sabe. E tipo, e eu acho, por eu conversar muito, por eu perguntar, porque eu sou muito curiosa, por eu perguntar de mais, tipo eu acho que eu consegui me informar, em cima disso, entendeu.(...) Porque minha mãe nunca teve, minha mãe e meu pai nunca tiveram do meu lado andando junto comigo e falar; 'o filha, aquilo lá não pode, aquilo lá também não', entendeu”.

As impressões a respeito da entrevista e às possíveis mobilizações causadas nas entrevistadas foram colhidas: foi interessante falar sobre o que sabe, o diálogo foi individual, fez pensar na vida e nas diversas possibilidades de contágios.

“... Ah pensei que, independente da idade, da cor, de tudo, em relação à sexualidade, tem sempre que se prevenir. (...) anticoncepcional e bastante consciência”.

“Bom, foi ótimo, porque foi diferente né, porque eles vão lá na frente, falam, falam, e é, fica chato não sei não é todo mundo que tem coragem de levantar a mão e perguntar, né, eu acho que assim a pessoa se sente mais à vontade. Se desse pra fazer com todo mundo, acho que todo mundo ia gostar. Foi assim diferente. Foi ótimo”.

## 4.2 DESCRIÇÃO DAS CATEGORIZAÇÕES

Nesta etapa apresentamos, de maneira mais concisa, as similaridades existentes nos depoimentos dos adolescentes entrevistados, e/ou as especificidades encontradas em alguma faixa etária, ou sexo. Para a categorização, além dos conteúdos expressos nas unidades de análise que foram reagrupadas em categorias, manteremos o olhar apurado nas representações de prevenção à gravidez precoce e DST.

<b>N. de ordem</b>	<b>Categorias</b>
<b>01</b>	<b>o ser</b> (adolescente + sexualescente)
<b>02</b>	<b>o revelar</b> (afetos, homossexualidade, drogas e estereótipos)
<b>03</b>	<b>o conceituar</b> (prevenções e informações)
<b>04</b>	<b>o representar</b> (atores na gravidez precoce e na contaminação)

### 4.2.1 Categoria “O Ser”

De uma maneira geral, os Grupos M e F posicionam-se de forma bastante similar quanto ao período atual, no que se refere “o ser adolescente”. Não há variação considerável de posicionamentos entre as faixas de idades entrevistadas. Percebem a responsabilidade que ronda esse momento, e as inseguranças dos primeiros ensaios rumo à emancipação pessoal. Existe uma imagem prévia nesses atores de que o período adolescente é pra ser vivido de maneira livre e despreocupada. No entanto, a grande maioria experimenta o trabalho, perda da ingenuidade infantil, estágios, afazeres domésticos, obrigações e cobranças de posicionamentos diante das conseqüências dos atos imaturos. Apontam, todavia, no presente, vantagens relativas ao maior poder de decisão, liberdade, capacidade superior de aprendizado, ganho do próprio sustento e respeito diferenciado. O controle da família fica mais evidenciado nos Grupos 17M (receio da aproximação de colegas dependentes químicos) e F (receio dos pais frente aos envolvimento na esfera sexual).

Quanto ao “o ser sexualescente” o Grupo M conceitua a sexualidade com expressiva dificuldade, à primeira vista, relacionando o termo, primeiramente, ao prazer, atração, mudanças do corpo, sacanagens e mulher. No Grupo 19M podemos encontrar algumas referências à palavra sentimento. Todos dizem já ter experienciado uma relação sexual, acontecida entre os 15 e/ou 16 anos. O Grupo F conceitua sexualidade de maneira mais ampla e com maior despojamento, relacionando ao termo não só os adjetivos apresentados pelo Grupo M, mas também as idéias de responsabilidade, conflitos de valores, sentimento, carinho; local, momento, e companheiro certos; amor, cuidado com a saúde, gravidez e doenças. No Grupo 17F, todas as adolescentes são virgens, e no Grupo 19F, duas delas já tiveram experiências de relação sexual. Desta forma, a idade média da primeira relação sexual do Grupo F é de 19 anos, e menarca aproximadamente aos 13 anos. No Grupo M, a maior parte das relações sexuais de iniciação se deram sem programação, foram inesperadas, e em locais nada propícios. No Grupo 17M, dois adolescentes não utilizaram qualquer método de prevenção. Não havia também envolvimento afetivo. O restante (três) utilizou o preservativo masculino. No Grupo 19M, todos fizeram uso de algum método preventivo, mas apenas um deles não utilizou a camisinha masculina na iniciação sexual pelo fato da garota estar tomando

anticoncepcional. No Grupo F, as duas adolescentes não virgens programaram a primeira relação sexual, e fizeram uso de camisinha masculina, em comum acordo com os namorados. As adolescentes virgens revelaram experiências de intimidade com seus parceiros, e posicionamentos quanto a utilizarem camisinha ou anticoncepcional quando optarem pela relação sexual. O manter-se virgem está cercado de inúmeros motivos: esperar o momento certo, com a pessoa certa, no local certo, para ter boa lembrança do momento; mãe austera, preconceito de ainda ser virgem, insegurança no método contraceptivo, falta de sentimentos e ter confiança no parceiro. Quanto à manutenção da prática de prevenção, somente um adolescente, em cada Grupo M, diz utilizar camisinha em todas as relações sexuais. Aqueles do Grupo 17M, que não experienciaram outras relações após a iniciação sexual, mencionam a intenção de utilizar preservativo nas próximas; um deles não usa pois a camisinha, segundo ele, diminui o prazer, e o outro dispensa o uso pelo fato da namorada utilizar anticoncepcional. No Grupo 19M as características se repetem: a camisinha é deixada de ser usada quando o adolescente conhece melhor a garota, e esta usa pílula. Em função das condições do momento e local, como menciona um adolescente deste Grupo, negligencia o uso.

De forma geral, todos os adolescentes manifestaram consciência da necessidade de utilização de medidas de prevenção à gravidez precoce e DST em todas as relações sexuais, motivados pelo risco de contrair doenças, engravidar, não conhecer a saúde do parceiro (a), risco de terminar a relação afetiva, desconhecer o comportamento do outro e cuidar da própria saúde.

Em contrapartida, o desprazer causado pelo uso da camisinha é mencionado por um adolescente do Grupo 19M. Uma adolescente do Grupo 19F alerta quanto ao fato de que as garotas se previnem mais contra a gravidez precoce do que em relação à Aids.

Quanto à prática da masturbação, quando exercida individualmente, é unânime o posicionamento de ser desnecessário o uso de algum método de prevenção, exceção feita ao Grupo 17F, que demonstra insegurança ao posicionar-se. A masturbação mútua entre os parceiros, segundo os entrevistados, possibilita a contaminação ou gravidez em função do tipo de contato experienciado, mas revelam também, dúvidas a respeito da forma de contaminação, notadamente no Grupo 17F.



No Grupo 19F, as adolescentes posicionaram-se de forma mais efetiva, evidenciando o risco de contaminação frente às lesões, ou gravidez.

#### 4.2.2 Categoria “O Revelar”

A necessidade da utilização de métodos de prevenção à gravidez precoce e DST é identificada de maneira unânime pelos atores dos Grupos M e F, quando associa-se à relação sexual com a ausência de vínculo afetivo (sexo e afetos). No Grupo F, quatro adolescentes não fazem associação entre prevenção e afetos, opinando sempre pela prevenção, independente de vínculos afetivos; o mesmo acontece com dois adolescentes do Grupo M. A falta de confiança, evitar danos aos adolescentes e à criança, desconhecer as atitudes e comportamentos do parceiro ou parceira, risco de gravidez, infidelidade, e inconsistência do sentimento são os motivos elencados.

O amor em cena altera em parte as opiniões dos entrevistados. Para o Grupo 19M o sentimento de confiança, se existir entre os parceiros, provoca a abolição do preservativo após testagem laboratorial, e privilegia a contracepção feminina; o Grupo 17M acredita que a decisão deve ficar a cargo dos parceiros (um deles vincula a virgindade à saúde física). O Grupo F opta pela prevenção independentemente do sentimento de amor na relação, pois dessa forma, diz o Grupo 19F, não há obrigatoriedade de manter-se unido à alguém, devido a uma gravidez, ou ao término de um sentimento.

No noivado o consenso toma corpo quanto à prevenção contra gravidez precoce, e não às DST, abolindo preservativos após exames laboratoriais.

No casamento, os temas contracepção e fidelidade emergem nos discursos. O consenso é de que após exames laboratoriais, o casal deve opinar pelo planejamento familiar, vez que as normas de confiança e honestidade conjugal devem imperar, abolindo-se o preservativo. No Grupo 19F, a desconfiança quanto à fidelidade conjugal é manifestada, deixando incertezas sobre riscos de contaminação às DST. Quanto ao planejamento familiar, fica evidenciada a necessidade de métodos contraceptivos que possam evitar uma gravidez precoce.

Quanto à homossexualidade, o Grupo M evidencia a necessidade da utilização de camisinhas entre homens que fazem sexo com homens, devido ao risco de contaminação no sexo anal. O Grupo 19M considera que as práticas preventivas são as mesmas necessárias nos relacionamentos heterossexuais, e não manifestam conteúdos homofóbicos. Idem para o Grupo 19F, que no entanto, apontam drogas e tatuagens como fatores de riscos associados a esses indivíduos. O Grupo 17M demonstra sinais evidentes de homofobia e violência verbal. Parte do Grupo 17F também considera que as práticas preventivas são as mesmas necessárias nos relacionamentos heterossexuais (preservativos e exame laboratorial), e duas adolescentes não têm certeza quanto à necessidade de prevenção. No Grupo F, palavras como “nojento” e “horrível” são pontuadas.

O assunto mulheres que fazem sexo com mulheres deixa evidente o desconhecimento, entre todos os Grupos de atores entrevistados, quanto às formas de contaminação às DST. Acreditam que práticas de prevenção também são necessárias, mas notadamente entre o Grupo F, os questionamentos e gracejos imperam. No Grupo 17F, três garotas acreditam que por não haver penetração, não há risco de contaminação.

A grande maioria dos entrevistados aponta um maior risco de contaminação no contato sexual com pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas em virtude da prática de troca de seringas e efeitos alucinógenos produzidos pela droga, interferindo no bom senso do usuário quanto às medidas preventivas. No Grupo 17F, duas adolescentes não sabem fazer correlação com os assuntos.

Com referência a rótulos e estereótipos os Grupos masculinos se manifestam favoráveis ao uso de medidas de prevenção à gravidez precoce e DST em todas as relações sexuais, independentemente da aparência (bonito/feio; gordo/magro; jovem/maduro), ou condição financeira (rico/pobre) da companheira, mas acabam revelando, no decorrer dos questionamentos, que as características da garota como bonita, rica, magra, madura/jovem, podem amenizar a obrigatoriedade da utilização de preservativos. O Grupo F posiciona-se a favor das medidas de prevenção independentemente dos rótulos enumerados, e em todas as relações sexuais. A troca freqüente de parceiros ou parceiras posiciona os atores entrevistados a um maior alerta frente à prevenção da gravidez e contaminação às

DST, levando algumas adolescentes do Grupo 17F a se manifestarem a favor de utilizar conjuntamente as camisinhas masculina e feminina, ou associar o anticoncepcional ao preservativo.

#### 4.2.3 Categoria “O Conceituar”

Prevenções e responsabilidades pretende sintetizar os conceitos de prevenção em relação à gravidez precoce, e prevenção em relação às DST; além da responsabilidade frente à contracepção. De uma forma geral, os Grupos M e F apontam a camisinha e o anticoncepcional (e as cirurgias em menor escala) para o conceito de prevenção em relação à gravidez e as camisinhas (masculina e feminina) para o conceito de prevenção em relação às DST (além de controle médico). O Grupo 17M manifesta alguns enganos quanto às formas de contaminação pelo HIV e sintomas da doença; o Grupo 17F opta também pelos cuidados com a transfusão de sangue, e maior diálogo com o parceiro, como medidas preventivas.

Todos os métodos de prevenção (dos mais eficientes aos menos eficientes) foram elencados pelos entrevistados, demonstrando conhecimento de sua existência. Algumas peculiaridades: no Grupo 19M aparece também o anticoncepcional masculino; no Grupo 17M, o sexo anal evitando a gravidez precoce; e no Grupo 19F, espermicidas, tratamentos hormonais, coito interrompido e seringas descartáveis.

Quanto à responsabilidade frente à gravidez precoce, os Grupos M e F se posicionam de forma similar, identificando a co-participação no evento. Todavia, argumentam que os maiores danos recaem sempre sobre a mãe adolescente, dada a necessidade de abandonar a escola, sair do emprego, cuidados com a gestação e com o filho. Apenas um relato no Grupo 19M de gravidez, e prática de aborto.

Quanto às fontes informativas onde os adolescentes recebem noções de sexualidade e prevenção, de maneira geral, a escola acaba sendo a principal delas, mas não a única a ser mencionada por todos os Grupos entrevistados. A família em maior ou menor grau, amigos, pesquisas em livros, Internet, revistas, jornais, disque Aids, médicos e especialistas também são, ou poderão vir a ser fontes de consulta

em necessidades presentes ou futuras. Alguns adolescentes sentem-se satisfeitos com o que sabem, outros, gostariam de aprofundar conhecimento a respeito da sexualidade de forma geral.

#### 4.2.3 Categoria “O Representar”

Em todos os Grupos, tanto para os atores, como para as atrizes no papel de futuros pais, a gravidez precoce é tomada como um fato a desvanecer os sonhos de conquista e realizações pessoais da adolescência. Transtorno e burrice são adjetivos expressos.

O Grupo M demonstra-se desorientado nas ações a tomar; apesar da falta de preparo revelam a necessidade de assumir o filho, dar apoio na criação, e conseqüentemente envolver-se mais no trabalho. Dividem-se entre a certeza do apoio familiar, e a repreensão notória. Têm consciência do risco evidente, quer pelos *vacilos* nas medidas de prevenção, quer pela falha do método utilizado.

No Grupo F, a gravidez precoce mobiliza sentimentos de desespero, conflitos éticos quanto ao aborto e rejeição do feto, preocupação quanto às mudanças da forma do corpo, culpa pelo erro previsível, receio quanto às contestações familiares e despreparo no cuidar da gestação e do desenvolvimento de uma criança. O Grupo 17F é unânime em assumir a gestação, e três das adolescentes manifestam felicidade futura mesmo se o fato viesse a se concretizar.

Todos os adolescentes, quer sejam do Grupo M, quer do Grupo F, têm consciência dos riscos a que podem estar sujeitos, caso não observem as normas de utilização de medidas preventivas, ceder às tentações sexuais, ou falhas no método, além de dados reais evidenciando o acontecimento com os colegas da escola. Uma adolescente do Grupo 19F garante-se nos métodos contraceptivos, vez que os associam em situações de risco (anticoncepcional com a pílula do dia seguinte).

Estar contaminado com uma DST mobiliza diversos sentimentos nos atores dos Grupos M e F. Medo, susto, aflição, vergonha são relatados pelo Grupo M. Os de 17 anos manifestam dúvidas quanto às suas ações pós-contaminação, mas buscariam tratamento medicamentoso; consideram-se vulneráveis caso não utilizem

medidas preventivas, ou se o preservativo estourar. Relatos de invulnerabilidade e disseminação proposital do vírus são encontrados no Grupo 19M.

Desorientação, desespero, isolamento social, culpa, abstinência sexual, infelicidade, querer morrer, e chorar são sentimentos e ações mobilizadas no Grupo F. Ambos os Grupos optam por tratamento medicamentoso. O Grupo 17F, nunca imaginou a possibilidade de contaminação (são virgens), mas sentem-se vulneráveis quanto à transfusão de sangue, ou acidentes com objetos perfuro-cortantes. Duas adolescentes se consideram invulneráveis frente às medidas de prevenção que estabelecem.

Em ambos os Grupos M e F, a contaminação pelo HIV é tida como de maior agravo, devido a ausência de cura da Aids na atualidade. Desta forma, os sentimentos mais pesados estão voltados para essa doença.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

### 5.1 DAS REPRESENTAÇÕES

A sexualidade é dimensão do ser humano que envolve o gênero, identidade, orientação, fantasia, desejo, erotismo, envolvimento emocional, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis, relacionamentos, contracepção e notadamente saúde sexual e reprodutiva. Após cercar o tema prevenção à gravidez precoce e DST por distintas vias, passamos a comentar algumas representações gerais, reveladas pelos adolescentes-atores entrevistados e adolescentes-atrizes entrevistadas na pesquisa, que podem levá-los ou levá-las à adoção (ou não) de medidas preventivas. Em seguida, apresentamos representações específicas por sexo.

Os adolescentes do sexo masculino demonstram estar avançando na defesa de princípios mais igualitários no gênero, no que diz respeito às preocupações e responsabilidades quanto à gravidez precoce, vez que se sentem co-partícipes na criação e sustento da criança.

Outros avanços são evidenciados nos relatos das adolescentes, como nas situações da menarca, que em tempos atrás eram tomadas de susto e pânico. Os discursos proferidos são de tranqüilidade e normalidade no seu advento. No entanto, ainda nos deparamos com garotas, como entre as entrevistadas, que aos 19 anos não programaram sua primeira consulta ginecológica.

Marcas de gênero são fortemente observadas não só quanto ao conceito de sexualidade entre rapazes (onde a sexualidade se entrelaça mais com o prazer) e moças (sexualidade entrelaçada com a afetividade), como nas características das situações vividas na iniciação sexual (planejadas entre elas ou inesperadas entre eles) e idade das mesmas.

A idade média encontrada para a primeira relação sexual é cerca de 3 anos menor para os rapazes (entre 15 e 16 anos) do que para as moças (19 anos), com maior probabilidade para os rapazes, de vivenciá-la no início da adolescência, época de parcos conhecimentos e informações referentes às práticas preventivas nos

envolver-se sexualmente (Bemfam, DHS, 1996; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 1999; MS, 2003).

A idade média da primeira relação sexual para adolescentes do sexo feminino aqui registrada (19 anos) afasta-se da média encontrada (15,5 anos) em dados mais recentes da literatura consultada (MS, 2003). Pode denotar uma possível tendência destas, aguardar por uma ocasião de maior segurança emocional e escolha de um parceiro mais adequado; como também o fato de parte das jovens estarem freqüentando o último ano do ensino médio conforme relata CAMARANO (2003).

Não se notam diferenciações significativas por sexo, quando as representações se referem às modalidades de métodos contraceptivos existentes e/ou eficiência dos mesmos.

Recorrer à pílula do dia seguinte tem nuances que merecem alerta sobre tal prática, pois repetidas vezes serve de recurso frente aos esquecimentos da utilização da pílula anticoncepcional.

O preservativo masculino como método de prevenção tem representações que igualmente provocam atenção sobre tal prática ou não prática. Uma delas situa-se no tabu de que o prazer masculino é muito diminuído quando dela se faz uso.

Fidelidade e sentimentos de amor são temas que podem também levar a que muitos adolescentes abram guarda no uso da camisinha, e assim negligenciar a prevenção. A confiança que muitas adolescentes depositam nos parceiros quanto à fidelidade sexual é preocupante.

A vulnerabilidade a que estão sujeitas as adolescentes no campo da sexualidade pode ser registrada na pesquisa em distintas unidades temáticas, como no desconhecimento frente às formas de contaminação entre mulheres que fazem sexo com mulheres, revelando quanto pouco conhecem o próprio corpo.

A ausência de figuras parentais ou adultos de referência para propiciar orientação e educação sexual é claramente percebida, contribuindo com a manutenção de representações que denotam conflitos éticos e de valores morais, notadamente entre as adolescentes virgens do sexo feminino.

O grau de conhecimento quanto às medidas de prevenção frente à gravidez precoce e DST revelado pelos atores e atrizes entrevistados seriam suficientes para

evitar uma gravidez precoce ou a própria contaminação pelo HIV, mas, todavia, algumas atitudes e comportamentos revelados denotam inconsistência entre discurso e prática de prevenção, possibilitando o envolvimento em relações sexuais de risco.

Na pesquisa, ressaltam-se representações discriminatórias frente a posturas homofóbicas, reveladas por expressões de preconceitos, nojo e violência verbal, denotando falta de conhecimento nas esferas do saber sexual.

#### 5.1.1 Das Representações de Prevenção das Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que as Levam à Adoção de Medidas Preventivas

Adolescência como fase onde “manter a pose” de pessoa responsável é exigida.

Escolher com quem, quando e como ter a primeira relação sexual para ser inesquecível, ou mesmo as demais, eventuais.

Ter iniciativa de exigir a utilização de camisinha pelo parceiro antes do coito, ou ter disponível consigo mesma, em todos os envolvimento sexuais.

Ter planos de projeto de vida: faculdade, trabalho, pós-graduação, etc.

Ter consciência das dificuldades e conseqüências de enfrentar uma gravidez precoce.

Freqüentar ginecologista e fazer exames periódicos.

Associar adequadamente métodos de prevenção para garantir a eficiência.

Discutir a adoção do melhor método de prevenção com o parceiro, e saber da sua eficiência.

Pedir opinião para quem se confia (adulto de referência) quanto a situações emocionais e sexuais.

Certificar somente após o resultado de exames laboratoriais, a garantia da saúde do parceiro, e o início da relação sexual.

Utilizar sempre métodos de prevenção, qualquer que seja o envolvimento emocional ou contrato social entre o casal.



Características físicas ou posição financeira não são sinais a garantir ausência de doenças (Aids).

Ter consciência de que a adolescência é época imprópria à gravidez, devido à imaturidade emocional e falta de conhecimentos em lidar com uma criança.

Saber identificar a diferenciação entre prevenção às DST e à gravidez

Respeitar as próprias limitações e posições conservadoras quanto à iniciação sexual.

Ter internalizado um conceito amplo de sexualidade.

Sentir-se compreendida, apoiada e ouvida pela família.

Ter consciência da vulnerabilidade frente aos riscos de contrair um HIV ou uma gravidez precoce.

Masturbar-se mutuamente pode acarretar contaminação pelo HIV ou gravidez precoce dependendo do contato dos órgãos genitais com os seus líquidos expelidos.

#### 5.1.2 Das Representações de Prevenção das Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que não as Levam à Adoção de Medidas Preventivas

Prevenir primeiramente a gravidez precoce, depois o HIV.

Não planejar a primeira relação sexual porque o próprio corpo vai saber identificar a hora certa.

Para pouco sexo só camisinha, para sexo freqüente também anticoncepcional.

Acreditar que contatos isentos da penetração não oferecem riscos de contaminação.

Proibir relacionamentos amorosos ou somente advertir quanto às possibilidades de perigos, é fator de risco que distancia a adolescente do convívio e segurança familiares.

Utilizar conjuntamente as camisinhas masculina e feminina como método de prevenção associado.

Utilizar a pílula do dia seguinte como opção de prevenção à gravidez precoce, nas freqüentes ocasiões de esquecimento da pílula anticoncepcional.

Afastar-se do parceiro no momento de excitação como única prática de prevenção.

Acreditar na fidelidade do namorado, noivo ou marido e deixar de utilizar a camisinha como método de prevenção às DST.

### 5.1.3 Representações de Prevenção dos Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que os Levam à Adoção de Medidas Preventivas

Utilizar camisinha em todas as relações sexuais, e ter a iniciativa própria de fazer uso dela.

Ter sempre a mão a camisinha porque a qualquer hora pode precisar e observar sua validade.

Dar apoio para a mulher, pois parte da culpa também é do homem, tem que levar a gravidez junto com ela.

Ter atenção e informação da família ajuda a não ter gravidez precoce ou pegar Aids.

Ter consciência de que a adolescência é época imprópria à gravidez, pois ter filho demanda responsabilidade.

Conhecer primeiramente a garota, como ela lida com sexo, se fuma, se bebe, se é responsável, antes de “transar” com ela adequadamente.

Conquistar um bom emprego, dinheiro, casa, depois sim pode ter filho.

Fazer exames laboratoriais antes de dispensar o uso de camisinha e só depois que a companheira tomar anticoncepcional.

Interessar-se por aprender e se informar sobre sexualidade.

Saber identificar a diferenciação entre prevenção às DST e à gravidez, e as especificidades dos métodos.

Utilizar sempre métodos de prevenção, qualquer que seja o envolvimento emocional ou contrato social entre o casal.

Masturbar-se mutuamente pode acarretar contaminação pelo HIV ou gravidez precoce dependendo do contato dos órgãos genitais com os seus líquidos expelidos.

Fazer teste de HIV juntos antes de transar.

Admitir vulnerabilidade frente a riscos e deslizes como estar bêbado.

Ter namorada fixa ajuda a planejar medidas de prevenção e aumenta a experiência em fazer sexo.

Sexo oral pode contaminar.

Não confiar na tabelinha.

#### 5.1.4 Das Representações de Prevenção dos Estudantes Adolescentes de Curitiba, Relativas à Gravidez Precoce e DST, que não os levam à Adoção de Medidas Preventivas

Não amar traz incerteza da garota ter doença, não se conhece ela, usar camisinha sempre.

Bater o dente na gengiva e sangrar na hora do beijo pode contaminar.

Querer fazer tudo ao mesmo tempo, e conhecer coisas novas na fase de adolescência.

Experienciar a primeira vez porque todos já tiveram e ainda sou virgem (curiosidade e ansiedade).

Usar camisinha com uma garota mais nova porque é menos experiente, com pobre porque vai menos ao médico, com madura depende do momento, com bonita e rica dá menos medo.

Ejacular dentro da garota em período fértil, pílula do dia seguinte nela!

Fazer sexo anal tem maior chance de se contaminar, mas sexo entre mulheres não tem perigo.

Prevenir primeiramente a gravidez precoce, depois o HIV.

Ser virgem quer dizer que não precisa camisinha, não contamina.

Ter gravidez precoce é melhor que ter Aids, assim, pelo menos a pílula!

Utilizar duas camisinhas juntas, masculina e feminina pode proteger mais, mas diminui a sensibilidade.

Acontecer rapidamente, num momento da faculdade ou banheiro de bar, mesmo com camisinha no bolso, não dá para usar.

Não é preciso usar camisinha toda hora..., é preciso, mas não dá pra lidar.

Ter Aids deixa a pessoa com aparência de seca.

Transar com camisinha é o método mais completo, porém não é o mais prático, é melhor sem.

Transar anal não tem filho.

Usar camisinha só no início, depois larga a mão porque você passa a confiar; ou se a garota já usa pílula aí não precisa.

Usar camisinha é para o cara, o resto é com a garota.

Aprender a usar camisinha, só se ferrando com uma gonorréia ou sífilis, mas na hora não uso.

É instinto, na hora do sexo não dá para pensar.

Pegar Aids, primeiro espalhar a doença, depois se cuidar.

Pensar em ter uma DST, ou engravidar alguém? Não, nunca comigo!

Usar camisinha dada pelo postinho não é garantia, nelas não dá pra confiar.

No estudo desse complexo mosaico fica claro que se trata, não de uma única adolescência, porém de uma pluralidade desta, identificando-se formas de ser, estar e pensar, conforme gêneros, ciclos etários, indivíduos e acontecimentos que podem predispor o adolescente a comportamentos sexuais que os envolvam em riscos pessoais. Desta forma, elencamos a seguir algumas recomendações que, a partir das representações identificadas, acreditamos poder contribuir positivamente com um experienciar sexual mais seguro destes atores entrevistados.

## 5.2 RECOMENDAÇÕES

1. Investir em pesquisas nas quais maior número de representações possam ser desvendadas, para melhor refletir sobre temas importantes referentes à sexualidade de adolescentes e seu experienciar sexual;
2. Realizar avaliações de políticas e programas que contemplem temas de saúde sexual, reprodutiva e adolescência, de forma quantitativa e

- qualitativa, com especial atenção à prevenção de gravidez precoce, DST/Aids, e os respectivos impactos sobre suas vidas;
3. Motivar o surgimento de projetos que intencionem construir uma masculinidade avessa a estereótipos, divisões sexuais de poderes e assimetrias nas relações de gênero;
  4. Subsidiar movimentos sociais e ONGs que tenham o objetivo de orientar adolescentes na luta por direitos sexuais e reprodutivos cada vez mais equânimes entre os gêneros;
  5. Capacitar adequadamente os professores quanto à temática da sexualidade humana e reprodução, vez que, as escolas representam um espaço onde, por um lado, os jovens se reúnem, estabelecem e compartilham códigos de comportamentos, iniciam namoros e desenvolvem relacionamentos amorosos; e por outro lado, é onde recebem informação, tratamento esclarecido sem preconceitos, e expressam dúvidas com menor constrangimento. É via privilegiada para os esforços de prevenção contra DST e gravidez precoce;
  6. Formar adolescentes multiplicadores em programas voltados à prevenção e à disponibilização de informações a seus pares, estimulando dessa forma o protagonismo juvenil;
  7. Incentivar a criação de linha de pesquisa e/ou programa de pós-graduação na área de sexualidade humana.
  8. Estender a pesquisa aqui realizada a faixas etárias anteriores (13 e 15 anos), uma vez que a iniciação sexual dos adolescentes masculinos se dá entre os 15 e 16 anos, e com garotas de mesma idade ou até mesmo mais novas.

### 5.2.1 Das Ações Pontuais

Alguns temas merecem destaque no encaminhamento de ações educativas ou de orientação sexual. Identifico abaixo, algumas ações pontuais que poderiam ser trabalhadas individualmente, ou com os grupos de adolescentes entrevistados (ou outros), embasado nos discursos dos atores entrevistados.

1. Fortalecimento e incentivo aos ensaios de individualização;
2. Propiciar educação e esclarecimentos sobre dependência química e sexualidade, e não somente comportamentos repressivos ou intimidativos por partes de educadores e familiares;
3. Fomentar a iniciativa de dialogar com o parceiro (a) assuntos do experienciar sexual com práticas de prevenção (negociação entre casais ou pares);
4. Reforçar os conhecimentos científicos quanto aos métodos contraceptivos, formas de contaminação e sintomatologia da Aids (rótulos e estereótipos);
5. Alertar os profissionais da ginecologia quanto à importância do seu papel na orientação sexual e medidas contraceptivas, fomentando campanha de encaminhamento para que adolescentes realizem consultas periódicas;
6. Protagonizar vivências entre adolescentes que privilegiem os temas: prevenção, sentimentos, fidelidade “negociada”, prazer, projeto de vida, etc.;
7. Divulgar entre as adolescentes, os benefícios da camisinha feminina quanto à sua auto-independência, eficácia e questões de gênero; entre os adolescentes, as vantagens do sexo seguro frente ao tabu do “chupar bala com papel”, ainda que tais argumentos sejam difundidos entre os pares.
8. Levar, mediante dinâmicas adequadas, os adolescentes a conhecerem o próprio corpo e sua fisiologia; desenvolvimento biológico, emocional e sexual (masturbação, orientação sexual, etc);
9. Fortalecer, como fator de proteção, as iniciativas das adolescentes que avaliam adequadamente a iniciação sexual como importante escolha na vida, o esperar com conscientização e prevenção;
10. Confrontar os sentimentos de invulnerabilidade mediante relatos voluntários de colegas que acabaram por experienciar uma gravidez precoce, ou situações de risco, de forma tal a provocar tomadas de consciências e mudanças de comportamentos dos adolescentes.
11. Divulgar em fábricas de vestuários para ambos os sexos, a importância de criar modelos de bermudas, sungas, calças compridas, maiôs, etc, que

prevejam bolsos especiais para acomodarem camisinhas masculinas ou femininas.

12. Alertar fábricas de camisinhas, principalmente as masculinas para avaliarem os invólucros quanto a sua resistência, pois os adolescentes, em muitos casos, carregam a mesma camisinha na carteira durante vários meses antes de usá-la.

As informações científicas aqui apreendidas são contribuições para o desenvolvimento de práticas e programas educacionais preventivos quanto à gravidez precoce e contaminação ao vírus HIV em adolescentes. São pontos básicos de diferenciação entre atitudes coerentes e afirmações emocionais, preconceitos, discriminações, e tabus, mas infelizmente, não suficientes para mudar comportamentos de risco e levar o indivíduo à tomada de consciência. Mudança de comportamento frente aos riscos aqui destacados, não é algo de se obter somente informando o adolescente. Demanda tempo de gerações e metodologia eficiente que possam levar o jovem a ampliar o nível e a cobertura de conhecimentos na área da sexualidade e saúde, direcionadas à conscientização.

PIAGET (1977) reconhece que o processo de tomada de consciência tem sua origem no plano da ação, considerada, em si mesma, um saber autônomo e eficaz, mas não ainda um conhecimento consciente. Esclarece ainda que a interiorização da ação permite a conscientização dos problemas a resolver, o que possibilita a conscientização dos meios, agora cognitivos e não mais materiais, que foram empregados.

Do demonstrado até aqui conclui-se que a mente humana constrói suas representações do saber a partir de um processo ativo de interação do sujeito com o meio, em que as concepções prévias do aprendiz vão sendo reformuladas ao mesmo tempo em que o conhecimento a sua volta também é reformulado.

Todavia, para que um estímulo qualquer do meio externo possa provocar no sujeito um estado momentâneo de desequilíbrio, que o leve a se modificar, é necessário que esse sujeito possa tomar consciência do conflito gerado. Caso contrário, se a situação não for percebida como sendo conflitiva pelo sujeito, não demandará nenhum esforço de sua parte para se modificar (POZO, 1998).

A técnica de entrevista aberta aplicada segundo o método clínico pareceu-nos um instrumento eficiente para levar o entrevistado a refletir sobre seu comportamento de risco e atitudes de negligência, pois em alguns casos encaminhou-os à reflexões e reconstruções como as que abaixo identificamos.

“Ah, nesse momento? Usar camisinha mais freqüentemente, acho que é, já ajudaria usar camisinha freqüentemente...”

“Olha, me ajudou a definir sobre relacionamentos, sobre afeição que se tem com a pessoa relacionando ao uso da camisinha.que eu nunca tinha definido isso...”

“Me leva a pensar que eu não tenho conversado muito com meu namorado, sobre isso,entendeu... a questão de se tivesse algum envolvimento, essas coisas, sei lá, parei pra pensar agora, e o sexo... e a masturbação.”

“Gera uma reflexão sobre em não usar camisinha. Mas... uma reflexão sempre leva uma pesquisa nesse sentido... ter um filho, engravidar, DST...”

“Só me deu medo da Aids, porque eu fiquei imaginando como seria.”

“Senti-me útil. Sempre é bom aprender. Acho que a gente sempre pensa que a gente está livre, que não vai acontecer com a gente, mas é uma coisa que é possível, não precisa muito pra você ser uma vítima de doença, de uma gravidez...”

**“Sei lá, me prevenir cada vez mais. Ah... e viver minha adolescência, mas saber viver ela, e me cuidar, me cuidar muito!”**

(o desejo do autor, a todos os adolescentes)



## REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1992

ABRAMOVAY, M., CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

AHRTAG. O que você sabe sobre doenças sexualmente transmissíveis? **Ação Anti-AIDS**, (6) 1989.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981

BAENINGER, R. Demografia da População Jovem. In.: Schor, N. *et al.* (org.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, vol 1,1999, p.28.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1977.

BARTHES, R. **S/Z**. São Paulo : Nova Fronteira, 2000.

BAUER. M. W. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático**. Martin W. Bauer, George Gaskell (editores); tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ : Vozes, 2002.

BEHLE, I. Reflexões sobre fatores de riscos na prevenção primária da gestação na adolescência. In: MAAKAROUN, M. F.; SOUZA, R. P.; CRUZ, A. R. **Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro, Cultura Médica. 1991, p. 420-8.

BELDA, W. Doenças sexualmente transmissíveis. **Inform. Urolog**. Encarte. (16): 1-2, 1985.

BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. Relatório. 1997.

\_\_\_\_\_; *DHS, 1996; FNUAP – Brasil. Publicação: CNPD – Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas, vol. 1, p.131. In: Dossiê adolescentes: início precoce das relações sexuais e baixo uso de métodos contraceptivos*. Disponível em: <[http://www.redesaude.orb.br/dossies/html/body\\_ad-inicioprecoce.html](http://www.redesaude.orb.br/dossies/html/body_ad-inicioprecoce.html)>. Acesso em: 27 jul. 2004.

BERNOUSSI, M. e FLORIN, A. *La notion de représentation: de la psychologie général à la psychologie sociale et la psychologie du développement*. **Enfance**. n. 01. 1995, p 71-87.

BERQUÓ, E. Sobre o declínio da fecundidade e a anticoncepção em São Paulo: análise preliminar. **Textos NEPO**. Campinas : Núcleo de Estudos de População, n. 6, 1986.

BEZERRA, V. L. V. A.; CAMPOS, D.; SALOMON, J. B. R. Crescimento e desenvolvimento no adolescente. **Arch. Latinoam. Nutr.** 1973; 23 (4): 465-83.

BICUDO, M. A. V. Sobre a Fenomenologia. In: BICUDO, M. A. V., ESPÓSITO, V. H. C. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa em Educação**. Piracicaba : Unimep, 1994./ Martins Fontes, 1993.

BOCHENSKI, I. M. **A filosofia contemporânea ocidental**. São Paulo : Herder, 1962.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília : Imprensa Oficial, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids**. a. I. n. 01. Semana Epidemiológica de 04.8.1998 a 08.1999. De dez.98 a fev.99. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.adolesite.Aids.gov.br/adolesite.htm>> Acesso em: 25 maio 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids**. 27<sup>a</sup>. a 40<sup>a</sup>. Semana Epidemiológica. De jun.2001 a set. 2001. Brasília : MS, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids**. a. XV, n. 2. 48<sup>a</sup>.2001 à 13<sup>a</sup>.2002 semanas epidemiológicas. De out.2001 à mar.2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico - Aids**. a. XVI n. 01. 14<sup>a</sup>. a 52<sup>a</sup>. Semanas epidemiológicas, abr. a dez. de 2002. Brasília, 2002. disponível em: <<http://www.abcdAids.com.br/>> Acesso em: 25 mai.2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Notícias. No combate à Aids. Assessoria de Imprensa da Coordenação de DST/AIDS. Disponível em: <[www.saude.gov.br/noticias](http://www.saude.gov.br/noticias)>. Acesso em: 28. nov. 2005.

BRENER, N. D. & COLLINS, J. L., 1998. *Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States*. **Journal of Adolescent Health**, 22:209-213

BRÊTAS, J. R. da S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/nucleos/necad/docs/ARTIGO.DOC>>. Acesso em: 25 abr. 2004

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. v.1. Brasília : CNPD, IPEA, 1998. p. 109-134

\_\_\_\_\_. et al. **Jovens brasileiros**: sexualidade, gravidez e Aids. Fev. 2003, no prelo.

CATANIA, J.A.; KEGELES, S.M.; COATES, T.J. *Towards and understanding of risk behaviour: an Aids Reduction Risk Model (ARRM)*. **Health Education Quarterly**. v. 17(1), 1990, p. 53-72.

CDC Centers for Disease Control and Prevention. *Selected behavior that increase risk for HIV infection, other sexually transmitted disease and unintended pregnancy among high school students*. United States, 1991. **MMWR**, 1992,41:945-950

\_\_\_\_\_. *HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted disease*. United States,1998. **MMWR**, 1998, 47:1-7

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. Rio de Janeiro : Cortez, 1991.

CHOMBART DE LAWUE, M. J. **Um monde autre: l'enfance dès représentations a son mythe**. Paris : Payothèque, 1979.

CHOMPOOTAWEEP, S.; TANKEYOON, M.; POOMSUWAN, P.; YAMARA, K.; DUSITSIN, N. Age at menarche in Thai girls. **Ann. Hum. Biol.** 1997. 24(5): 427-33.

COLLI A. S. *Maturacion sexual de los adolescentes de São Paulo*. In: Organizacion Panamericana de la Salud. **La salud del adolescentes y el joven en las Americas**. Washington : OPAS *Publicacion científica*, 1985. 489 p.

\_\_\_\_\_. *Crescimento e desenvolvimento físico*. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do Adolescente. **Adolescência e saúde**. São Paulo : Paris Editorial. 1988, p. 43-58.

CONTRERAS, J. M.; HASKKERT, R. *La sexualidad y la formación de uniones*. In: GUZMÁN, J.M. et al. (orgs.). **Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes em América Latina y Caribe**. México, D.F.: UNFPA, 2001. p. 57-104.

CRUZ RIOS, I. Editorial. **Bol Inform. UNIÓN**. 16(62):1-3, 1991.

DALLABETTA, G.; LYN, M.; LAGA, M. & ISLAM, M. DST: Impacto global do problema e desafios para o controle. In: DALLABETTA, G. M. & LAMPTEY. P. (org). Controle das doenças sexualmente transmissíveis. **Manual de Planejamento e Coordenação de Programas**. Rio de Janeiro : Editora Te Cora, 2002, p. 1-22.

DANIEL, H.; PARKER, R. **Aids, a terceira epidemia**: ensaios e tentativas. São Paulo : Iglu, 1991

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigación mediante grupos focales**. s. i : Porter Novelli, 1988.

DELVAL, J. **Introdução à prática do método clínico**: descobrindo o pensamento das crianças. Trad. Fátima Murad. Porto Alegre : Artmed, 2002

DESSER, N.A. **Adolescência, sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos. Brasília, DF : Fundação Universidade de Brasília, 1993.

DUARTE, G. Doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. In: Viggiano, M.G.C. **Condutas em obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro : Atheneu, 1989. p. 411-46.

ELKIND, D. **Crianças e adolescentes**. Ensaios Interpretativos sobre Jean Piaget. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.

\_\_\_\_\_. *Egocentrism in adolescence*. **Child Development**. v. 38. 1967. p.1025-1034.

ENDES (*Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*). *Regulación de la Fecundidad, Conocimiento y Uso de Anticonceptivos*. **Informe Preliminar, 1997**. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática/Calverton: Programa de *Encuestas de Demografía y Salud*, 1997.

ENJOVEN (*Encuesta Nacional de Jóvenes*). *Encuesta Nacional de Jóvenes*. **Informe Final**. República Dominicana: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo/Centers for Disease Control and Prevention. 1992.

FERRAZ E, FERREIRA IQ. **Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida**. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, organizadores. Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; p. 47-54. 1998.

FIGUEIREDO, R. M. D. (Org.). **Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação**. São Paulo : NEPAIDS, 1998.

GALLAND, O. **Sociologie de la jeunesse**. Paris : Armand Colin, 1977.

GIFFIN, K. Esfera da reprodução em uma visão masculina: considerações sobre a articulação da produção e da reprodução, de classe e de gênero. **Physis**, 1994, 4:23-40.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 1999.

GLASEL, M. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da AIDS/SIDA. In: De VITA JR, V.T.; HELLMAN, S.; ROSEMBERG, S.A. **AIDS/SIDA**: etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção. 2. ed. Rio de Janeiro : Revinter, 1991. p.363-76.

GOCHMAN, S.D. *Some correlates of children's health beliefs and potential health behavior*. **J. Health Soc. Behav.** v. 12. 1972, p. 148-154.

\_\_\_\_\_. *Youngster's Health Cognitions; cross-section and longitudinal analyses. Health Behaviour Systems*. 1986.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**. v. 35. n. 3. São Paulo : EAESP/FGV, 1995. p. 20-29.

HEILBORN, M. L. **De que gênero estamos falando?** Sexualidade, Gênero e Sociedade. 1999, 41:1-8.

\_\_\_\_\_. Estranha no ninho: a sexualidade e trajetória de pesquisa. In: VELHO, G.; KUSCHNIR, K. (Orgs.) **Pesquisas urbanas**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2002. p. 190-207.

HENRIQUES, M.H.; SILVA, N.; SINGH, S.; WULF, D. **Adolescentes de hoje, pais do amanhã**: Brasil. Nova York : *Alan Guttmacher Institute*, 1989.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Brasília : IBGE, 2000. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm)>. Acesso em: 23 abr.2003.

ICDP - *United Nations Population Fundation. International conference on population and development. Programme of action*. New York. 1994.

INHELDER, B.; SINCLAIR, H.; BOVET, M. *Apprentissage et structures de la connaissance*. Paris: *Presses Universitaires de France*. 1974. Trad. Cast. de L. E. Schevarría: **Aprendizaje y estructuras del conocimiento**. Madrid : Morata, 1975.

IRWIN JR., C.E.; MILLSTEIN, S.G. *Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. Journal of Adolescent Health Care*. v.7. 1986. p.82S-96S.

KAUFMANN, J. C. **Ego: pour une sociologie de l'individu**. Paris : Nathan, 2001.

KIELL, N. **The universal experience of adolescence**. New York: Internacional University Press. 1964

KIELL, N. IN ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. Tradução Dora Fláscman. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1981. 2ª edição, P. 18-19

KNOBEL, M.; ABERASTURY, A. **Adolescência normal**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.

MARSHAL, W. A.; TANNER, J. M. *Variations in pattern of puberal changes in girls. Arch. Dis. Child.* 1969; 44: 291-303. 23. McCabe, M.P. & Cummins, R.A. *Sexuality and quality of life among young people. Adolescence.* 1998; 33(132): 761-73.

MARTINS, J.; BICUDO, M.A.V. **A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo : Moraes / EDUC.1989.

McGUIRE, E.; SHEGA, J.; NICHOLLS, G. & DEESE, P. *Sexual behavior, knowledge and attitudes about AIDS among college freshmen. American Journal of Preventive Medicine.* 1992, 8:226-234

MELO AV, YAZAKI LM. **O despertar do desejo.** In: Secretaria de Economia e Planejamento, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, organizador. 20 anos no ano 2000: estudos sócio-demográficos sobre a juventude. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1998. p. 119-25.

MERLEAU-PONTY, M. **Textos escolhidos.** 2. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1984.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education: revised and expanded from case study research in education.** San Francisco, USA : Jossey-Bass, 1998.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O Programa Brasileiro, 2002. Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2000.

*MONITORING the AIDS Pandemic (MAP) Network. The Status and Trends of the HIV/AIDS/STD Epidemics in Latin America and the Caribbean.* Rio de Janeiro, Brasil. November 4-5, 1997. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/udtv/link31.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2003.

MONTAGNIER, L. Medicina do futuro vai ser privilégio dos países ricos. **Folha de São Paulo.** Caderno de Ciência. 27 fev. 1991. p.14.

MONTEMAYOR, R. - **Boys as fathers: coping with the dilemmas of adolescence.** In: LAMB, Michael E. e ELSTER, Arthur. (eds.). *Adolescent fatherhood.* Hillsdale. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 1-18, 1986.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Educação.** v. XXII. n.37. p.7-32. Porto Alegre, RS, 1999.

MOREIRA, M. de M. Adolescentes e jovens do sexo masculino: riscos de contrair HIV/AIDS ou DST ou engravidar uma parceira. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. 2002. Ouro Preto, Minas Gerais: **Anais**, 2002.

MOREIRA, V. de C. **Considerações sobre a adolescência**. Pró Ciência. São Paulo, 29 jul. 2001. Disponível em: <[http://www.prociencia.com.br/adole\\_psico.htm](http://www.prociencia.com.br/adole_psico.htm)>. Acesso em: 16 abr. 2003.

MORRIS, L. *Young adults in Latin America and Caribbean: Their sexual experience and contraceptive use*. **International Family Planning Perspectives**. 1988, 14:153-158.

\_\_\_\_\_. *Sexual behavior of young adults in Latin America*. In: *Advances on Population: Psychosocial Perspectives*. L. J. Severy, ed.. p. 231-252, London: Jessica Kinshley Publishers, 1994.

MOSCOVICI, S. *La psychanalyse : son image et son public*. 1961. Edição consultada: **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar Editores, 4ª ed. 1978.

MOTA, M. P. da. *Gender and sexuality: fragments of male identity in the Aids era*. **Cad. Saúde Pública**. v. 14. n. 1. jan./mar.1998. p.145-155. ISSN 0102-311X.

MOURA, C.A.R. **Crítica da Razão na Fenomenologia**. São Paulo: Edusp/Nova Stella, 1989.

MUNDIGO, A. I. Papéis masculinos, saúde reprodutiva e sexualidade. In: Conferências Internacionais sobre População. **Anais**. São Paulo : Fundação MacArthur, 31 jul. 1995.

MUSSEN, P.H. *et alii*. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. ed. São Paulo : Harbra,1995.

MUUSS, R. **Teorias da Adolescência**. Belo Horizonte : Interlivros,1976.

NOLASCO, S. A. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

ODONTOCONCURSOS. Disponível em: <[www.odontoconcursos.com.br](http://www.odontoconcursos.com.br) Boletim Mensal>. Outubro – 2002. link: <<http://www.google.com.br/search?q=cache:V74Pvupk2qUJ:www.estomatologia.com.br/boletim/outubro.html+dst++dados++epidemiol%C3%B3gicos+brasil&hl=pt-BR.>>. Acesso em 29.07.2004.

O'LEARY, S.; CHENEY, B. Em que medida as mulheres correm risco? In: O'Leary, S.; CHENEY, B. (org.) **A Tripla Ameaça: AIDS e Mulheres**. Rio de Janeiro : Dossiê Panos, 1993, p. 213-234.

OLIVEIRA, J. de C.; PEREIRA, N. de O.; CAMARANO, A. A.; BAENINGER, R. Evolução e características da população jovem no Brasil. In: CNPD. **Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas**. v.1. Brasília : CNPD, 1998a, p. 7-19.

OLIVEIRA, M.W de. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, v.19. n. 45, Campinas, jul. 1998b. ISSN 0101-3262 versão impressa.

OLIVEIRA, M. W. de. *Adolescent Pregnancy: dimensions of the problem*. **Cad. CEDES**. v. 19. n. 45. July 1998c. p. 48-70. ISSN 0101-3262.

OUTEIRAL, J.O. **Adolescer**: estudos sobre adolescência. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes**: uma estratégia para ação: uma declaração conjunta da OMS/FNUAP/UNICEF. Genebra : OMS, 1989.

PARKER, D. E. **A terceira epidemia**. 1991. O Programa Brasileiro, 2002. Brasília : Ministério da Saúde, 2002.

PAULA, D. B. **Gravidez na adolescência**: estratégias de inserção no mundo adulto. São Paulo: 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). PUC/SP, 1992.

\_\_\_\_\_. **O olhar e a escuta psicológica desvendando possibilidades**: o vínculo saudável entre a adolescente mãe e seu filho. São Paulo: 1999. Tese (Doutoramento em Psicologia Social). PUC/SP, 1999.

PESTRAK, V. A.; MARTIN, D. *Cognitive development and aspects of adolescent sexuality*. **Adolescence**. v. 20(80).1985, p. 981-987.

PFROMM, S. N. **Psicologia da adolescência**. 7. ed. São Paulo : Livraria Pioneira Editora, 1979.

PIAGET, J. *Intellectual Evolution from adolescence to adulthood*. **Human Development**. 15, 1-12. 1972.

\_\_\_\_\_. **A tomada de consciência**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1977/1974.

\_\_\_\_\_. **Seis estudos de psicologia**. São Paulo : Forense. 1969.

\_\_\_\_\_. **O desenvolvimento da Inteligência na criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

\_\_\_\_\_; INHELDER, B. **Da lógica da criança à lógica do adolescente**. São Paulo : Pioneira, 1976/1955.



\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Formação do símbolo na criança:** imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

PIMENTA, M.C.; RIOS, L .P. BRITO, I.; TERTO Júnior, V.; PARKER, R. **Saúde Sexual e Reprodutiva n. 1.** Passagem para a Vida Adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros. Rio de Janeiro : ABIA, 2001.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

POZO, J. I. **Teorias cognitivas da aprendizagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1998.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R & DAVIS, C. **A idade escolar e a adolescência.** v. IV. São Paulo : EPU. 1981.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica.** Tubarão: Editora Unisul, 2002.

RESNICK, M. D.; BEARMAN, P. S.; BLUM, R. W.; BAUMAN, K. E.; HARRIS, K. M.; JONES, J.; TABOR, J.; BEUHRING, T.; SIEVING, R. E.; SHEW, M.; IRELAND, M.; BEARINGER, L. H. & UDRY, J. R. *Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health.* **JAMA.** 1997. 278:823-832.

RICHARDSON, R. J. (cols). **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo : Atlas, 1999.

ROMERO, E. A arquitetura do corpo feminino e a produção do conhecimento. In: ROMERO, E. (org.). **Corpo, mulher e sociedade.** Campinas: Papirus, 1995, p. 235-270.

RUA, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Avaliação das ações de prevenção às DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras.** Brasília : UNESCO/ Ministério da Saúde/ Grupo Temático UNAIDS, UNODC, 2001.

SANTOS, V. L.; SANTOS, C. L., Adolescentes, JOVENS E Aids no Brasil. In.: SCHOR, N. *et al.* (org.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, vol 1,1999.

SANTOS JUNIOR, J. D. dos. **Fatores Etiológicos relacionados à gravidez na adolescência, vulnerabilidade à maternidade.** (s.e; s.d).

SCHOR, N. *et al.* *Adolescent pregnancy trends in a São Paulo.* **American Public Health Association (APHA).** 122<sup>nd</sup>. Annual Meeting. Washington, D.C., october 30 / november 3, 1994.

\_\_\_\_\_. **Adolescência e Anticoncepção**: Conhecimento e Uso. Tese de Livre Docência. 1995. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1995.

\_\_\_\_\_. FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L. *et al. Women and contraception: knowledge and use of contraceptive methods*. **Cad. Saúde Pública**. v. 16. n. 2. Apr./June 2000, p. 377-384. ISSN 0102-311X.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para a análise histórica. Tradução SOS Corpo. n. 4. São Paulo : Columbia University Press, 1989.

SEDENHO, N.; SOUZA FREITAS, J. A. S. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. **J. Bras. Ginecol**. 1984; 94 (8): 303-8.

SIMKINS, L. *Consequences of teenage pregnancy and motherhood*. **Adolescence**. v. 19 (73), 1984, p.39-54.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

SOF. Sempreviva Organização Feminista. **Boletim Mulher e Saúde**. n. 15 - 16. mai./ago. 1997.

STEINBERG, L. **Adolescence**. 2. ed. N. Iorque : McGraw Hill, 1989.

\_\_\_\_\_. **Adolescence**. 5<sup>th</sup> ed. Boston : McGraw-Hill College, 1999.

SULLIVAN, H. S. **Conceptions of modern psychiatry**. N. Yorque : Norton, 1953.

TANNER, J. M. **Growth at adolescence**. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 1962.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

UNAIDS. Fatos e números: Campanha Mundial da Aids -1999. In: *Listen, Learn, Live! World Aids Campaign with children and young people*. Genebra, 1999.

UNESCO. AIDS: o que pensam os jovens - Políticas e Práticas Educativas. AIDS - Juventude I. Brasília / UNESCO, 2002. 88p. Disponível em: <<http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/pdf/AIDS.pdf>>. Acesso em: 12 mai.2004.

UNFPA. *The state of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in adolescents' Health and Rights*. UNFPA, ONU : London, 2003; ou: UNFPA State of World Population 2003. Disponível em: <<http://unfpa.org/swp/2003/English/ch1/index.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2003.

<[http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/spanish/swp2003\\_spa.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2003/pdf/spanish/swp2003_spa.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2003.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2002**. Genebra : UNICEF, 2002. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil>>. Acesso em: 23 abr. 2003.

\_\_\_\_\_. Brasil. Relatório da Situação da Adolescência Brasileira. **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Brasil : UNICEF, 2002.

WEISMAN, C. *AIDS knowledge, perceived risk and prevention among adolescents clients of a family planing service*. ***International Family Planning Perspectives***. 1989, 21:213.

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

## **APÊNDICES**

<b>Nome do sujeito:</b> Juciele
<b>Idade:</b> 19
<b>Data: de nascimento:</b> dado sigiloso
<b>Série:</b> 1º. universitário
<b>Sexo:</b> feminino
<b>Profissão do pai:</b> dado sigiloso
<b>Profissão da mãe:</b> dado sigiloso
<b>Nível sócio-econômico:</b> dado sigiloso
<b>Irmãos:</b> dado sigiloso

<b>Núcleo Básico de Perguntas</b>	
Qual a sua fase atual? Adolescente, adulto, criança?	<i>Ah! Metade de cada coisa, me sinto um pouco, adulta, um pouco criança. Tem certas atitudes minhas que são bem infantis, tem outras que eu já sou adulta, com 19 anos eu já trabalho, desde os 16, quer dizer: desde os 16 já trabalho, né, então eu já tenho uma responsabilidade, né, mas em outras assim, por exemplo, com o pessoal de casa sou totalmente criança, não mudei.</i>
Que tipo de atividade você acha que você é criança?	<i>Meu Deus! Ah!... com o pessoal assim, tipo,... Não sou totalmente, por que eu acho assim, que uma pessoa adulta tem que ser totalmente responsável, e eu não sou totalmente. Tem certas atitudes que não tem nada a ver, entendeu? Tem algumas coisas que eu sou responsável e tem outras que não tem nada a ver. Brinco com todo mundo, entendeu?</i>
Como você se vê?	<i>Me sinto um pouco... vamos ver... Ah! Me sinto, sei lá, eu acho que tô vivendo uma fase normal, me sinto uma pessoa normal, não me sinto uma pessoa fora, assim, do padrão, sinto que tô certa, que agindo assim não estou fora da normalidade, entendeu? Não estou tendo uma atitude, entendeu? fora da minha idade.</i>
Como você pensava que era ser adolescente? Existe alguma diferença?	<i>Existe. AHHH... Eu achava que ser adolescente (risos) era poder namorar, era poder fazer um monte de coisas, e deixar a brincadeira de lado, virar mais, tipo assim, pra uma fase mais de sair, de curtir, sendo... mas isso foi totalmente cortado assim de mim, eu fui uma adolescente que não saí, não fui pra balada, não fiz nada, minha adolescência já girou em torno assim de estudo e com 16 já comecei trabalhar e minha mãe não deixava eu sair, então, eu acho que eu já pulei essa fase. Eu achava que eu ia viver a fase, mas não vivi.</i>
Ser adolescente tem pontos positivos em relação a ser criança? Quais?	<i>Ah, meu deus do céu! Pontos positivos... Eu achava melhor ser criança, quer dizer, eu não sei, porque adolescente assim, no meu caso, eu vivi assim, por causa da rebeldia, eu brigava com todo mundo, brigava com minha mãe, brigava... entendeu? Era rebelde, nada tava bom pra mim, isso eu acho que eu passei, mas...</i>
Essa fase de hoje tem mais pontos positivos em relação a anterior?	<i>Tem, tem sim. Agora eu estou mais madura, eu já não brigo, eu já deixo quieto, entendeu? sei lá, eu acho que é melhor. Agora eu já posso sair e na minha fase de adolescente eu não podia sair, eu queria sair, eu brigava com todo mundo em casa</i>

	<i>que eu queria sair, e agora não, e agora eu posso sair, só que eu não saio também, trabalho bastante, faço faculdade, né, mas eu acho que tem pontos positivos agora mais do que antes, talvez seja porque foi cortada, né... essa fase de mim...eu não sei muito....</i>
Ser adolescente tem pontos negativos em relação a ser criança? Quais?	<i>Então, é isso que eu falei, agora eu posso tudo, mas nem tudo eu quero fazer. Não tenho mais vontade, não tenho mais o ânimo que eu tinha quando tinha meus 15,14 anos, que eu queria viver aquilo. Agora não, agora tanto faz, estou parada, estou sossegada, parece que saiu aquela euforia.</i>
O que você acha que é sexualidade?	<i>Sexualidade? Sei lá. Sexo, homem, mulher... só isso.</i>
Como você está vivendo sua sexualidade? É uma fase conflitiva?	<i>Não...não...é tranqüila, super tranqüila assim, estou bem, eu perdi minha virgindade com 17 anos, agora eu estou com 19, já faz um ano que eu estou com uma pes... tipo assim..., faz um ano que eu perdi a virgindade com uma pessoa e vai fazer 3 anos que eu estou com essa pessoa assim.</i>
Você havia namorado 2 anos com ele e depois vocês resolveram fazer sexo?	<i>Isso.ah ah...</i>
Como foi isso, foi bem estruturado?	<i>Foi, foi super. Ele foi uma pessoa super assim bacana, esperou o tanto que tinha que esperar. Eu não estava preparada e quando eu senti que estava preparada, que eu senti que queria aquilo, foi bem, não foi uma experiência frustrante, foi ótimo assim. Estou bem, estou com essa pessoa até hoje, foi com a pessoa que eu perdi a virgindade e tô com ele até hoje.</i>
Como você se preparou?	<i>Eu tinha muito medo da reação da minha mãe, ela sempre me segurou muito, “ah, não pode isso, não pode aquilo, ahhh isso não é certo” e tudo assim como se fosse um ritual, entendeu? E era aquela concepção: ah, você tem que casar primeiro pra depois perder a virgindade, e aquilo entrou muito na minha cabeça e ficou muito na “canha”, até a hora que eu me dei conta de que não tinha nada a ver com aquilo, está totalmente contra os meus pensamentos, com o que eu quero pra mim, era o que ela queria pra mim e não era o que eu queria pra mim, quando me dei conta disso eu fiz o que eu queria.</i>
Você já menstruou? Quantos anos?	<i>Já. Com 13 anos, no meio dos 13 anos.(novembro)</i>
Se sim você usou algum método de proteção na primeira vez?	<i>Utilizei. Camisinha.só a camisinha</i>
E quem falou em usar camisinha?	<i>Eu aprendi muito na escola, qualquer lugar que você vá tem alguma coisa falando de camisinha, e o Otávio, meu namorado, ele já sabia, já teve outras namoradas e usava isso com elas, então ele, foi por conta própria dele que colocou.</i>
Você já tinha falado com seu namorado sobre que método de prevenção vocês usariam?	<i>Já, tanto que ele foi e comprou...porque eu já tinha conversado com ele...“olha, estou preparada, eu quero, tal”, daí ele falou – então tá, eu vou comprar a camisinha, tal, foi lá e comprou....</i>
Das outras vezes vocês utilizaram?	<i>Durante um tempo a gente utilizou, acho que durante uns 2 ou 3 meses eu continuei utilizando camisinha, depois de um tempo eu comecei a tomar remédio, porque depois de um certo tempo que você</i>

	<i>pega confiança na pessoa, sei lá..., daí não tinha mais o por que, eu não achava o por que.</i>
Pra deixar de usar camisinha, vocês fizeram alguma coisa?	<i>Ele fez exame, minha mãe fez ele fazer o teste de hiv e eu não fiz, não tem nem como....</i>
Você já tinha feito doação de sangue?	<i>Não, porque eu tive anemia não posso.</i>
Então depois vocês aboliram a camisinha? E é somente você que utiliza um método contraceptivo? Qual o critério de não usar camisinha?	<i>Totalmente...sim só eu Não...e, Ele achava ruim, que disse que não é a mesma coisa, colocava defeito, entendeu? Aí pra mim tanto faz né, eu comecei a tomar um comprimido que até fez mal pra mim, eu comecei a engordar, tudo, só que agora sim, eu fui no ginecologista certinho, ele me indicou aquele comprimido que me fez mal, fui de novo, faço exames periodicamente no ginecologista pra ver se não está dando problema, né...tal...</i>
Você sempre tomou pílula, nunca esqueceu?	<i>Esqueci...esqueci já umas 4 vezes... eu tomei a pílula do dia seguinte....em todas essas vezes...de medo...</i>
Para praticar relações sexuais, há uma idade certa?	<i>Não. Acho que não. Acho que a pessoa tem que gostar, tem que sentir confiança, só isso.</i>
Em que situações você acredita que seja necessário utilizar-se de medidas de proteção quanto à gravidez precoce, DST e Aids? Em todas as relações sexuais?	<i>Eu acho que sim, se a pessoa não quer engravidar, acho que sim.</i>
Quando se ama, é necessário usar alguma medida de prevenção? Qual?	<i>Acho que sim, quando você não conhece bem a pessoa, acho que a camisinha.</i>
Quando se ama?	<i>Mas você pode amar sem conhecer muito bem a pessoa,... mas quando ama, mesmo assim eu acho que tem que ter algum método contraceptivo.</i>
Quando se é noivo ou noiva?	<i>Continuo achando que tem que ter.</i>
Que tipo de método?	<i>Se não quiser camisinha, pelo menos a pílula, né...</i>
Já aconteceu da camisinha estourar quando o seu namorado usa?	<i>Já teve, teve... tomei a pílula do dia seguinte... tomei</i>
Quando não se ama?	<i>Com certeza, muito mais ainda, você mal conhece a pessoa com que você está na cama, pode pegar uma doença....sei lá...</i>
Mas pode ser uma pessoa amiga que você conhece há bastante tempo só que não ama. No casamento? Por quê?	<i>Não, mas você não conhece o passado dela, você não sabe com quantas pessoas ela foi pra cama. Ah, no casamento...?ah eu acho que... a não ser que você queira ter um filho...sempre tem que ter um método</i>
Homem que faz sexo com homem? Por quê?	<i>É necessário... ué, pra evitar doenças, a não ser que conheça bem a pessoa, saiba, tenha feito um teste, que nem o Otávio fez, aí não, aí sei lá...se não acha nojento, vai e faz.</i>
Mulheres que fazem sexo com mulheres? Por quê?	<i>Não, a mesma coisa, pode contaminar, claro, pela boca, claro! ahahah</i>
Quando não se quer ter filhos? Por quê?	<i>É necessário. A tabelinha não funciona....</i>
Com pessoas que utilizam drogas (lícitas ou ilícitas)? Por quê?	<i>Com certeza, claro... Essas pessoas são as mais...as que tem mais chance de ter uma doença, ou sei lá...claro...porque elas usam, por exemplo, injetam uma agulha e pode usar com um monte de gente, você não sabe, não conhece ela, não tá lá com ela, se ela está usando uma seringa descartável...</i>
Na masturbação? Porquê?	<i>Não...acho que não...</i>
E na masturbação mútua?	<i>Masturbação...Depende. Com a boca ou com a mão?</i>

Tanto faz.	<i>Com a boca sim, com a mão não.</i>
E o que utilizaria se fosse fazer sexo oral na masturbação?	<i>Camisinha.</i>
E na mulher?	<i>Na mulher... daí, não sei.hahaha, na mulher nem sei se tem isso..hahaha</i>
Com pessoas jovens e mais maduras? Por quê? Alguma medida diferente com os dois?	<i>Com os dois, não...Camisinha com os dois, se eu não conhecesse a pessoa, camisinha com qualquer um dos dois.</i>
Depende da aparência física? Por quê?	<i>Não...Imagina... se eu não conheço a pessoa eu uso.</i>
Pessoas pobres ou ricas? Por quê?	<i>Não, independente disso.</i>
Você não acha que uma pessoa rica pode se prevenir mais, tem mais condições de se cuidar, ter uma melhor qualidade de vida?	<i>Não. Ah, eu acho que pode, se ela quiser ela pode, mas eu não sei da vida dela, não conheço a vida dela, melhor não arriscar.</i>
E pessoas bonitas e feias?	<i>Não. Com os dois camisinha... sempre camisinha.</i>
Pessoas magras ou gordas? Por quê?	<i>Camisinha.</i>
Na frequência de troca de parceiros? Por quê?	<i>Não, só a camisinha, acho que nem me envolveria com a pessoa, mas caso me envolvesse, seria camisinha....acho que é o melhor método anticoncepcional...</i>
Se você não tivesse namorando e você já tem experienciado a relação sexual, você só utilizaria a camisinha como método de prevenção?	<i>Só a camisinha.</i>
Você não tomaria pílula?	<i>Não, não porque eu não iria ficar fazendo sexo toda hora, entendeu?</i>
Para você, o que é prevenção em relação à gravidez precoce?	<i>É você tomar alguma coisa pra não engravidar, entendeu? e depois se arrepender, só isso.</i>
Para você, o que é prevenção em relação à(s) DST?	<i>É camisinha. (risos)</i>
Para você, o que é prevenção em relação à aids?	<i>Camisinha.</i>
Quais os métodos de prevenção que você conhece?	<i>Camisinha, a pílula, o diu, que mais? Sei lá..um monte....vasectomia, na mulher, como é o nome? laqueadura, pílula do dia seguinte, com certeza... diafragma..aquele trequinho que põe dentro da mulher?</i>
Você já engravidou (ou já engravidou alguém)?	<i>Não.</i>
Quem deve evitar? Mas no seu caso é você que evita...	<i>Os dois. No meu caso sou eu, mas é ele que compra o comprimido.</i>
O que você acha de ficar grávida (ou engravidar alguém) na adolescência?	<i>Horrível...porque é uma fase que eu estou construindo as coisas pra mim...Não tem nem como eu ter um filho...entrar um filho...eu não tenho uma condição de vida definida, eu não sei se essa pessoa que eu estou é a pessoa que eu quero ficar realmente, pra sempre, entendeu? Apesar da gente estar juntos a 3 anos, a gente tem planos pro futuro mas, não é nada concreto. Então, eu não quero meter um filho... entendeu? Pra depois ter uma família assim desestruturada, e até eu assim, pode até me achar egoísta, mas eu acho assim, com a idade que eu tenho, entendeu? Eu não quero, entendeu? Como é que eu posso dizer? Estragar meu corpo, entendeu? Não quero estragar meu corpo com 18, 19 anos, também não quero comprar roupa, comprar comida, sendo que eu nem tenho pra mim própria, entendeu?</i>



Isso poderia acontecer com você? Por quê?	<i>Não, acho que não, acho muito difícil, porque eu sou uma pessoa assim que... bem desesperada. Por exemplo, tomo pílula, quando eu usava camisinha, se estourava a camisinha eu ia lá na pílula do dia seguinte, toda vez, mesmo sabendo que isso fazia mal, que raspa todo o útero da mulher, mas mesmo assim. E tomo remédio certinho, e se eu não tomo remédio certinho, já pego e não faço mais nada...entendeu....</i>
Ele aboliu a camisinha então?	<i>Não, ele usa camisinha, por exemplo, esses dias a gente foi no serv car e a gente usou a camisinha, eu estava sem medicação.</i>
Como você se sentiria se acontecesse?	<i>Ah, não, sei lá...nem imagino isso, mas eu acho que iria me sentir o pior dos seres humanos, não quero de jeito nenhum.</i>
Como você agiria?	<i>Eu acho...oh...Eu penso assim, eu não me aconteceuu isso, mas eu acho assim...no começo eu ia rejeitar, eu ia querer tirar..., entendeu?, ia ficar revoltada, podia até culpar ele entendeu? , mas depois acho que ficaria tudo bem, porque é uma vida dentro da gente...então....</i>
Você já pensou em você pegando uma DST ou o vírus da aids?	<i>Nunca pensei.</i>
De que forma isso poderia acontecer com você?	<i>Se eu tivesse vários parceiros ou se a pessoa que eu tivesse não fosse totalmente sincera, entendeu?, sei lá, me envolvesse com várias pessoas ou usasse drogas....ou...</i>
Você conversa com seu namorado a respeito disso? Ele não usa camisinha com você. Então você...A prevenção que você tem é contra gravidez, mais nenhuma. Você esta confiando nele. Eu acho ótimo confiar. Vocês já conversaram a respeito de se haver algum envolvimento, como vocês vão agir nesse envolvimento? Ninguém está sujeito de ter um envolvimento que possa acontecer....	<i>É contra a gravidez, mais nenhuma Eu confio nele, confio nele.  Caso ele me trair?</i>
Isso.	<i>Você quer saber se eu usaria camisinha depois?</i>
Se ele usaria camisinha com outra pessoa?	<i>Ah, não sei,não conversei com ele sobre isso.Mas acho que ele não faria isso...</i>
Como você agiria se pegasse aids ou DST?	<i>Eu acharia que a minha vida tinha acabado... pelo menos aids, tipo assim, pegar outras doenças, até que não, por que tem remédio, tem jeito, entendeu? De dar a volta por cima, agora aids, tá certo que a pessoa demora pra morrer, mas, morre, ta com vírus dentro dela....</i>
Como você agiria?	<i>Eu não sei, eu nem imagino, mas acho que , sei lá, me revoltaria...</i>
Alguma vez alguém já falou pra você algo sobre sexualidade e prevenção, ou de que maneiras você chegou a saber sobre esses assuntos?	<i>Um monte de gente...Minha mãe, escola, trabalho,...nossa... amigos as amigas...</i>
Você se sente satisfeito com os conhecimentos que recebeu, ou em caso negativo, a quem, ou a quê recorreu?	<i>Eu creio que sim.</i>
Quando você precisar de ajuda, quem te ajuda?	<i>Eu vou sempre no ginecologista, então qualquer dúvida que eu tenha, falo com ele, sobre qualquer coisa...</i>

<p>Essa entrevista te leva a pensar em algo? que a gente vai conversar daí.....</p>	<p><i>Me leva a pensar que eu não tenho conversado muito com meu namorado, sobre isso,entendeu... a questão de se tivesse algum envolvimento, essas coisas, sei lá, parei pra pensar agora, e o sexo... e a masturbação</i></p>
---	---

<b>Nome do sujeito:</b> Lucas
<b>Idade:</b> 19
<b>Data de nascimento:</b> dado sigiloso
<b>Série:</b> 1º. universitário
<b>Sexo:</b> masculino
<b>Profissão do pai:</b> dado sigiloso
<b>Profissão da mãe:</b> dado sigiloso
<b>Nível sócio-econômico:</b> dado sigiloso
<b>Irmãos:</b> dado sigiloso

<b>Núcleo Básico de Perguntas</b>	
Como você caracteriza essa sua faixa de idade de 18 a 19 anos?	<i>Se for para classificar entre adolescente e adulto, eu acho que estou mais para o lado do adulto. Acho que a parte da adolescência de aproveitar com menos responsabilidade acho que já passou. Agora você pensa muito mais em estudo, muito em trabalho, pensa muito em relacionamento sério, mas isso também depende da pessoa.</i>
Como você se vê sendo esse adulto?	<i>O Lucas ele está na transição...,ele está... é conflito mesmo.</i>
Tem alguma área que você sente maior conflito, tipo amigos, família?	<i>Acho que o maior agora é profissional, é estudos e profissão...dá muito medo de pensar que logo logo eu vou ter responsabilidade o dia inteiro, que eu vou começar com aquela rotina de aproveitar o final de semana, e isso dá muito medo. A parte de família, já trabalhei muito, já fiz terapia dois anos e meio, meus pais são separados, essa parte eu acho que estou mais embasado, a parte amorosa também.</i>
Como você pensava que era ser esse adulto? Você imaginava que adulto viria ser?	<i>Não. Na verdade eu nunca pensei sobre o futuro...assim.... cogitações de criança só. seriamente...</i>
Não existe diferença na forma que você está vivendo hoje daquilo que você imaginou para essa fase da sua vida?	<i>Não. Isso porque hoje eu pensei muito pouco sobre a isso, quando eu era menor. Não está mexendo com a coisa...</i>
E o futuro você planeja?	<i>Planejo, agora depois que você entra na faculdade você pensa muito nisso você vai se identificando com áreas, vai gostando daquilo, sabe que não quer fazer outra coisa, aí você começa a planejar...</i>
Ser esse jovem tem pontos positivos em relação a sua fase anterior? Quais?	<i>Para mim o maior, acho que o que mais evoluiu foi a sociabilidade, sabe.... Você aprende a lidar melhor com as pessoas, aprende que as vezes você tem que levar uma pessoa a manter uma imagem, mas geralmente você escolhe melhor as pessoas, você já aprendeu muito na vida, negócio de amizade, de amor inclusive.</i>
E tem pontos negativos em relação a sua adolescência?	<i>Ah! Sem dúvida a responsabilidade. É aquele negócio de você só ter horário de colégio, daí chega a tarde faz o que quer, uma vez por mês faz uma prova, a tranquilidade eu acho, a despreocupação mesmo, acho que trazia tranquilidade...</i>
O que você acha que é sexualidade?	<i>Você quer que eu defina o termo?</i>
O que é pra você essa palavra?	<i>Sexualidade pra mim envolve desde um relacionamento, que eu digo relacionamento, aquele mais normal assim, por exemplo o namoro, define um relacionamento... até a cama, acho que o envolvimento das duas pessoas. Não</i>

	<i>necessariamente só o sexo....</i>
Como você está vivendo a sexualidade?	<i>Amadureceu também....amadureceu...</i>
E o que é esse amadurecimento sexual?	<i>Olha...eu acho que é nem tanto a relação física, acho que o que mudou muito foi o relacionamento com as mulheres mesmo, mudou foi o jeito de tratar, aprender o que elas gostam e o que não gostam, nem falo tanto de físico mesmo, de sexo...</i>
E isso trás algum produto positivo pra você, essa forma de começar a lidar diferente com certos problemas?	<i>Sim, sim... então como eu falei que a responsabilidade minha aumentou muito, foi acho que principalmente por causa da desinibição que estou melhorando, porque eu era muito tímido, era muito fechado até os meus 16 anos.</i>
O que você fez pra que fosse mais cortes e sociabilizado?	<i>Acho que uma coisa muito importante foi um relacionamento que eu tive, que foi o 1º namoro, foi aos 16 anos, 17. Daí isso deslanchou assim, a lidar com as mulheres, achava que mulher era bicho de sete cabeças, era difícil me aproximar das mulheres. Depois você vai tirando esses monstros da cabeça, vai vendo que elas são acessíveis, é só ter um jeito de chegar, cada uma tem um código...</i>
Você já teve relações sexuais? (com que idade iniciou)	<i>Já, a minha foi com 17anos, foi mais no início dos 17</i>
Você usou algum método de proteção na primeira vez?	<i>Eu usei, a camisinha e ela estava tomando pílula.</i>
Como foi isso? Você tinha, você já estava com a camisinha no bolso, foi programada essa relação sexual?	<i>A gente tinha muita liberdade para dormir juntos, na casa dela. Os pais dela liberavam</i>
Você já namorava?	<i>Já namorava ... a primeira transa aconteceu com três meses de namoro, eu me cuidei mais depois que comecei a namorar, mas antes eu já levava uma camisinha junto, mas sem esperança de eu vir a usar. Eu levava mais porque eu via na tv, qualquer hora você pode vir a precisar....</i>
Era sempre a mesma camisinha?	<i>Eu trocava mais ou menos...acho que durava uns ... 6 meses a 8 meses.</i>
Aonde você a guardava?	<i>Eu guardava...eu levava no bolso quando saía noite.</i>
Na frente ou atrás?	<i>Eu usava no da frente, no bolso da frente...daí amassava muito e quando eu comecei a usar carteira pra usar documentos eu comecei a levar na carteira..</i>
Você, ou seu parceiro sugeriu?	<i>Ela tomou a iniciativa de tomar pílula, tomando como exemplo a irmã dela... que também tinha namorado e tomava.. e depois ela via vantagem de regular o fluxo e de diminuir os... sintomas da tpm, isso era vantagem para ela, e ela tomou a iniciativa, quanto a camisinha era nós dois.</i>
E das outras vezes que você fez sexo com outras garotas, você sempre usou, às vezes ou nunca usou método de prevenção?	<i>Eu vou dizer que as vezes....eu já...quer que eu...especifique usar?...</i>
Qual o seu critério de usar, ou não usar algum método de proteção?	<i>Meu critério é que... pelo menos... conhecer bem a pessoa, daí as 1º vezes você usa... depois você meio que larga mão, isso é um pouco de irresponsabilidade, mas na hora você nem pensa direito.</i>
E você acha que é primordial conhecer um pouco a pessoa para abrir mão de um método de prevenção?	<i>É....saber da história dela, acho que saber um pouco dela, se conhecer como ela é,por exemplo... se ela exige a camisinha no começo ou até um bom tempo, depois eu confiaria mais nela em não usar, do que simplesmente ela no começo já deixar fazer sem... ela</i>

	<i>não exigir.</i>
E o que você exigiria dela pra deixar de usar camisinha ou algum método de prevenção?	<i>Nesse relacionamento, a gente fez o teste da AIDS juntos e isso deixou a gente mais tranquilo....</i>
Esse último ou o 1º?	<i>Não. Foi aquele 1º. nesse último eu não fiz, daí a gente, a pílula... eu acho muito importante...</i>
Ela continua tomando?	<i>Ela não. A minha ex?</i>
É.	<i>A minha ex continua, mas isso é por causa dos hormônios dela.</i>
E das outras vezes quando você abriu mão da utilização da camisinha, a namorada estava tomando pílula ou alguma coisa assim?	<i>Não.</i>
E aí, como você estabelece quando vocês vão ter relações sexuais?	<i>Não estabelece... É que é assim... nesse último namoro eu não tive relação ainda, nas outras relações que eu tive foram casos mais passageiros.</i>
Mas você veio a ter algum envolvimento sexual com penetração e ela sem usar pílula e sem uso do preservativo?	<i>Sim.sem uso, sem ela tomar pílula</i>
Em que situações você acredita que seja necessário utilizar-se de medidas de proteção quanto à gravidez precoce, DST e Aids? Em todas as relações sexuais? Por quê?	<i>a camisinha..., porque ela protege tudo, da gravidez, da DST, eu acho que ela é a mais completa, mas talvez não seja a mais prática, isso que é o problema.</i>
Por que não a mais prática?	<i>Porque o problema não é pôr, na verdade o problema não é a camisinha, o problema é a gente...entende...num</i>
A gente como?	<i>Quem usa, quem manipula a camisinha... Porque a gente decide se quer pôr ou não, acho que quem tem problema em pôr a camisinha, diz que perde a ereção, nunca tive isso e acho que isso é uma coisa mal resolvida com a camisinha.porque é fácil pôr, a mulher tem que ajudar, mas é fácil, só que a gente que as vezes não usa por falta de responsabilidade, porque as vezes está bom, é melhor sem camisinha...</i>
Melhor quanto?	<i>Olha, vou dar assim...pensando matematicamente, umas 3 vezes.</i>
Quando não se ama é necessário usar método de prevenção? Porquê?	<i>Acho que é mais importante ainda. Eu acho que é segurança própria, depois que você ama você confia mais.</i>
Quando se é noivo ou noiva?	<i>Eu acredito que se os dois tiverem uma relação boa, eu acho que só a pílula é o suficiente...</i>
Quando se ama, é necessário usar camisinha?	<i>Quando se ama, também a pílula, eu acho que...dependendo do relacionamento...pode a camisinha....</i>
Você tá querendo dizer que o nível do envolvimento afetivo acaba trazendo uma mudança no método de contracepção ou de prevenção?	<i>Eu acho que sim. Pra mim camisinha...to definindo isso agora...acho que camisinha é pra início de um relacionamento...vamos dizer assim....</i>
E no casamento?	<i>Casamento eu acho que não precisa de camisinha, aí vai muito da confiança de um com outro, e daí é planejar bebê, se não quer bebê, aí é a pílula.</i>
Nos relacionamentos homossexuais, homem que faz sexo com homem e mulher que faz sexo com mulher, você acha que tem que usar método de prevenção?	<i>Também, porque...eu acho que pelo mesmo motivo, pega confiança na pessoa. Se você gosta da pessoa você confia mais nela. Mas eu posso, pode ser um pouco de preconceito, mas eu acho que homossexual... homem é um pouco mais infiel...</i>
Mulheres que fazem sexo com mulheres tem que se prevenir?	<i>Te falar que eu não sei direito como é...sabe...mas....heheh</i>

Tem alguma coisa que você imagina?	<i>Eu imagino que o oral, mas o oral seja uma chance muito menor, ahhh inclusive queria argumentar sobre o masculino...que o anal tem mais chance de pegar uma aids do que uma penetração pênis-vagina.</i>
Quando não se quer ter filhos? Por quê?	<i>Sim eu não confio em tabelinha.</i>
Com pessoas que utilizam drogas (lícitas ou ilícitas)? Por quê?	<i>Sim, usaria camisinha. Essas pessoas que usam drogas, lícitas ou ilícitas, eu acho que são um pouco mais irresponsáveis. Vejo como irresponsabilidade o uso de drogas, qualquer uma e é até mesmo de fraqueza.</i>
Na masturbação?	<i>Na masturbação? Existe isso? Não acredito que não precisa na masturbação.</i>
Com pessoas jovens ou maduras? Por quê?	<i>Não...seria o mesmo pras duas, a camisinha.</i>
A madura não poderia ser mais responsável?	<i>Não, até eu conhecer ela...</i>
Depende da aparência física? Por quê?	<i>Também não.</i>
E pessoas bonitas e feias? Pense você se relacionando com uma garota bonita e outra feia. Você privilegiaria utilizar camisinha com uma e na com outra?	<i>É possível uma moça mais bonita é possível, mas acredito...que pensando racionalmente agora..., as duas tem chance de ter DST, as duas tem a mesma chance de engravidar e o método anticoncepcional deveria ser o mesmo.</i>
Então você desistiria de usar com a bonita e usaria com a feia?	<i>Agora eu penso que não deveria, mas como as vezes pode acontecer, e já aconteceu...já aconteceu...</i>
Com pessoas pobres e ricas?  Os ricos cuidam mais do corpo? Tem maior...	<i>A mesma coisa, a gente sabe que não tem classe social, mas aí... é um pouco errado pensar isso, pensar que os ricos tem menos, eu acho que a imagem passa isso, porque no fundo pode ter um rico... pode ter o mesmo problema que o pobre, mas não vai demonstrar.... se for uma DST não vai demonstrar...</i>
Pessoas magras ou gordas?	<i>Também não...também não vejo diferença.</i>
Na frequência de troca de parceiros? Por quê?	<i>Se nós o fizéssemos sexo? Eu usaria camisinha também.</i>
Mesmo se ela fosse bonita e rica?	<i>Mesmo. Mesmo que ela fosse bonita e rica...O principal é conhecer mesmo.</i>
Você diz que conhecer é a forma como uma garota se comporta desde o início da relação	<i>Desde o...eu acho que são vários fatores: como ela demonstra ser...como ela lida com o sexo, até mesmo coisas bobas assim, se ela fuma ou não, se ela bebe, mostrar responsabilidade, acho uma pessoa responsável ela é responsável na maioria dos cantos da vida dela.</i>
Então ela teria que ter se relacionado anteriormente só com garotos responsáveis?	<i>Não necessariamente, eu acho ...acho que ela... Eu me contradisse?</i>
Não...a gente está pensando assim...a garota é super responsável. Para que ela tenha tido um envolvimento sadio, ela deve ter se relacionado então com garotos responsáveis..., porque ela pode ter se relacionado com um garoto irresponsável, que pode fazer sexo com várias pessoas e não só ela... e ela abrir mão de preservativo e de repente ser contaminada por um garoto irresponsável...que ela pensava ser responsável. E ela continua sendo responsável...e ela vai agir com você de forma responsável	<i>As vezes ela fazia um outro julgamento do menino...entendi...Isso pode acontecer sim.</i>
Para você, o que é prevenção em relação à gravidez precoce?	<i>Uma forma de prevenir, o bebe que na hora não pode nascer...o casal não tem base pra isso,as vezes não</i>

	<i>tem salário, casa, acho que tem que ser planejado até mesmo para o bebe crescer numa família com base, alicerce.</i>
Para você, o que é prevenção em relação à(s) DST?	<i>É camisinha, eu acho que a melhor forma...eu imagino os métodos de prevenção as DST...camisinha masculina e feminina.</i>
Para você, o que é prevenção em relação à aids?	<i>É a camisinha, da seringa...da seringa contaminada... contaminada, transfusão de sangue...o sangue contaminada....</i>
Quais os métodos de prevenção que você conhece?	<i>Tanto gravidez, DST? Falo tudo? Tudo bem...Conheço a camisinha masculina, a feminina, esses principais DST; gravidez tem a pílula, o DIU , a tabelinha...não muito confiável...o diu também há discussões se é abortivo, o anticoncepcional masculino que tá vindo agora, que eu acho uma ótima idéia, que eu até usaria...laqueadura, cirurgias masculinas e femininas, acho que são essas que estou lembrando agora.</i>
Você se lembra da pílula do dia seguinte?	<i>Esqueci! Tem essa. Acho que para uma emergência eu acho que...eu usaria, mas vendo que se a menina está no período fértil, se eu ejaculei dentro,usaria a pílula do dia seguinte acho que é melhor você tomar uma decisão louca dessas que pôr a criança no mundo....sem estrutura</i>
Você já engravidou alguém?	<i>não.</i>
Quem você acha que deveria evitar a gravidez? O homem ou a mulher?	<i>Os dois.</i>
Mas não é a mulher que fica grávida?	<i>É,a mulher que fica grávida... mas o homem tem grande participação nisso, na verdade, pensando em homem irresponsável e mulher irresponsável, o homem decide ali se usou camisinha,... evitou. A mulher pode até burlar, enganar o homem que está tomando a pílula, ou que tá usando uma camisinha...</i>
Isso já aconteceu com você?	<i>Acredito que não. Porque eu tive um relacionamento bem duradouro ai...</i>
O que você acha de ficar grávida (ou engravidar alguém) na adolescência?	<i>Pra mim, eu não seria pai agora, nem se tivesse uma estrutura, um salário fixo...um emprego estável..., minha casa, meu carro, não teria um filho agora.</i>
Teria um motivo?	<i>Motivo que por enquanto não me sinto preparado agora, eu to pensando em outras coisas, filho demanda muito tempo, responsabilidade e dinheiro, mesmo que dinheiro não fosse problema, é tempo e responsabilidade...agora eu estou virando pra outras coisas....</i>
Isso poderia acontecer com você? Por quê?	<i>Já poderia ter acontecido....</i>
Como você se sentiria se acontecesse?	<i>No mínimo desesperado.</i>
Você teria apoio familiar?	<i>Provavelmente, provavelmente mais da mãe.</i>
O que é que você acha, que providência você ia tomar, que você ia fazer? Como você iria agir?	<i>Quando eu falo desesperado é para eu poder digerir isso, pra eu entender isso, porque eu sei que tenho que dar apoio para minha mulher, eu sei que parte da culpa é minha e eu tenho que levar isso junto com ela.</i>
Você já pensou em você pegando uma DST ou o vírus da aids?	<i>Já já pensei..já pensei. Me assusta um pouco, AIDS me assusta mais.</i>
De que forma isso poderia acontecer com você?	<i>Num relacionamento sem camisinha, aí não tem anticoncepcional, não tem nada...ai é só camisinha.</i>
Como você se sentiria, caso isso acontecesse?	<i>Levaria um tempo pra me estruturar, eu não sei sobre os métodos de cura de DST, sei dos procedimentos da AIDS, dos coquetéis, mas depois que eu me</i>

	<i>estruturasse eu provavelmente seguiria algum tratamento, procuraria um médico, tentaria levar uma vida normal.</i>
Alguma vez alguém já falou pra você algo sobre sexualidade e prevenção, ou de que maneiras você chegou a saber sobre esses assuntos?	<i>A minha mãe sempre se preocupou muito com isso, sempre valorizou a camisinha, na escola aprendi bastante, aprendi bastante na escola também...e campanhas do governo, mas campanha do governo eles dão um apanhado geral assim....sobre.....tem que usar...tem que usar...mas os porquês você aprende em casa e escola</i>
E na Internet? Você já olhou no site do MS? Tem sites que são direcionados a adolescentes, a jovens, traz todos os questionamentos, as formas, é bastante interessante, como o <a href="http://www.aids.gov.br">www.aids.gov.br</a> , é o oficial do ministério da saúde, o mais atualizado quanto a isso	<i>Não.Não consultei. Já li livretos...</i>
Você se sente satisfeito com os conhecimentos que recebeu, ou em caso negativo, a quem, ou a quê recorreu?	<i>Eu recorreria 1º os mais à mão, seria informação de site, não sei se existe o disque aids, ou os mais acessíveis, que são fone, Internet e depois tentaria, um médico, talvez não seria necessário marcar uma consulta, um médico de confiança, conhecido, tentaria me informar sobre isso. Mas, quanto a se eu estou satisfeito em relação aos meus conhecimentos, sim, eu estou. O problema é que eu tenho...eu tenho que praticar...</i>
Alguma coisa que você queira falar sobre essa nossa entrevista? Você se sentiu bem durante a entrevista? Algum questionamento que ficou na tua cabeça que você gostaria de falar?	<i>Olha, me ajudou a definir sobre relacionamentos, sobre afeição que se tem com a pessoa relacionando ao uso da camisinha.que eu nunca tinha definido isso..</i>
Então você consegue estruturar. Você acaba deixando de usar camisinha em função da afeição que você sente pela pessoa. E o que te leva a pensar que essa pessoa não teve uma relação frustrante anterior a tua?	<i>É...confiança...  Não tem como dizer...infelizmente.. Entre um casal que se gosta não tem problema nenhum não usar camisinha...e acho até bom, mas tem que se tomar os cuidados,... um teste de aids que tem que se fazer com o parceiro, de preferência os dois juntos, um dando a força pro outro...</i>
E quando você aboliu a camisinha assim na sua relação...você se sentiu tentado a ter uma relação com outra garota...durante esse tempo...você foi fiel o tempo inteiro dessa relação?	<i>.eu fui...quase...eu terminei e quase logo em seguida tive outro relacionamento mas não fiz sexo com nenhuma outra durante esse namoro ai</i>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO - MESTRADO  
Linha de Pesquisa: *Cognição e Aprendizagem*

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**REPRESENTAÇÕES  
DE PREVENÇÃO À GRAVIDEZ PRECOCE E DST EM ADOLESCENTES**

Senhor (a) Entrevistado (a)

Agradecemos sua disponibilidade em participar desta entrevista, quando serão abordados aspectos relacionados à sexualidade na adolescência e representações de prevenção à gravidez precoce e DST.

Suas informações em muito contribuirão para os objetivos e reflexões que esta pesquisa se propõe.

Os dados serão divulgados cientificamente, mas de forma que resguarde seu anonimato, conforme **Resolução no. 196/96** do Ministério da Saúde – Conselho Nacional da Saúde – Brasília, sobre pesquisa envolvendo seres humanos; e **Resolução no. 75/99** CEPE – UFPR.

A entrevista será gravada em fita cassete para se garantir a transcrição fiel, sem julgamentos das informações que nos fornecer. A confidencialidade de sua identidade será garantida.

Como forma de oficializar o seu consentimento em participar nestas condições, solicitamos assinar este termo de consentimento livre e esclarecido.

Obrigado

Pesquisador: Nelson Fernandes Junior

Orientadora: Profª Drª Araci Asinelli da Luz

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e estou  
ciente da natureza e objetivos da pesquisa que fui convidado (a) a participar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

entrevistado (a)

## FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Modelo do questionário usado para entrevistar os sujeitos, de forma a coletar informações referentes à: dados pessoais, adolescência e sexualidade, DST, gravidez precoce e prevenção

Pesquisador: NELSON FERNANDES JR. (2º semestre de 2003)

Estou interessado em saber como você e outros colegas pensam sobre algumas questões que irei abordar. Estou seguro de que você sabe muitas coisas sobre o que irei perguntar, e que também é importantíssimo que me diga o que vier à sua cabeça. Tudo o que disser será estritamente confidencial. A entrevista será gravada em cassete para ser possível lembrar tudo depois na hora de passar para o papel.

### Coleta de dados para caracterização dos entrevistados

Tudo bem com você? Você concorda? Vamos continuar?

1- Pseudônimo:

2- Sexo:

3- Idade e data de nascimento:

4- Série:

5- Profissão do pai:

6- Profissão da mãe:

7- Nível sócio-econômico

8- Tem irmãos? Quantos? Que lugar ocupa entre eles:

### Núcleo Básico de Perguntas

9- Como você está vivendo sua adolescência?

10- Como você se vê sendo adolescente?

11- Como você pensava que era ser adolescente? Existe alguma diferença hoje?

12- Ser adolescente tem pontos positivos em relação a ser criança? Quais?

- 13-E ser adolescente, tem pontos negativos em relação a ser criança? Quais?
- 14-O que você acha que é sexualidade?
- 15-Como você está vivendo sua sexualidade?
- 16-Se for do sexo feminino, você já menstruou? Com que idade?
- 17-Você já teve relações sexuais? Com que idade iniciou?
- 18-Se sim, você usou algum método de proteção na primeira vez?
- 19-Como foi isso?
- 20-Você, ou seu parceiro sugeriu?
- 21-E das outras vezes?
- 22-Você usa em todas as relações sexuais ou às vezes? Em algumas? Nunca?
- 23-Qual o seu critério de usar ou não usar algum método de proteção?
- 24-Para praticar relações sexuais há uma idade certa?
- 25-Em que situação você acredita ser necessário utilizar-se de medidas de proteção quanto à gravidez precoce, DST, e entra elas a Aids?
- 26-Em todas as relações sexuais? Por quê?
- 27-Quando não se ama? Por quê?
- 28-Quando se é noivo ou noiva? Por quê?
- 29-Quando se ama? Por quê?
- 30-No casamento? Por quê?
- 31-Homem que faz sexo com homem? Por quê?
- 32-Mulheres que fazem sexo com mulheres? Por quê?
- 33-Quando não se quer ter filhos? Por quê?
- 34-Com pessoas que utilizam drogas lícitas e/ou ilícitas? Por quê?
- 35-Na masturbação? Por quê?
- 36-Com pessoas jovens? Por quê?
- 37-Com pessoas maduras? Por quê?
- 38-Depende da aparência física? Por quê?
- 39-Pessoas pobres? Por quê?
- 40-Pessoas ricas? Por quê?
- 41-Pessoas bonitas? Por quê?
- 42-Pessoas feias? Por quê?
- 43-Pessoas magras? Por quê?
- 44-Pessoas gordas? Por quê?

- 45-Na freqüente troca de parceiros? Por quê?
- 46-Para você, o que é prevenção em relação à gravidez precoce?
- 47-Para você, o que é prevenção em relação às DST?
- 48-Para você, o que é prevenção em relação à Aids?
- 49-Quais os métodos de prevenção que você conhece?
- 50-Você já engravidou (ou engravidou alguém)?
- 51-E o que aconteceu caso positivo?
- 52-Quem deveria ter evitado? Por quê?
- 53-O que você acha de ficar grávida (ou engravidar alguém) na adolescência?
- 54-Isso poderia acontecer com você? Por quê?
- 55-Como você se sentiria caso acontecesse?
- 56-Como você agiria? Por quê?
- 57-Você já se pensou pegando uma DST ou o vírus da Aids?
- 58-De que forma isso poderia acontecer com você?
- 59-Como você se sentiria caso acontecesse?
- 60-Como você agiria? Por quê?
- 61-Alguma vez alguém já falou para você algo sobre sexualidade e prevenção, ou de que maneiras você chegou a saber coisas sobre esses assuntos?
- 62-Você se sentiu satisfeito (a) com os conhecimentos que recebeu, ou em caso negativo, a quem, ou a quem recorreu?
- 63-Como você se sentiu em relação a essa entrevista?

Muito obrigado por ter participado, suas informações foram importantíssimas para a minha pesquisa. Pode ficar totalmente tranquilo (a) de que as informações aqui prestadas não serão divulgadas de forma a identificar qualquer entrevistado.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.