

COLEÇÃO ABIA

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA, Nº 1

PASSAGEM SEGURA PARA A VIDA ADULTA: OPORTUNIDADES E BARREIRAS PARA A SAÚDE SEXUAL DOS JOVENS BRASILEIROS

MARIA CRISTINA PIMENTA, LUÍS FELIPE RIOS, IVO BRITO
VERIANO TERTO JUNIOR E RICHARD PARKER

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS

RIO DE JANEIRO

2001

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA

Rua da Candelária, 79/10º andar - Centro

Cep: 20091-020 - Rio de Janeiro - RJ

Telefone: (21) 2223-1040

Fax: (21) 2253-8495

E-mail: abia@ax.apc.org

<http://www.alternex.com.br/~abia>

DIRETORIA

Diretor-Presidente: RICHARD PARKER

Diretora Vice-Presidente: SONIA CORRÊA

Secretário Geral: OTÁVIO CRUZ NETO

Tesoureiro: JOSÉ LOUREIRO

Coordenador Geral: VERIANO TERTO JR.

REVISÃO TÉCNICA

Luis Felipe Rios

**PROJETO GRÁFICO, EDITORAÇÃO ELETRÔNICA
E PRODUÇÃO GRÁFICA**

Wilma Ferraz

Juan Carlos Raxach

APOIO

Fundação Ford

IMPRESSÃO

Gráfica Lidador

2ª TIRAGEM

1.500 exemplares

*É permitida a reprodução total ou parcial do artigo desta publicação,
desde que citados a fonte e os autores.*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
PASSAGEM SEGURA PARA A VIDA ADULTA: OPORTUNIDADES E BARREIRAS PARA A SAÚDE SEXUAL DOS JOVENS BRASILEIROS	7
1. INTRODUÇÃO	7
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	7
2.1 - PAÍS - CARACTERÍSTICAS GERAIS	8
2.2 - JOVENS	10
2.2.1 <i>Dados demográficos</i>	10
2.2.2 <i>Escolaridade</i>	11
2.3 - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS	12
2.3.1 <i>HIV/AIDS e outras DST</i>	13
2.3.2 <i>Preservativos</i>	14
2.3.3 <i>Fatores culturais e o papel da mídia</i>	15
3. POLÍTICAS PÚBLICAS	15
3.1 - DIREITOS E POLÍTICAS	15
3.2 - PROGRAMAS E POLÍTICAS	18
3.2.1 <i>Saúde e educação</i>	19
3.3 - FINANCIAMENTO E GASTOS	21
4. FONTES DE APOIO	22
4.1 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA E ACADÊMICA	22
4.2 - PROJETOS DE INTERVENÇÃO	26
5. DISCUSSÃO E ANÁLISES	29
5.1 - O DISCURSO ACADÊMICO SOBRE A PASSAGEM SEGURA PARA A VIDA ADULTA E AS OPORTUNIDADES E BARREIRAS PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS	30
5.2 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	35
6. BIBLIOGRAFIA	37
ANEXO I - BIBLIOGRAFIA COMENTADA	41
ANEXO II - POPULAÇÃO JOVEM POR ANO E FAIXA ETÁRIA NO BRASIL, 1993-2000	52

ÍNDICE DE TABELAS E QUADRO


TABELA 1 - Indicadores demográficos, econômicos e sociais, Brasil e América Latina	8
TABELA 2 - Estimativas do mês de janeiro de 2.000 – Pesquisa mensal de desemprego, idade mínima 15 anos, segundo regiões metropolitanas	9
TABELA 3 - População brasileira de 15 a 24 anos de idade (1940 – 1996)	10
TABELA 4 - Número de nascidos vivos (NV) e taxas de fecundidade específicas por idade, por mil mulheres (CF), em cada grupo etário. Brasil, 1994-1997	13
TABELA 5 - Número de abortos registrados e taxa de aborto por mil mulheres (CI), em cada grupo etário. Brasil, 1994-1997	13
TABELA 6 - Estudos de prevalência nacional de HIV e DST (1996-1998)	14
TABELA 7 - Uso do preservativo como principal forma de prevenção às DST/AIDS entre jovens brasileiros, segundo tipo de pesquisa selecionada	16
QUADRO 1 - Brasil. Gasto social consolidado por origem de recursos em % do produto interno bruto (PIB), 1998	21

APRESENTAÇÃO

O texto que se segue é resultado de uma investigação realizada pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Comissão Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, o *Centre for Sexual Health Research of the University of Southampton*, o *Centre for Population Studies at the London School of Hygiene and Tropical Medicine*, e o *Thomas Coram Research Unit of Institute of Education of the University of London*. A sua importância consiste em realizar uma análise dinâmica contextual sobre a saúde sexual e reprodutiva dos jovens, considerando os diversos segmentos envolvidos na sua promoção e entendimento – academia, Estado e ONGs. Pensando na grande vulnerabilidade – ainda não completamente compreendida e tão pouco resolvida – desta parcela da população brasileira às DST e ao HIV/AIDS, o estudo, sem a pretensão de ser exaustivo, procura identificar os desafios atuais para uma melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população jovem no Brasil, propondo linhas de pesquisa e intervenção que possam cobrir as lacunas encontradas, estabelecendo pontos de partida para definir o desenho de estudos mais extensivos e aprofundados. Estudos que possam contribuir para a elaboração de programas mais efetivos direcionados a promoção da saúde sexual entre os brasileiros jovens. Com este texto a Coleção ABIA inicia a sua série dedicada ao tema da saúde sexual e reprodutiva.

Richard Parker
Diretor-Presidente da ABIA

Veriano Terto Jr.
Coordenador Geral da ABIA



PASSAGEM SEGURA PARA A VIDA ADULTA: OPORTUNIDADES E BARREIRAS PARA A SAÚDE SEXUAL DOS JOVENS BRASILEIROS

*MARIA CRISTINA PIMENTA¹, LUÍS FELIPE RIOS², IVO BRITO³,
VERIANO TERTO JÚNIOR⁴ E RICHARD PARKER⁵*

1. INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado baseado em uma análise contextual dinâmica conduzida no Brasil durante o período de janeiro a abril de 2000, como contribuição a um estudo comparativo mais amplo sobre as Barreiras e Oportunidades para a Saúde Sexual e Reprodutiva entre a População Jovem – uma iniciativa internacional do Centre for Sexual Health Research of the University of Southampton, com o Centre for Population Studies at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, e o Thomas Coram Research Unit do Institute of Education of the University of London.

O estudo se constitui como uma revisão inicial sobre saúde sexual e reprodutiva consi-

derando jovens entre 14 e 24 anos. O texto apresenta uma visão panorâmica dos fundamentos sociais e dos dados demográficos concernentes ao tema; o mapeamento da literatura acadêmica, dos programas e projetos de intervenção e das políticas públicas existentes; assim como reflexões concernentes às linhas de investigação que deverão ser garantidas no futuro. Nessa perspectiva, procurou-se identificar linhas de pesquisa e intervenção que possam cobrir os “gaps” ou vazios encontrados, e os desafios atuais para uma melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população jovem no Brasil, estabelecendo pontos de partida para definir o desenho de estudos mais extensivos e aprofundados. Estudos que possam contribuir para a elaboração de programas mais efetivos direcionados a promoção da saúde sexual entre os brasileiros jovens.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Antes de examinar as políticas, pesquisas e intervenções existentes, esta seção inicial

¹ Assessor da CN DST e Aids do Ministério da Saúde.

² Assessor de projetos da ABIA, Pesquisador do CEPESC/IMS/UERJ.

³ Assessor da CN DST e Aids do Ministério da Saúde.

⁴ Coordenador Geral da ABIA.

⁵ Diretor-Presidente da ABIA, Professor adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ e Professor da Escola de Saúde Pública da University Columbia, New York.

do relatório da análise situacional destina-se a rever brevemente os principais dados sociais e demográficos concernentes à população jovem no Brasil e sua saúde sexual e reprodutiva.

2.1 - PAÍS - CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Brasil possui uma superfície de 8.511.965 km², divididos em cinco regiões e 27 estados, e conta, atualmente, com uma população estimada em torno de 165 milhões de habitantes, segundo fontes da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no censo nacional de 1991 e recontagem de 1996. A taxa de crescimento da população, no período 91-98, foi de 1,38% (IBGE,1998). Do total da população, 51% são mulheres e 49% homens, sendo que 75% reside em áreas urbanas. O IBGE estima a população brasileira para o ano de 2.000 em 167 milhões de habitantes.

O país integra o ranking das dez primeiras economias mundiais, com um produto nacional bruto (GNP) da ordem de 758 bilhões de dólares e um GNP per capita em torno de US\$ 4.570,00. No entanto, estima-se que 17% da população

brasileira encontra-se abaixo da linha de pobreza, ou seja tem renda inferior a um salário mínimo mensal (equivalente a US\$ 65.00) (Tabela 1).

Observa-se um crescente aumento da exclusão e da limitação de oportunidades ocupacional e de rendimento principalmente para o segmento jovem da população, decorrente da crise econômica e social que o país entrou nos anos oitenta e início dos anos noventa. De acordo com os dados da PNAD, o Brasil detinha quase 4,5 milhões de desempregados em 1995, equivalente a 6,1% do total da PEA, dos quais 2,1 milhões, (ou seja 47,65% do total) eram jovens com idade de 15-24 anos (IPEA, 1998). Na tabela 2, encontra-se estimativas para as taxas de ocupação e desocupação para o total do país e para algumas regiões metropolitanas, considerando pessoas maiores de 15 anos, para o período de janeiro de 2000. Verificamos que a taxa de atividade para o total das regiões metropolitanas do país é de 57,2% e a taxa de desemprego para janeiro de 2000, para as mesmas é de 8,4%.

Em relação a fecundidade no país, a PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 dentro da terceira fase do programa

Tabela 1 - Indicadores demográficos, econômicos e sociais, Brasil e América Latina

Indicadores	Brasil	América Latina & Caribe
População em milhões (ano 1998)	165 hab.	502 hab.
Taxa anual de crescimento da pop. 1991-98 (em %)	1,4	1,6
GNP em bilhões de US\$	758	1.978
GNP per capita em US\$	4.570	3.940
Pobreza (% pop. abaixo da linha de pobreza)	17	-
Expectativa de vida (em anos)	67	70
Mortalidade infantil (por 1.000 nasc, vivos)	39	32
Acesso a água potável (% da pop.)	69	75

Fonte: Relatório Banco Mundial, 1996.

Tabela 2 - Estimativas do mês de janeiro de 2.000 – Pesquisa mensal de desemprego, idade mínima 15 anos, segundo regiões metropolitanas

Estimativas	Brasil	Recife	Rio de Janeiro	São Paulo	Porto Alegre
Taxa de desemprego aberto em (%) Período de 30 dias	8,4	7,3	5,9	9,1	7,9
Taxa de desemprego aberto em (%) e gênero: Masculino	6,8	6,5	4,3	7,3	6,3
Feminino	8,8	6,9	7,6	8,4	8,3
Taxa de desocupação, ocupados sem rendimentos e ocupados que recebem < de 1 sal. mínimo	16,2	25,2	11,9	15,1	13,9
Chefes de domicílios	4,5	4,2	2,7	4,9	4,3
Taxa de atividade	57,2	50,8	54,4	59,2	59,2
Pop. em idade ativa	31.301.599	2.326.371	8.091.725	13.221.147	2.531.128
PEA	17.915.079	1.182.373	4.403.651	7.831.827	1.509.273
População não economicamente ativa	13.386.529	1.143.998	3.688.074	5.389.320	1.021.855
População ocupada total	16.553.363	1.103.954	4.156.321	7.189.131	1.401.744

Fonte: IBGE – Pesquisa Mensal de Emprego - PMS.

mundial de pesquisas de demografia e saúde (DHS), apresenta a partir de uma amostra de 13.283 domicílios, um declínio significativo da taxa de fecundidade total para o período 1994-96 de (2.5) filhos por mulher, sendo a taxa mais alta para residentes das áreas rurais (3.5) e a mais baixa para as mulheres residentes da área urbana (2.3). As mulheres iniciam sua vida reprodutiva por volta dos 22 anos, com grandes diferenciais segundo a distribuição regional, e renda, mas principalmente segundo a escolarização. A diferença encontrada entre a idade mediana ao ter o primeiro filho é de 4,9 anos entre as mulheres sem nenhuma escolaridade e as com maior escolaridade, de 9 a 11 anos de estudo (BEMFAM, 1996). Outro aspecto importante é o diferencial etário no padrão de fecundidade da população

brasileira, observando-se que “famílias com renda inferior a 1 salário mínimo apresentam padrão de fecundidade juvenil, isto é, são as adolescentes mais pobres as que apresentam uma fecundidade mais elevada” (Camarano, 1997).

A mortalidade infantil no país, de 39 óbitos por mil nascimentos, obteve decréscimos significativos nos últimos 15 anos, embora ainda continue alta em comparação a outros países desenvolvidos e apresentando diferenças regionais significativas de 25/1000 para a região sul e 74/1000 para a região nordeste do país.

A taxa de alfabetização para o país é de 84.46% da população com mais de 15 anos, sendo que o sul e sudeste ultrapassam os 90% e o nordeste fica em 60.5%. 85.1% dos domicílios apresentam abastecimento adequado de água e

54.8% do país apresenta esgotamento sanitário adequado (o sudeste com 79.95% e a região nordeste com 32.51%).

Quanto ao acesso à informação no país, a difusão dos meios de comunicação encontra-se como um fenômeno generalizado em todas as regiões. A importância da televisão como veiculador de padrões culturais homogeneizadores, de novos costumes e atitudes é amplamente reconhecida apesar da existência de grande parcela da população com baixa instrução. São altas as proporções de moradores que tem televisão em seus domicílios. Para o Brasil como um todo, esta proporção é de 80,3%, chegando a 90% na região Sudeste. Na região Nordeste, esta proporção é menor (62%), o que está associada as condições sociais mais precárias na região (Celso e Cardoso, 1997).

da população total (50.088.447). Em 1970 o país contava com 18,5 milhões de jovens de 15-24 anos, e em 1998 este segmento da população chegou a 32 milhões. Este aumento populacional ocorrido nas últimas 3 décadas resulta de uma transformação na estrutura etária da população brasileira em função da queda da fecundidade, do crescente declínio da mortalidade infantil e da expectativa de vida ao nascer. Esse processo vem acentuando dois fenômenos: o envelhecimento da população e a “*onda jovem*”. A onda jovem tem se caracterizado como um aumento no volume das faixas etárias de 10 a 24 anos no período seguinte, em decorrência da queda da mortalidade infantil e das taxas de fecundidade.⁶

Na tabela 3, temos a evolução, a variação relativa e as taxas de crescimento da população jovem, na faixa etária de 15 a 24 anos. Observa-se

Tabela 3 - População brasileira de 15 a 24 anos de idade (1940 – 1996)

Anos Censitários	População de 15 a 24 Anos	Variação		Participação (1)	Taxa de Crescimento (%)
		Nº Absoluto	(%)		
1940	8246733	-	-	20,05	-
1950	10489368	2426352	27,19	20,26	2,43
1960	13413413	2924048	27,88	19,17	2,49
1970	18539088	5125672	38,21	19,94	3,29
1980	25089191	6550103	35,33	21,11	3,07
1991	28582350	3493159	13,92	19,47	1,19
1996	31088484	2506134	8,77	19,84	1,72

Fonte: IBGE, Censos demográficos. No que se refere a composição rural/urbana, os dados da Contagem Populacional de 1996, mostram que 79%, dos jovens na faixa etária de 15 a 19 anos, e 78% nas faixas de 20-24 anos residem em área urbana.

2.2 - JOVENS

2.2.1 Dados demográficos

A população jovem brasileira, indivíduos de 10-24 anos de idade, representa quase um terço

que, em termos relativos, a população nessa faixa etária vem sofrendo uma desaceleração, muito embora estaremos convivendo com ondas suces-

⁶ Oliveira et alii (1998).

sivas de expansão absoluta, nesse segmento etário.⁷

Estimativas recentes realizadas pelo Instituto de Pesquisas Econômicas (IPEA), órgão vinculado ao Ministério da Fazenda, mostra que o crescimento na faixa etária de 10 a 14 anos, no período de 1993-2000, mantém-se relativamente estável, sendo que nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24, estima-se um crescimento, em termos absolutos, acentuando o volume da “onda jovem” nesses segmentos etários. É importante ressaltar que esse aumento de volume tem implicações no campo das políticas sociais, principalmente porque essa mudança se dá em uma conjuntura marcada por ajustes estruturais com severas repercussões no campo do mercado de trabalho, com o aumento do desemprego e do trabalho informal, penalizando um número significativo de jovens.

Outro aspecto importante é que 80,5% da população reside em áreas urbanas (134.191.508 hab.), destes 29,4% são jovens que se encontram nas faixas entre 10 a 24 anos. O número de jovens residentes na área rural, nas mesmas faixas etárias, representa 31,6% da população rural total. Como há um contingente populacional expressivo nas faixas etárias anteriores (26,5% entre 0 – 9 anos), é de se supor uma expansão no volume da “onda jovem” no meio rural, ou por outro lado uma diminuição resultante de processos migratórios rural/urbano, aumentando ainda mais o volume da onda nas áreas urbanas e regiões metropolitanas.

Em relação a composição por sexo observa-se uma discreta preponderância de mulheres em relação aos homens. A literatura ressalta que essa diferença em favor das mulheres explica-se em razão dos homens apresentarem maiores riscos a saúde, resultando em aumento da mortalidade nesse grupo por causas externas associadas a

diferentes tipos de violência, na faixa etária de 10 a 24 anos.⁸

2.2.2 *Escolaridade*

Em relação a escolaridade da população jovem, observa-se que nos últimos dez anos os investimentos na área de educação tem apontado para uma melhora dos indicadores, mas há ainda acentuadas desigualdades em relação aos segmentos de menor poder aquisitivo e que se encontram em situação de pobreza. Nesse segmento, as taxas de analfabetismo e de abandono nas primeiras séries do ensino fundamental são elevadas.

Em termos de distribuição regional, o Nordeste concentra as maiores taxas de analfabetismo e as menores taxas de alfabetização. Essa região responde por 53,4% dos analfabetos funcionais do país e concentra as maiores taxas de jovens analfabetos com 79,6% (na faixa etária de 10 – 14 anos), 76,5% (na faixa etária de 15 a 19 anos) e 70,1% (na faixa etária de 20 a 24 anos).

Os diferenciais em relação ao gênero e renda são importantes para dimensionar o impacto atual da educação no segmento da população jovem brasileira. Neste sentido, as mulheres encontram-se em situação favorável, em comparação aos homens. Os dados mostram que as mulheres nas faixas etárias jovens, entre 10 a 24 anos, vem obtendo melhores índices não apenas em relação ao número de estudantes, mas em relação a alfabetização e crescimento da participação de mulheres no ensino superior, além de apresentarem as menores taxas de abandono em relação ao ensino fundamental.⁹

Quanto a distribuição de renda, os jovens que pertencem a famílias com renda inferior a um salário mínimo, encontram-se em desvantagem em termos das oportunidades de ascensão

⁷ Oliveira et alii, id.

⁸ Baeninger (1998).

⁹ Sabóia (1998).

social. Os jovens entre 15 e 24 anos de famílias de até ½ salário mínimo per capita, que frequentam escolas é inferior em todas as regiões, quando comparados aos jovens de famílias com renda per capita superior a 2 salários mínimos. Em geral, os jovens de famílias em situação de pobreza começam a trabalhar mais cedo para aumentar a composição da renda familiar e, frequentemente, abandonam a escola ainda em sua fase de formação no ensino fundamental.

2.3 - SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS

Para o Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (DHS) de 1996, apontou que a idade mediana para a primeira relação sexual era de 19,5 para as mulheres e de 16,7 para os homens, ou seja, 2,8 anos mais cedo do que as mulheres. Para o casamento, a situação é oposta onde no caso masculino, existe um intervalo médio de aproximadamente seis anos ou mais entre a idade mediana de início das relações sexuais e sua primeira união conjugal e entre as mulheres esse período é inferior a dois anos na média.

Dados recentes de um estudo do Ministério da Saúde de 1999, realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), sobre o comportamento sexual do brasileiro mostra que a população está iniciando sua vida sexual cada vez mais cedo. Nesta pesquisa de amostragem nacional para pessoas de 15-65 anos, 47% dos homens relataram haver iniciado sua atividade sexual antes dos 15 anos comparando com 35% em 1984; entre as mulheres 32% das adolescentes de 15 anos já haviam iniciado sua atividade sexual comparado com 14% em 1984.¹⁰

Segundo o DATASUS, 24% dos partos realizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1997 foram de adolescentes, sendo também importante o número de curetagens

pós-abortamento realizadas em meninas na faixa de 15-19 anos. Essa proporção (partos de adolescentes/total de partos pagos pelo SUS) vem apresentando tendência de crescimento desde 1993, atingindo em 1997 um total de 695.222 partos realizados em meninas de 10-19 anos.

Dados do Ministério da Saúde de 1996 mostram que 49,1% dos filhos de mães adolescentes não são desejados, havendo uma relação inversa entre escolaridade e incidência de gravidez na adolescência. Os dados apontam também para o fato de que os jovens tem pouco acesso aos serviços de saúde reprodutiva e sexual que incluem a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis com segurança de confidencialidade e privacidade, bem como a oferta dos vários métodos contraceptivos (COSAM,1996). O aconselhamento está raramente disponível na maioria dos serviços e as clínicas de planejamento familiar e quando existe são muitas vezes restritos a mulheres casadas ou a casais. Mesmo quando os profissionais de saúde estão dispostos a atendê-los, os jovens se sentem com vergonha de falar abertamente, ou se preocupam com a relação de confidencialidade por parte do profissional.

Quanto às taxas de fecundidade na população adolescente, podemos verificar pelos dados apresentados na tabela 4 que há uma tendência crescente dessas taxas nos três grupos etários considerados (10-14, 15-19 e 20-24). Essa é uma constatação importante, pois é sabido que o índice de natalidade e de fecundidade geral no país está em declínio, enquanto na população jovem está aumentando. Essa tendência crescente nas taxas de fecundidade é bem mais marcante justamente nos grupos de menor idade, de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, enquanto nas jovens de 20 a 24 anos o aumento verificado foi menor, apresentando uma certa estabilidade nos últimos anos, de 1995 a 1997. Este comportamento é mais acentuado entre as mulheres jovens de baixa renda. A diferenciação etária da fecundidade é um indicador

¹⁰ CEBRAP (1999).

Tabela 4 - Número de nascidos vivos (NV) e taxas de fecundidade específicas por idade, por mil mulheres (CF), em cada grupo etário. Brasil, 1994-1997

Faixa Etária	1994		1995		1996		1997	
	NV	CF	NV	CF	NV	CF	NV	CF
10 a 14	17628	2,0	21304	2,5	24846	2,9	26823	3,2
15 a 19	490716	62,2	581738	70,4	627587	72,3	667176	79,3
20 a 24	774744	108,2	862692	122,3	885974	122,0	920771	123,3

Fonte: DATASUS/MS,1999.

Tabela 5 - Número de abortos registrados e taxa de aborto por mil mulheres (CI), em cada grupo etário. Brasil, 1994-1997

Faixa Etária	1994		1995		1996		1997	
	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI	Nº	CI
10 a 14	3216	0,4	3028	0,4	2922	0,3	3103	0,4
15 a 19	59516	7,5	56185	6,8	50973	6,1	50637	6,0
20 a 24	167408	23,4	144535	20,5	130894	18,0	126618	17,0

Fonte: DATASUS/MS,1999.

determinante do crescimento populacional, já que expressa o ciclo reprodutivo mais longo e um contingente maior de mulheres (Camarano, 1997).

A gravidez na adolescência, muitas vezes indesejada, também, traz como consequência a realização de aborto. Os dados apresentados na tabela 5 mostram os coeficientes de incidência de aborto em cada faixa etária. Ao contrário do encontrado para as taxas de fecundidade, as taxas de aborto na população adolescente têm apresentado um declínio ao longo dos últimos anos, menos evidente na faixa de 10 a 14 anos.

2.3.1 HIV/AIDS e outras DST

Dados do Programa Nacional de DST/AIDS (doenças sexualmente transmissíveis e AIDS) revelam que até 28 de agosto de 1999 o

Brasil registrou 170.073 casos de AIDS acumulados desde 1980.¹¹ O grupo etário mais atingido desde o início da epidemia no país tem sido o de 25-39 anos chegando a 71% do total de casos em 1997. Dados de 1999 mostram que a mesma faixa etária representa 59.7% dos casos e que esse percentual se mostra muito próximo aos 56% dos casos representados pelas faixas etárias dos jovens de 15-34 anos. Dado o período de incubação do vírus da AIDS, verificamos que no Brasil os jovens na sua grande maioria estão se infectando entre os 15 e 25 anos de idade. Informações de estudos de prevalência e vigilância de HIV e sífilis são apresentados na tabela 6 (nacional).

¹¹ Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico Junho-Agosto de 1999.

Tabela 6 - Estudos de prevalência nacional de HIV e DST (1996-1998)

Pop. Alvo e DST Estudada	Tipos de Estudo	Ano	Prevalência
Prevalência de sífilis em conscritos do exército (homens com 18 anos de idade)	Estudo de soroprevalência em populações selecionadas	1996	0,53%
Prevalência de HIV em conscritos do exército (homens com 18 anos de idade)	Estudo de soroprevalência em populações selecionadas	1996	0,5%
Prevalência de sífilis em parturientes (>13 yr.)	Estudo e soroprevalência em maternidades selecionadas	1998	4,0%
Prevalência de HIV em pacientes de clínica de DST (20-24 anos de idade)	Soroprevalência do HIV. Estudo sentinela em clínicas de DST	1997	4,0%
Prevalência de HIV em parturientes de 20 - 24 anos	Estudo sentinela em maternidades selecionadas	1997	1,8%
Prevalência de HIV em pacientes de 20-24 anos em hospitais de emergência	Estudo sentinela em hospitais de emergência selecionados	1997	3,4% -4,1%

Fonte: Coordenação Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde, 1998.

2.3.2 Preservativos

Ressaltando a pesquisa recente realizada para o Ministério da Saúde pelo CEBRAP em 1999, apontamos para alguns dados relevantes sobre o comportamento sexual da população brasileira onde 79% da população estudada declarou-se sexualmente ativos no último ano (homens: 87% e mulheres: 72%). Especificamente entre os jovens de 16 a 25 anos, 66% foram sexualmente ativos nos últimos doze meses (homens:71% e mulheres: 62%). Na faixa etária de 26 a 40, 89% foram sexualmente ativos (homens: 94% e mulheres: 84%).

Dos jovens de ambos os sexos, de 16 a 25 anos sexualmente ativos nos últimos 12 meses, 44% relataram o uso de preservativo. Comparando a outros países, é um percentual superior

ao observado no Chile¹² onde, para o mesmo período, 36% usavam preservativos. Para as mulheres a percentagem foi igual a 35%, bem maior do que a observada nos EEUU¹³ de 22%. O preservativo na primeira relação sexual foi observado em 48% da população estudada, valor que chegou a 57% nos estratos sócio-econômicos mais altos e a 71% para aquelas com maior nível de instrução. Neste sentido, os dados encontrados para o Brasil se situam no nível de países mais desenvolvidos como Alemanha (57%), Canadá (58%), EEUU (51%), França (77%), Itália (52%), Inglaterra (68%). Comparando-se

¹² Chile. Ministerio De Salud. Comisión Nacional Del Sida.

¹³ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997).

com alguns países em desenvolvimento, o México apresentou 43%, Singapura 29% e Tailândia 23%.¹⁴

Para um panorama das pesquisas realizadas sobre o uso de preservativo, vide Tabela 7.

2.3.3 Fatores culturais e o papel da mídia

Verificamos que no Brasil o jovem recebe mensagens confusas no seu cotidiano. É comum que jovens enfrentem valores duplos e incoerentes como a valorização da postergação da iniciação sexual e virgindade para as meninas e da experiência sexual precoce para os meninos.

Confrontam diariamente imagens e modelos na mídia que estimulam e promovem a atividade sexual, o uso do cigarro e da bebida alcoólica como comportamentos desejados pela sociedade e livres de risco. Por outro lado enfrentam as orientações dos pais e educadores sobre os riscos do uso das drogas, da bebida e do cigarro e principalmente do sexo desprotegido em relação a doenças e a gravidez não desejada. Os jovens no Brasil encontram-se expostos a uma imensidão de propagandas, filmes e programas de televisão que usam o apelo sexual para vender produtos e idéias conflitantes.

Por outro lado existem veículos específicos de “mídia jovem” que tendem a apresentar temáticas relevantes para a formação do jovem e adolescente abordando temas como: educação, o protagonismo juvenil, cultura, direitos e justiça, saúde, sexualidade, AIDS e DST, drogas e violência.

A Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI) vem desenvolvendo a pesquisa “Os Jovens na Mídia” há 3 anos, sendo que no último período em parceria com o UNICEF, UNESCO e Instituto Aírton Senna. Esta iniciativa procura retratar a atuação quantitativa dos veículos voltados para os jovens, como suplementos, páginas de jornais e revistas. O total de veículos analisados

na 6ª edição (nov. 98-abril 99) foi de 25, com 4154 inserções de temas considerados de “Relevância Social” computados numa média de 692/mês. A pesquisa mostra que o tratamento de questões relacionadas à sexualidade encontra seu maior reduto nas revistas que têm as garotas de 13-18 anos como seu principal público alvo, onde também se registrou um crescimento de 19,1% no índice percentual temático em relação à pesquisa do período anterior. Dentre as matérias publicadas destacam-se também as colunas regulares de especialistas que respondem perguntas diversas.

Outra pesquisa recente da CPM Market Research também mostra que a responsabilidade da mídia direcionada ao jovem em relação ao tema sexualidade tende a aumentar. A pesquisa realizada com 240 jovens de 15-24 anos das classes A e B da cidade de São Paulo, coloca os “artigos em revista” (76%) e os programas de televisão (63%) como segundo e terceiros lugares entre as fontes para tirar dúvidas sobre sexo, atrás apenas do “conversas com amigos” (90%). Perderam para a TV, “conversa com os pais” (50%) e “conversa com adultos” (47%), “orientação fornecida pela escola” (25%) e “livros especializados” (22%).¹⁵

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 - DIREITOS E POLÍTICAS

A juventude brasileira emerge como problema de governo nos anos 80, e passa a ser objeto de ações de políticas públicas a partir da segunda metade dos anos 80 e início dos 90, quando ganham importância e visibilidade na agenda de governo temas relacionados a população jovem. Em geral, as políticas públicas para a população jovem podem ser definidas como respostas (*outputs*), “que expressam o proces-

¹⁴ CDC (1997).

¹⁵ ANDI (1999).

Tabela 7 - Uso do preservativo como principal forma de prevenção às DST/AIDS entre jovens brasileiros, segundo tipo de pesquisa selecionada

Pop. Alvo e Grupo Etário	Amostra	Resultado em (%)	Tipo de Estudo	Ano	Instituição
Jovens conscritos (exército) 17 a 19 anos	N=30.318	Parceiro fixo 41,6% Parceiro casual 54,2% Parceiro pago 69,1% Parceiro pagante 57,3%	Estudo transversal de tipo KAP, em jovens do sexo masculino que se alistam para o serviço militar obrigatório	1997	Ministério da Saúde
Adolescentes e jovens - 15 a 24 anos	n=5621 f=2049 m=734	Uso na última relação sexual 21% 59%	Pesquisa domiciliar em sub-amostra da PNAD, em amostra probabilística em dois estágios	1996	BENFAM
Trabalhadores da indústria filiadas ao SESI - jovens 15 a 19 anos	n=4.893	41,4%	Estudo transversal de tipo KAP, em amostra probabilística por conglomerado da população de trabalhadores de empresas filiadas ao SESI	1997	SESI - NACIONAL "DST/AIDS, conhecimentos atitudes e práticas nas empresas trabalhadas pelo SESI"
Jovens de 16 a 25 anos que compõem a amostra	N=3.600	44,4%	Estudo domiciliar em amostra probabilística da população em quatro estágios sobre "Comportamento sexual da População Brasileira"	1999	CEPRAB/MS "Comportamento sexual da população brasileira"
Jovens trabalhadores faixa etária entre 16 e 24 anos sete capitais brasileiras)	N=3.644	41,0%	Pesquisa realizada em sete capitais brasileiras em amostra probabilística simples	1996	DATAFOLHA/MS "Faça amor com amor. AIDS não".

samento, pelo sistema político, de entradas (*inputs*), que correspondem a demandas originadas no interior do próprio sistema político”.¹⁶ Assim, pode-se afirmar com certa margem de segurança, que os sistemas políticos pouco competitivos condensam, com regularidade, processos de tomada de decisões e posições estratégicas a partir de alianças no interior do próprio Estado, onde se colocam em disputa o controle pelos recursos públicos.

Com isso não se quer afirmar que a agenda social de governos anteriores não deram à atenção devida às questões e demandas sociais dos jovens. É bem verdade que, nos anos 30, na gestão Vargas, o estado cria o Departamento Nacional da Criança, com vistas a dar proteção à maternidade, à infância e a adolescência e estende a todo o país uma rede de serviços de saúde dirigido a essa população¹⁷, sob a coordenação centralizada do Departamento Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde. Em relação aos jovens em situação de risco social, são aperfeiçoados os instrumentos legais do Código de Menores de 1927 e constitui-se a assistência aos “*menores que praticam atos anti-sociais*” através da internação em estabelecimentos específicos, privados ou públicos. Os atos anti-sociais são definidos segundo o referencial do *desvio ou deficiência moral*. Em 1941 é criado o Serviço de Assistência a Menores. Toda essa política e arcabouço jurídico-institucional têm origem no interior do aparelho do Estado e opera com autonomia relativa frente as classes e frações de classes, legitimando o controle, a disciplina e a normalização sobre as *classes perigosas* e a *família proletária*, em primeiro lugar. Em segundo lugar, difunde-se a ideologia da cidadania regulada pelo Estado.

Em síntese, o período que corresponde a centralização, em oposição a fragmentação do

sistema político oligárquico, não dá visibilidade as questões e problemas relacionados com a juventude. As demandas desse setor só vão adquirir importância na agenda política, no período de reformas sociais dos anos 60, quando setores das classes médias urbanas demandam efetividade nas políticas públicas de educação e saúde. No entanto, é importante ressaltar que a centralidade da questão da juventude, como um problema de governo, só vai ocupar a agenda das políticas públicas nos anos 80.

A década de 70, em relação as políticas de saúde, confirma a hegemonia do setor de assistência em detrimento das ações de prevenção. Essa hegemonia é formada pelo bloco de empresários da área hospitalar, pelas cooperativas e seguros de saúde, representando o setor privado da assistência médica, o bloco constituído pelo setor do complexo médico-industrial representados pela indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e o bloco formado pela burocracia estatal, representado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Saúde. A correlação de forças dessa coalizão política sofrerá sua maior derrota, quando a crise do setor previdenciário se instala de forma crônica e prolongada, tendo como causas principais: 1) agentes macroeconômicos, como altas taxas de inflação e desemprego; 2) o alto custo da assistência médica; 3) envelhecimento da população e 4) crise administrativa e corrupção. O modelo de atenção em vigor era seletivo e sua cobertura abrangia apenas os setores do mercado formal de trabalho contribuintes do sistema previdenciário. Todos aqueles que se encontravam fora do mercado formal, tinham como alternativa os precários serviços da rede pública de saúde.

A transição desse modelo centralizado e seletivo de atenção a saúde, começa a ser colocada em prática no final dos anos 70, quando as forças que dão sustentação políticas ao regime

¹⁶ Rua (1998).

¹⁷ Schwartzman (1983).

começam a ser questionadas e inicia-se o processo de democratização gradual do governo militar. São importantes destacar dois movimentos simultâneos: 1) iniciativas de reforma da previdência social como do Conselho Nacional de Assistência a Saúde e Previdência (CONASP) e 2) implantação gradativa do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). Esse processo tem como objetivo a ampliação e extensão da cobertura assistencial à população e a criação de programas verticais dirigido à populações específicas (crianças e adolescentes, saúde da mulher e saúde mental, por exemplo), como forma de reter as pressões dos movimentos sociais urbanos.

A passagem de um modelo de atenção centralizado e seletivo para um modelo descentralizado e universal, não rompe com o *ethos* conservador das políticas de bem-estar-social, no Brasil. A transição será descontínua e, portanto, apresentará retrocessos em relação a formulação original no que concerne a: universalidade, integralidade, descentralização e resolubilidade.

Para efeito de análise dois fatores contribuem para esse processo: a Reforma Constitucional de 88 e as mudanças no cenário demográfico, com o surgimento da “onda jovem”. Nesse contexto, no plano jurídico institucional, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica da Saúde, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB).

A Carta Magna Brasileira de 1988, no Artigo 227 determina que a proteção integral à criança e ao adolescente é dever do Estado, família e da sociedade. Em 1990, o Brasil assumiu compromisso durante a Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas, de realizar um re-ordenamento jurídico e institucional para assegurar à infância e à adolescência *os direitos à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à*

participação. No mesmo ano, a Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e Adolescente/ECA foi promulgada. O ECA instituiu o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), com um sistema articulado e descentralizado de atendimento, defesa e promoção dos direitos dos adolescentes e jovens (12-18 anos), hoje substanciados pelos Conselhos Estaduais e Conselhos Tutelares. O Programa Nacional dos Direitos Humanos, conjunto de propostas para a ação governamental a curto, médio e longo prazo, referente ao compromisso do Governo com a prática de proteção dos direitos fundamentais da pessoa, conforme acordado na Convenção de Viena. Os direitos da criança e adolescente estão inseridos na Política Pública de Direitos Humanos, contemplada nesse plano, onde estabelecem um pacto de Governo e sociedade para a promoção dos direitos humanos e do exercício da democracia plena (Departamento da Criança e do Adolescente, 1996, 1997).

3.2 - PROGRAMAS E POLÍTICAS

Esse conjunto de procedimentos normativos constitui as referências dos programas e ações de governo dirigido à população jovem e sua elaboração e aprovação contou com a participação de setores da sociedade civil. No que se refere a “onda jovem” destacam-se as resoluções das Conferências do Cairo e de Beijing.

É nessa década e início dos anos 90, que aumentam tanto as demandas como as ofertas no plano das políticas sociais. O foco central passa a ser a violência urbana, o desemprego e a gravidez precoce, bem como as situações de risco social emergentes, como o aumento de casos de AIDS entre adolescentes e adultos jovens, a violência doméstica e sexual.

A Secretaria da Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social -

MPAS tem como objetivo “formular políticas de proteção social aos segmentos da população vulnerabilizadas pela pobreza e exclusão” onde se inserem jovens de 15-24 anos (MPAS/SAS, 1997). A Previdência Social assegura recursos para habilitação e reabilitação profissional e social, bem como concessão de órteses e próteses, enquanto a Assistência Social assegura a reabilitação e a integração à vida comunitária da pessoa portadora de deficiência (Sec. Assistência Social, 1997).

O descompasso e sobreposição das propostas das políticas sociais dirigidas aos jovens, refletem o padrão conservador das políticas de bem-estar social do Estado brasileiro.

No Brasil, a ação estatal na área social não emerge como consequência direta das demandas das classes subalternas, que surgem com o processo de industrialização e urbanização, mas como resultante de uma cultura política que se sustenta em base à coalizões conservadoras, calcadas em alianças estratégicas entre os setores representados pela elite industrial, as camadas médias urbanas e os setores vinculados a economia agro-exportadora.

Esse padrão conservador das elites encontra-se expresso nas ações e concepções das instituições responsáveis pela execução e formulação de políticas públicas. As mudanças pela Reforma do Estado preconizadas, na década de 80, alteraram a forma mas não o conteúdo dessas alianças. O Estado torna-se mais permeável às demandas da sociedade, abre-se à participação de setores sociais que durante anos permaneceram excluídos dos bens públicos, assume a regulação das políticas sociais como uma atribuição gerencial e conduz a mediação dos conflitos de interesses em torno aos recursos públicos. Essa democratização do processo não se fez acompanhar de fato por uma ruptura com o passado patrimonialista e conservador da ordem política calcada no *benefício privado*

como princípio e motivação para a prática de *vícios públicos*.¹⁸

A instabilidade do processo político e o padrão conservador das políticas de bem-estar social criaram um clivagem em torno as demandas sociais, onde o processo de elaboração e implementação esbarram nos interesses e disputas no interior do próprio Estado, não alcançando muitas vezes a clientela a que se destina. Essa situação é evidenciada, no caso das políticas dirigidas aos jovens, no grande número de ações e programas governamentais, muitos destes desarticulados nas diferentes esferas de governo, sobrepostos uns aos outros sem que haja mecanismos efetivos de coordenação, monitoramento e avaliação.

A tentativa de conduzir um processo de coordenação e monitoramento da ação governamental mais eficaz foi implementada em 1996 com a criação do Programa Comunidade Solidária. Atuando como multi-agência e estabelecendo interface entre o governo e a sociedade, na busca de soluções técnicas e políticas, considerando a criança e o adolescente como grupo prioritário, contudo o programa não alcançou o resultado desejado. É importante enfatizar que grande parte das ações e programas dirigidos aos jovens integram a agenda do Comunidade Solidária, com ênfase para o combate a pobreza, eliminação do trabalho infantil, alfabetização, o programa de renda mínima, assistência à saúde e direitos humanos. (Programa Comunidade Solidária, 1997). Os resultados esperados no fortalecimento comunitário, identificação de lideranças locais e na formação de profissionais sensibilizados ainda são parciais e de alcance limitados.

3.2.1 Saúde e educação

Ao falarmos sobre o tema do jovem e sua sexualidade no contexto de políticas públicas,

¹⁸ Vianna (1991).

devemos fazer o vínculo direto ao campo da educação e da saúde reprodutiva. A década de 60 é apontada por Arilha e Calazans (1998) como o início de um período favorável à implantação de experiências de educação sexual no Brasil, tendo como oposição principal o período de fechamento político iniciado em 1964, caracterizado por um processo de “moralização e de puritanização dos discursos”, especialmente em relação à juventude. A retomada do debate sobre a educação sexual é apontada a partir de 1978 pelas autoras. Bruschini (1986), por sua vez, propôs a reivindicação por parte dos movimentos feministas do final dos anos 70 como fator determinante para o avanço do debate sobre a sexualidade. Como resposta vemos o estabelecimento de programas de maior destaque para a área de saúde sexual e reprodutiva, entre estes o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983, representando oficialmente o direito da mulher a exercer sua sexualidade e vida reprodutiva por meio de seu próprio controle e determinação de cuidado, e o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, criado em 1985 e implementado a partir de 1987, em resposta ao impacto epidemiológico e social da epidemia no país, diretamente relacionado ao exercício da sexualidade pela população.

Considerando outros programas e políticas em âmbito nacional, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) foi oficializado no Brasil em outubro de 1988, sendo posterior as ações locais desenvolvidas e tendo como pioneiro o Estado de São Paulo. Atualmente inserido na estrutura da secretaria de Projetos Especiais do Ministério da Saúde, sob a responsabilidade do Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (SASAD), da Coordenação Materno Infantil. As atividades básicas do programa foram estabelecidas para estimular e apoiar a implantação dos programas estaduais e municipais para asse-

gurar o atendimento adequado ao adolescente, preservando as peculiaridades regionais. O PROSAD objetiva promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo de desenvolvimento saudável, para reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais; incluindo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde escolar adolescente, prevenção de acidentes, abordagem da violência e maus tratos, trabalho, cultura, esporte e lazer. As bases de ação do PROSAD estabelecem que o “Programa Saúde do Adolescente” deverá ser executado dentro do princípio da integralidade, da multidisciplinariedade e integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme explicitado na Constituição Brasileira.¹⁹

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080 de 19 de set. de 1990, elaborada para cumprir o comando constitucional de que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e para viabilizar os mecanismos necessários para garantir as políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, dispõe sobre a execução do SUS.²⁰ As ações e serviços de saúde executados pelo Sistema Único de Saúde, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. A direção do SUS é exercida no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde e no âmbito dos estados, do Distrito Federal, e dos municípios, pelas respectivas secretarias de saúde estadual ou municipal ou órgão equivalente.

¹⁹ Programa de Saúde do Adolescente (1996).

²⁰ Assessoria de Comunicação Social. MS, Brasília, 1991.

A Lei Orgânica da Saúde explicita que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto, as ações e serviços de saúde que lhes correspondam.

Por outro lado, até 1996 a possibilidade formal de educação sexual nas escolas se dava através do tópico de Educação para a Saúde nas áreas de Ciências e Biologia. Em 1996 se deu a elaboração e aprovação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) com um tópico especial de orientação sexual²¹ a ser tratado como “tema transversal”, onde a inserção de informações científicas atualizadas sobre saúde sexual e reprodutiva pode ser feita em qualquer área de estudos ou matéria escolar dentro de uma visão integral que deverá refletir o interesse do aluno(a), seus sentimentos, questionamentos e necessidades (SEF/MEC, 1996).

Como ação complementar ao Ministério da Educação (MEC), a Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde trabalha com o “Projeto Escola” de prevenção do uso indevido de drogas, com vistas a redução da transmissão sanguínea e sexual do HIV em 10 Estados considerados prioritários. Fica claro pelo projeto a linha de apoio à promoção de ações em escolas públicas de primeiro e segundo graus, com a participação aproximada de 1.375 escolas, 3.815 professores e 32.544 alunos, que através de metodologia participativa, tornam-se multiplicadores de informação no seu “peer group”, ampliando as ações dentro da população escolar. A abordagem de prevenção do uso de drogas e das DST é efetuada por um modelo que facilita a discussão de temas como a sexualidade, a vida,

²¹ O termo *orientação sexual* aqui se refere a educação sexual – ação realizada pela escola, família, ou serviços de saúde cujo objeto é a preparação para uma vida sexual mais prazerosa, sadia, e segura. (Sexualidade, Prevenção das DSTs/Aids e uso Indevido de Drogas - Diretrizes para o Trabalho com Crianças e Adolescentes. MS, 1999.)

a alegria e o prazer com um enfoque de aproximação aos problemas que surgem pela falta de informação, crenças, fantasias, situações reais de risco vivenciadas pelos jovens e a carência de insumos para a prevenção e proteção.

3.3 - FINANCIAMENTO E GASTOS

O descompasso em relação aos programas dirigidos à população jovem pode ser evidenciado no gasto social do governo, em que pese os avanços na esfera federal e as experiências de Orçamento Participativo das gestões populares e democráticas. O gasto público na área social representa 20,9% do Produto Interno Bruto (PIB), sendo que os Estados e os Municípios aplicam cerca de 47,2% e 28% respectivamente, com maior descentralização dos recursos nas áreas de educação e cultura. O quadro a seguir mostra a distribuição do gasto social por origem dos recursos em (%) do PIB.

Quadro 1 - Brasil. Gasto social consolidado por origem de recursos em % do produto interno bruto (PIB), 1998

Habitação	1,11%
Saúde	3,36%
Educação e cultura	4,33%
Previdência Social	5,44%
Benefícios c/ servidores	4,71%
Outros	1,99%
Total	20,94%

Fonte: IPEA/SIAFI/SIDOR.

Em relação ao gasto social desagregado para população de jovens, entre 10 e 24 anos, verifica-se que: 1) em relação ao gasto total na

área da saúde predominam aqueles com assistência médica hospitalar (faixa etária 14 a 24 anos), que representam 13,5% (cerca de 256,4 milhões de dólares); 2) o gasto social na área da educação atinge 20% no ensino fundamental (147,8 milhões de dólares) e 80% no ensino médio (228,0 milhões de dólares); 3) no caso do gasto com o seguro desemprego e o Plano Nacional de Educação Profissional (PLANFOR), foram estimados em aproximadamente 26% (450,0 milhões de dólares) os recursos destinados em 1996 ao segmento da população de 15-24 anos (IPEA,1998).

4. FONTES DE APOIO

Nesta seção será apresentado de forma breve o panorama das pesquisas, programas e intervenções que tem focalizado a saúde sexual e reprodutiva do jovens no Brasil.

4.1 - PRODUÇÃO CIENTÍFICA E ACADÊMICA

Revisando a bibliografia acadêmica pertinente a sexualidade de jovens – principalmente no que se refere a última década – notamos que a sua tematização está, quase sempre relacionada a Saúde Reprodutiva e às DST/AIDS. Em geral a sexualidade é abordada no intuito de se identificar estratégias para promover o bem estar dos sujeitos, para promover a saúde. Verificamos o uso de uma perspectiva instrumental, ou seja a de entender a realidade dos jovens em relação a sexualidade para possibilitar subsídios para as políticas públicas e na construção de instrumentos para o uso em estratégias de prevenção. Fato que está correlacionado a própria formação dos pesquisadores, sobretudo psicólogos, educadores e médicos. Contudo, mesmo os de formação antropológica e sociológica têm, em geral, as suas perspectivas dirigidas por uma abordagem mais aplicativa.

Além da formação dos pesquisadores, outra variável que influencia o modo de conduzir investigações sobre a sexualidade dos jovens brasileiros, é a ligação deste campo com a educação. Vale ressaltar que a arena escolar é uma das instâncias privilegiadas para a socialização dos jovens. Juntamente com a família, cabe a escola informar e formar os futuros cidadãos; idealmente contribuir para tornar os jovens não apenas adultos, mas adultos moralmente íntegros.

No caso brasileiro uma das instâncias que tradicionalmente tem sido regida pelos diversos discursos moralizantes é a sexualidade. Assim, o debate sobre a quem cabe informar aos jovens (e conseqüentemente gerir e regular) a respeito da sua sexualidade, e as implicações de oferecer ao jovem saberes sobre tal temática, data da primeira década deste século. Tal debate tem sido atravessado por determinantes sócio-culturais e instituições de diversas ordens – como as ingerências da Igreja Católica e sua moral conservadora, o discurso médico e as mudanças no próprio Estado, instituição reguladora do ensino no país²²; além de fenômenos que surgem de outros âmbitos da realidade, como o crescimento populacional e a epidemia da AIDS e que têm implicações na vida sexual dos sujeitos. Estes determinantes fazem com que o trato da temática e os desenvolvimentos teóricos e científicos na compreensão dos fenômenos correlacionados a sexualidade, bem como o retorno dos resultados alcançados para o meio social mais abrangente, sejam marcados por avanços, recuos e estagnações.

Para exemplificar, tomamos como marco referencial para uma rápida recuperação histórica a década de 60, onde vemos o início de um favorável período para experiências de educação sexual no Brasil, com inúmeras iniciativas em escolas públicas, sobretudo em São Paulo. Se

²² Cf. Parker (1991).

até então a principal resistência a inclusão da Educação Sexual nas escolas vinha da Igreja Católica, neste momento, a oposição vem como consequência do período de fechamento político iniciado com o golpe militar de 1964. O forte processo de moralização e de puritanização dos discursos, em todos os campos, é bastante reforçado no que tange à juventude e toma maior vulto nos últimos anos da década de 60 e início da década de 70. O Ato institucional n.º 5, além de instituir a censura prévia à publicação de livros e jornais no país, estipulou que caberia aos poderes públicos a tarefa de assegurar a proteção dos valores éticos necessários à boa formação moral da juventude brasileira.

Some-se ainda o parecer da Comissão Nacional de Moral e Civismo, contrário ao projeto de lei que propôs a inclusão obrigatória de Educação Sexual nos currículos de ensino primário e secundário, contribuindo para que as experiências de educação sexual nas escolas se extinguissem ou se mantivessem desconhecidas, temendo represálias. (Arihla e Calazans, 1998).

Em 1978 tem reinício o debate sobre Educação Sexual. Os fatores determinantes desta retomada são apontados por Bruschini (apud. Arihla e Calazans;1998:696) como sendo:

“1) reivindicação por parte de movimentos feministas, que tinham como pressuposto que o debate sobre a sexualidade favoreceria processos emancipatórios das mulheres; 2) crença na educação sexual como instrumento para redução do crescimento demográfico; 3) processo de abertura política que caracterizou-se culturalmente por uma certa liberalização de costumes forte mente incentivados pelos meios de comunicação.”

No início da década de 80, dois fenômenos emergem, a gravidez na adolescência e a AIDS, que se por um lado apontaram para uma necessidade de pesquisas e intervenções na área da sexualidade, por outro levaram ao incremento de uma abordagem que Arihla e Calazans (1998)

chamaram de “preventivista” da educação sexual. Se não se perdeu totalmente as contribuições alcançadas até então – como a discussão sobre as questões da assimetria de gênero, e do desejo, que a própria teorização da prevenção à AIDS traz atualmente – elas passam a ter uma perspectiva mais reduzida diante de conteúdos mais facilmente assimilados como a associação entre sexo e risco, tais como: gravidez precoce ou de risco, grupos de risco, comportamentos de risco e situações de risco.

De fato, no percurso das abordagens sobre o HIV/AIDS vê-se três fases de orientação teórica de pesquisas: uma primeira fase nos anos 80 focando numa perspectiva mais comportamental e individualista e tendo o conceito de risco como chave. Uma segunda fase que começou a se prefigurar no início dos anos 90, focando nos determinantes sócio-culturais e coletivos da epidemia e do contágio com o HIV; e uma terceira fase, mais contemporânea, que foca em fatores estruturais e tem como conceito operatório o de vulnerabilidade. Vale ressaltar, contudo, que as primeiras perspectivas não foram totalmente superadas, mas continuam a orientar pesquisas e ações.

Tomando a produção bibliográfica mais recente (década de 90), verificamos um predomínio de pesquisas sobre HIV/AIDS e sobre a gravidez na adolescência; tendo, no entanto, como pontuamos acima, ocorrido um deslocamento de conceito chave do risco para o de vulnerabilidade da população jovem.

Nesse sentido, Ayres, Calazans e França Jr. (1999), em artigo sobre a vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS, ressaltam que o conceito de vulnerabilidade considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção. Neste sentido, os autores recomendam conside-

rar na análise deste conceito, a avaliação dos componentes individual, social e programático. No mesmo artigo, os autores também desenvolvem o conceito de vulnerabilidade com base em estudo conduzido na periferia Oeste da Cidade de São Paulo, onde analisaram os componentes de “vulnerabilização” do jovem e encontraram que: 1) “há informação mas pouca comunicação efetiva sobre o assunto; 2) há importantes barreiras que limitam o acesso a meios de proteção de ordem material e cultural; 3) a margem entre satisfação de necessidades e risco tem se tornado extremamente estreita, especialmente entre as camadas mais pobres, configurando um grave quadro de pobreza de alternativas”. Os autores buscam problematizar o conceito de vulnerabilidade do adolescente e de indicar estratégias para a redução dessa vulnerabilidade, enfatizando o papel dos adultos como interlocutores e não como tutores na relação adolescente - AIDS.

Como uma importante reflexão sobre a prática da intervenção, vale pontuar o trabalho de Paiva (1995) onde apresenta alguns resultados de pesquisa/intervenção desenvolvidos entre 1991-1994 com jovens alunos de primeiro grau noturno em escolas públicas de quatro bairros de São Paulo e com estudantes da Universidade de São Paulo. A autora parte da idéia de que a adolescência é um fenômeno moldado por influências econômicas e políticas que não podem ser esquecidos quando se pensa em projetos de educação e prevenção. Assim, propõe a centralidade da análise cultural para entender os números obtidos na pesquisa e a contar com a fala dos jovens para traduzir seu sentido. Discute como a classe social e a escolaridade podem interferir no sistema de gênero que emoldura os scripts e as práticas sexuais.

No que tange a sexualidade feminina, identificamos o uso de dados censitários e demográficos para o mapeamento da situação referente a fecundidade, ao comportamento sexual e à saú-

de reprodutiva²³ das jovens no contexto brasileiro²⁴. Tais pesquisas consideram as variáveis idade, local de residência, estado civil, religião, classe, instrução e região. A questão de fundo que permeia estas pesquisas é, sobretudo, a preocupação com a gravidez na adolescência, mas não deixam de se preocupar com a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS. Há também algumas iniciativas de cunho mais qualitativo, integrando o uso de *surveys* para obter dados quantitativos sobre a percepção das mulheres jovens de baixa renda sobre sexualidade e identificar os fatores que aumentam a vulnerabilidade destas jovens as DST e ao HIV.²⁵ Tais pesquisas objetivam oferecer subsídios para elaborar estratégias de prevenção. Ainda sobre a gravidez na adolescência, há algumas iniciativas que visam um entendimento mais qualitativo, mas sem dispensar metodologias quantitativas, atentando para vários aspectos que estão a ele co-relacionados, como concepções sobre sexualidade, a iniciação sexual, noções de contracepção, incidência do aborto, educação sexual, estratégias matrimoniais, entre outros aspectos.²⁶

Em relação a gravidez na adolescência, cabe ressaltar o trabalho de Heilborn (1998) onde a autora faz considerações sobre as dimensões culturais e sociais deste fenômeno. Ela enfatiza a importância de se “desnaturalizar o problema” da gravidez na adolescência e buscar outros aspectos para a sua compreensão, relati-

²³Fecundidade, experiência sexual pré-marital, anticoncepção (prática, conhecimento, métodos utilizados, razões para o não uso, fontes de obtenção), saúde materno-infantil (assistência pré-natal, local do parto, tipo).

²⁴ Cf. Arruda, Ferraz e Morris, (s.d.); BEMFAM (1999); Berquó (1998); Camarano (1998a, 1998b); Ferraz e Ferreira (1998), entre outros.

²⁵ Ayres, Calazans e França Júnior (1998); Diaz e Diaz (1999); ICRW (1995), entre outros.

²⁶ Bruno e Bailey (1998); Cavasin e Arruda (1998); Diaz e Diaz (1999); Heilborn (1998); Leal e Fachel (1999); Souza (1998); Vieira, Fernandes, Bailey e Mackay (1998), entre outros.

vizando a leitura deste fenômeno. Assinala a necessidade de se considerar o fator idade no estabelecimento das diferenças entre a gravidez de meninas de 10-14 anos e a de jovens. Discute o que chama “roteiros sexuais” e re-significa o fenômeno da gravidez na adolescência no contexto de uma transição para a vida adulta. Finaliza apontando para a possibilidade da emergência de novos valores relativos à virgindade feminina na sociedade brasileira.

Vários dos trabalhos a partir de 1995, têm apontado para a necessidade de se incluir os homens na análise e nas estratégias de ação sobre a questão da gravidez na adolescência²⁷. De fato, as pesquisas que focam os rapazes relacionam-se sobretudo à violência e marginalidade, e a vulnerabilidade deles ao HIV/AIDS, buscando entender como pensam a sexualidade, a proteção, como se inserem no bojo das relações de gênero instituídas, como se dá a construção das identidades masculinas para dar subsídios a estratégias de prevenção.²⁸

Alguns trabalhos mais recentes (95-99) começam a dar resposta a esta questão, investigando a paternidade jovem²⁹, bem como estudando as relações de gênero (incluindo homens e mulheres numa perspectiva relacional) enquanto instância fundamental para entender e viabilizar programas eficazes, tanto no que diz respeito a saúde reprodutiva dos rapazes e das jovens, como no que se refere a questão da violência, seja ela sexual ou não.³⁰

Assim, Barker (1999) em seu trabalho “*Listening to boys: some reflections on adolescent boys and gender equity*” discute alguns aspectos dos tra-

balhos de intervenção/pesquisa com adolescentes, identificando que quando as atividades são desenvolvidas com garotos, elas quase sempre têm como focos de atenção aspectos como a violência e a delinqüência. Por outro lado, constata que as iniciativas em relação a saúde reprodutiva de adolescentes têm sido, sobretudo, traduzidas em ações para “empoderar” as mulheres jovens a fim de proporcionar o controle delas sobre suas próprias sexualidades e decisões sobre reprodução, os garotos muitas vezes não são considerados. Assim, aponta para uma lacuna nas iniciativas que visam promover a equidade de gênero/saúde reprodutiva, que deixam de trabalhar o engajamento dos jovens rapazes nestes processos. Identificando tal carência e tentando dar subsídios a trabalhos de intervenção/pesquisa que busquem dar-lhe respostas, o autor, tomando como dados os discursos dos próprios garotos, busca oferecer *insights* sobre os garotos adolescentes e seus processos de socialização, analisando como são construídas as identidades de gênero, ressaltando aspectos relativos à equidade de gênero e saúde reprodutiva.

Vale ainda ressaltar o trabalho de Arilha e Calazans (1998) que apresenta um mapeamento da situação da sexualidade dos jovens no contexto brasileiro contemporâneo em suas diferentes dimensões. Destaca-se, também, o trabalho de Caridade (1999), que busca localizar as principais questões e problemáticas no que confere a população brasileira jovem, em um contexto atravessado pela influência da mídia, pela “sociedade do espetáculo” e pela “cultura do narcisismo” na configuração do contexto onde o adolescente desenvolve sua sexualidade. Caridade parte da concepção de que a sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ela se insere. A autora procura analisar que tipo de cultura está subsidiando o “ser adolescente” na contemporaneidade, e que tipo de sexualidade ele está inventando para situar-se em sua

²⁷ Cf. Arilha e Calazans (1998), Diaz e Diaz (1999), Heilborn (1998), Leal e Fachel (1999), entre outros.

²⁸ Cf. Motta (1996).

²⁹ Lyra (1998); Medrado e Lyra (1999).

³⁰ Cf. Monteiro (1995 e 1999); Leal e Fachel (1999); Barker e Loewenstein (1996); Barker (1999), entre outros.

época. Analisa também o fenômeno do “ficar” no âmbito do que chama “ética adolescente” e o papel do contexto familiar e social no processo de desenvolvimento do jovem e na construção de uma ética sexual.

Outro interessante estudo foi desenvolvido por Dubeaux (1998) no que concerne a transmissão de valores sobre sexualidade no contexto das relações familiares, mais especificamente entre as gerações de pais e filhos, no segmento das camadas médias urbanas da cidade do Recife em Pernambuco. Os dados foram analisados numa perspectiva geracional e de gênero de modo a se compreender melhor o que acontece na relação pais e filhos, quando o assunto é sexo. Aborda alguns temas relativos à sexualidade, aglutinados por afinidade: virgindade, gravidez precoce e aborto; namoro, ficar, fidelidade e casamento; AIDS, homossexualidade e masturbação. Dois diferentes padrões de relacionamento entre pais e filhos emergem dos dados desta pesquisa: um conjunto de famílias que modernizou a educação sexual recebida em suas famílias de origem e um outro grupo que reproduziu essa educação quase integralmente. A presença da AIDS não tem sido um fator determinante para que os pais abordem mais profundamente a temática com seus filhos. A sexualidade dos jovens revela ter uma significativa articulação com o projeto de felicidade elaborado pela geração de pais, para seus filhos, que passa pela proteção do patrimônio e do capital cultural dessas famílias.

Com referência ao estudo específico da homossexualidade e juventude, encontramos pouquíssimos estudos brasileiros. Parker (1989) apresenta um trabalho sobre o jovem, identidade e homossexualidade onde examina a relação entre homossexualidade e adolescência no Brasil contemporâneo, focalizando a distinção entre dois sistemas de significação diferentes da vida sexual que têm estruturado as experiências de relação com pessoas do mesmo sexo: o modelo

tradicional, dominante nas áreas rurais, e um mais moderno, que tem se tornado crescentemente importante nas áreas urbanas. Analisa como esses diferentes sistemas têm afetado a experiência do desejo e as práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo durante a juventude. Sugere que a emergência de uma nova cultura sexual nos grandes centros urbanos brasileiros, ampliou significativamente o escopo de escolhas sexuais disponíveis para a juventude masculina e feminina, abrindo novas possibilidades, mais fluidas e diversificadas, de relacionamento.

4.2 - PROJETOS DE INTERVENÇÃO

Posterior à revisão da produção acadêmica, realizamos um mapeamento das intervenções e pesquisas/intervenções de maior relevância para este trabalho, realizadas na área de saúde sexual e reprodutiva com a população jovem brasileira. Este mapeamento levou em consideração a possibilidade de ilustrar as principais vertentes e linhas de trabalho desenvolvidas tanto pelo setor público, pelo setor privado, como por ONGs na área, sem a pretensão de ser exaustivo nesse exercício.

Os projetos de intervenção, sejam eles elaborados no campo das ONGs, das políticas públicas ou da própria academia através de trabalhos de extensão, parecem acompanhar em crescente diálogo as produções da academia. Relacionamos este fato as constatações de que ambos, intervenção e pesquisa, buscam responder a problemáticas - que são as da vicissitude da sexualidade dos jovens brasileiros, surgidas em uma mesma realidade (mesma que plural); e por que, muitas vezes, pesquisa e intervenção são duas frentes de ação de um mesmo ator social (o caso de muitos dos entrevistados e instituições investigadas). O certo é que vemos, como em um movimento reflexivo, as temáticas e questões fundamentais já levantadas em relação a academia reaparecerem em relação às ações de intervenção.

Como nas propostas de investigação, vemos se agruparem sobre a categoria saúde sexual e reprodutiva dois conjuntos de temáticas, problemáticas ou questões empíricas a serem desafiadas e vencidas, que hora aparecem integradas, hora não. Estas são a vulnerabilidade dos jovens às DST/AIDS e a da gravidez na adolescência. Ambas envolvendo questões relacionadas a contracepção, sexo duplamente seguro (à AIDS e à gravidez), concepções de sexualidade e relações de gênero, idade, instituições, recortes de classe, etnia e orientação sexual, entre outros.

Se a tematização destas questões surge da confluência do debate sobre educação sexual (Arihla e Calazans, 1998), dos novos fenômenos que põem em risco a vida ou a qualidade de vida dos sujeitos e da concepção da juventude enquanto período de se informar e formar adultos saudáveis; isso vai se refletir também no plano das iniciativas de atuação. Nos anos 80 e 90 vê-se crescer a atuação das organizações não-governamentais (ONGs) voltadas para o trabalho de educação sexual, apoiadas por fundações como Ford e MacArthur. Uma série de ONGs começam a trabalhar em projetos de prevenção de AIDS, também com uma perspectiva de informar no campo da sexualidade.

No caso do Brasil, vale ressaltar também o papel do projeto do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Mundial para prevenção da epidemia de HIV/AIDS, na fomentação destas iniciativas no início da década de 90. Isso se traduz no crescimento de programas voltado à educação sexual, tais como a realização de projetos junto ao ensino público via Coordenação Nacional de Aids, bem como por iniciativas de ONGs no Rio de Janeiro (ABIA, 1996), projetos de treinamentos realizados pela ECOS e GTPOS a professores das redes pública e privada de São Paulo e publicação de manuais (CN DST e Aids; GTPOS; ABIA; ECOS).

Contudo, em pesquisa realizada em 1997

pela Associação para Prevenção e Tratamento da AIDS (APTA) sobre o Estado da Arte de Programas de Prevenção à AIDS em Redes Públicas de Ensino no Brasil, identificou-se que a ocorrência de projetos específicos de prevenção nas redes municipais e estaduais não se encontravam nos níveis desejados de implementação ou participação da comunidade escolar.

Verificamos que algumas iniciativas já atendem às propostas identificadas na sessão anterior, ou seja, a de se incluir os homens em relação ao trabalho com gravidez na adolescência³¹ e a de se dar mais atenção a saúde reprodutiva dos homens além de simplesmente prevenir a transmissão do HIV/AIDS.³² Encontramos também iniciativas que consideram a pluralidade das adolescências/juventudes e da pessoa jovem como uma totalidade resultante tanto de vivências pessoais obtidas em sua trajetória de vida, como pelas diversas instâncias da sociedade onde se insere.³³

Como exemplo temos o trabalho de Paiva (1994) que apresenta dados de intervenção/pesquisa realizada na região central e áreas de cortiços da cidade de São Paulo, com alunos de uma escola primária noturna da prefeitura. É um trabalho que busca sensibilizar jovens de 14 a 20 anos para a prevenção da AIDS. Analisando os dados iniciais, a autora busca oferecer pista para entender as mudanças no cenário da epidemia do HIV/AIDS caracterizada pela pauperização, pelo aumento na quantidade jovens, mulheres e crianças doentes, e uma tendência proporcionalmente maior de transmissão pela via heterossexual; além da realidade da saúde reprodutiva considerando a contracepção, esteri-

³¹ Destaca-se a ação do PAPAI, Programa de Apoio ao Jovem Pai, e também alguns materiais produzidos pela ECOS, Centro de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana.

³² Vide o trabalho do PROMUNDO.

³³ Cf. Monteiro (1999).

lização e o aborto, que afetam as mulheres jovens diretamente. Assim, ela busca entender o contexto sociocultural que encontra-se por trás de tais fenômenos e apresentar possibilidades de instrumentalizar as mudanças psicossociais no sentido de auxiliar as pessoas a compreenderem os riscos de infecção pelo HIV e a identificarem opções mais aceitáveis para si próprias e para os parceiros dentre as práticas sexuais seguras e como oferecer apoio às pessoas que decidiram modificar suas práticas.

No que tange propriamente as iniciativas de intervenção, de forma geral elas são muito diversas e passam por uma série de métodos e técnicas de ação, baseadas em diferentes concepções sobre o que determina no caso em apressado, os fenômenos da vulnerabilidade às DST/HIV e a gravidez na adolescência. Assim, utiliza-se desde palestras e oficinas, a grupos focais e abordagem de pares multiplicadores com o objetivo de informar, sensibilizar e mesmo modificar atitudes e comportamentos dos jovens em relação a sexualidade. Há também a produção de material educativo (jogos, vídeos, cartazes, livros, boletins, etc.)³⁴ com este mesmo objetivo. Tais iniciativas tem o valor de alcançar um público que está muito além das regiões cobertas pela ação direta da instituição fornecendo subsídios para que outras instituições deles se utilizem em seus próprios programas.

Também a iniciativa de recolher e catalogar a produção na área é importante no sentido de documentar e de divulgar, possibilitando o acesso a pesquisadores e a profissionais de intervenção de um vasto acervo de material de intervenção e pesquisa que vem sendo produzido na área. A este respeito destacam-se a iniciativa do NESA, com o projeto Prisma, que possui um

excelente levantamento de material educativo desenvolvido na região Sudeste; a ABIA, com o seu centro de documentação, o Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS) – FIOCRUZ com a constituição de um banco de materiais educativos.

Em relação à mídia A *Pesquisa ANDI - Os Jovens na Mídia* (1999) mencionada anteriormente, nos mostra um aumento significativo (19,1%) na inserção do tema Sexualidade nos diversos meios em relação a pesquisa no período anterior, destacando-se as matérias em revistas para o público de 13-18 anos, sobre saindo as “colunas de consultas” onde a temática da sexualidade é abordada em textos leves com linguagem simples e embasados em dicas práticas. No entanto, nota-se a limitação da qualidade da informação oferecida, e a falta de uma abordagem capaz de levar à reflexão e ao aprofundamento nas questões focalizadas. Um dado interessante é que os textos sobre sexualidade procuram refletir a realidade vivenciada por seu público, além de contar com o suporte de consultores técnicos para a elaboração das matérias e citações da opinião de especialistas.

Especialistas do PCI - Brasil (Population Communications International - Brasil) em artigo de Marcio Ruiz Schiavo³⁵ e Simone Xinaida³⁶ na revista *Conjuntura Social* de maio de 1999, colocam que na mídia televisiva brasileira, a inserção intencional e motivada por fatores externos de questões sociais nas tramas de programas do tipo telenovelas e minisséries, chamada de *merchandising social* tem ampliado os temas relacionados à sexualidade, relações de gênero e direitos da infância nos últimos cinco anos. Em levantamento realizado pela PCI-Brasil das telenovelas da Rede Globo de Televisão em 1998, um total de 1.457

³⁴ Vale ressaltar o trabalho do LEAS– FIOCRUZ, com a elaboração dos Jogos ZIG-ZAIDS e o Jogo da Onda, distribuídos nacionalmente.

³⁵ Marcio Ruiz Schiavo, Professor de Sexologia na Univ. Gama Filho, Rio de Janeiro; Diretor do Population Communications International do Brasil.

³⁶ Simone Xinaida é Pesquisadora do PCI-Brasil.

inserções registravam cenas com mensagens sócio-educativas nas telenovelas abordando temas relacionados à sexualidade, saúde reprodutiva, AIDS, gênero e direitos humanos.

Quanto a mídia jovem televisiva, no momento se destaca o programa “*Erótica*” da MTV-Brasil, que tornou-se importante meio de informação para os jovens sobre questões relacionadas a sua sexualidade que tem a participação de um profissional (psiquiatra/sexólogo) para dar sustentação à apresentadora (jovem), durante o debate com os jovens participantes que fazem suas perguntas ao vivo ou por telefone no “ar” e recebem as respostas e explicações de imediato.³⁷

Resumindo, vemos que chamam a atenção algumas propostas mais integradas, ou seja, que consideram as várias instâncias sociais como concorrendo para a constituição de fenômenos que analiticamente são atribuídos a uma área (sexualidade, saúde sexual e reprodutiva) e/ou etapa (adolescência ou juventude) isolada da vida em sociedade.³⁸ Tais propostas parecem se afigurar como importantes perspectivas para futuras ações, assim assinaladas em muitos dos trabalhos publicados; no entanto ainda apresentam poucos resultados concretos em comparação as promessas embutidas na força dos que argumentam por ela.

Vimos também aparecer algumas referências ao papel e influência da mídia e dos adultos na constituição das representações e das ações no que se refere a sexualidade dos adolescentes. Do mesmo modo, não obstante se fale muito sobre a necessidade de perceber a pluralidade de adolescências ou juventudes no contexto plural que é o Brasil contemporâneo,³⁹ poucos trabalhos se dedicam a entender a vivência desta

etapa da existência segundo populações específicas: raças/etnias, orientações sexuais,⁴⁰ outras classes que não as populares ou de baixa renda,⁴¹ religiões, entre outros demarcadores. No decorrer da próxima seção, quando cotejaremos o levantamento até aqui apresentado com o discurso de alguns dos principais pesquisadores da área, teremos a oportunidade de voltarmos a discutir algumas dessas questões.

5. DISCUSSÃO E ANÁLISES

Nesta seção final do relatório, revisaremos um número de questões chaves que foram identificadas como barreiras ou facilitadoras em relação a saúde sexual dos jovens e sublinharemos algumas recomendações, com olhar voltado para futuras prioridades para pesquisa e intervenção. Para este trabalho analítico, tomamos como fonte de dados a revisão prévia do *background* de informações, as políticas públicas relevantes, a literatura acadêmica e de pesquisa, e programas de intervenção existentes ou exemplares, em grande parte apresentados nas seções anteriores. Além disso, algumas entrevistas foram realizadas com pesquisadores e profissionais de intervenção envolvidos no trabalho relacionado a saúde sexual e reprodutiva entre os jovens no Brasil, a fim de, junto com estes atores, identificarmos as questões mais importantes e pontuarmos os *gaps* existentes nas informações ou provisão de serviços. Assim, as reflexões apresentadas a seguir deverão servir como pontos de partida para o desenvolvimento de iniciativas mais eficientes no futuro.

³⁷ Vivarta, V. (1999).

³⁸ Cf. Arilha e Calazans (1998), Monteiro (1995 e 1999); Leal e Fachel (1999); Barker e Loewenstein (1996); Barker (1999), entre outros.

³⁹ Cf. Arilha e Calazans (1998), entre outros.

⁴⁰ No levantamento bibliográfico realizado, encontramos um único trabalho que se detinha especificamente sobre a temática da homossexualidade entre os jovens: Parker (1989). Há algumas referências à questão em Monteiro (1995) e Mota (1996).

⁴¹ Exceto os estudos demográficos, há alguns poucos trabalhos de cunho quantitativo sobre jovens de classe média, como o de Dubeux (1998).

5.1 - O DISCURSO ACADÊMICO SOBRE A PASSAGEM SEGURA PARA A VIDA ADULTA E AS OPORTUNIDADES E BARREIRAS PARA A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DOS JOVENS

Com o intuito de levantar o campo atual das pesquisas e propostas de investigação sobre o pensamento acadêmico e os principais questionamentos e oportunidades vislumbradas para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens brasileiros, foram realizadas entrevistas com pesquisadores, estudiosos e especialistas na área de saúde sexual e reprodutiva no país⁴².

Os pesquisadores entrevistados apontam para uma convergência de questões e posições em relação a “**passagem segura para a vida adulta e as oportunidades e barreiras para a saúde sexual e reprodutiva dos jovens**” e ressaltam que os desafios devem ser enfrentados tanto no campo da pesquisa, quanto no da intervenção.

De forma muito resumida pode-se dizer que o primeiro grande desafio é estrutural e portanto reporta-se as questões relacionadas com a qualidade de vida dos jovens: emprego, pobreza, violência e os contextos de vulnerabilidade em relação a gravidez na adolescência, ao uso de drogas e AIDS, por exemplo. É importante destacar que o conceito de vulnerabilidade surge em oposição ao de risco social e/ou epidemiológico. Essa distinção conceitual desloca o campo de conhecimento e práticas de uma visão baseada no desvio e na marginalidade, para um outro em que os atores são considerados como sujeitos da mudança e a “passagem para a vida adulta” como um processo vivenciado e compartilhado.

Como propõe Simone Monteiro,⁴³ os prin-

⁴² Agradecemos a colaboração dos pesquisadores entrevistados: Simone Monteiro, Ondina Fachel Leal, Wilza Villela, Gabriela Calazans, Margareth Arilha, Sylvia Cavin, Gary Barker, Vera Paiva e Edgar Merchán-Hamann.

⁴³ Simone Monteiro é Psicóloga e doutora em Saúde Pública pela

cipais desafios seriam aqueles que colocam em risco a *qualidade de vida* dos jovens, como a AIDS, a gravidez na adolescência e o uso indevido de drogas. Ela reitera que estes desafios nos colocaria frente a um outro desafio a eles correlato: o de pensar e proporcionar mudanças de comportamentos. Ainda segundo a pesquisadora, no Brasil, alguns modelos tentam dar conta deste último, embasando práticas e estratégias para a mudança comportamental. Uma proposta bastante utilizada é a preventiva, que no seu olhar seria bastante pretensiosa pois parte da perspectiva de que o interventor sabe e diz para outro o que é o melhor, querendo que o outro mude a sua forma de pensar e agir.

Sem dúvida houve avanços para além desta perspectiva. Dentre estes está o conceito de vulnerabilidade⁴⁴, calcado em uma revisão da idéia de responsabilidade, ou seja, retirando a responsabilidade individual do cerne da questão, que recairia então em outras determinantes concorrentes nos comportamentos. O conceito de vulnerabilidade passou por uma relação direta com o conceito de risco e ganhou espaço, sobretudo, entre os que se preocupam com a transmissão de doenças pela via sexual como o HIV/AIDS e o uso de drogas, mas encontrando ressonância nas outras questões. Neste sentido, diz Gabriela Calazans⁴⁵:

ENSP, atualmente é chefe do Laboratório de Educação Ambiental e em Saúde do Departamento de Biologia, IOF/FIOCRUZ.

⁴⁴ Para um aprofundamento de como a questão da vulnerabilidade tem sido tratada no Brasil vide Ayres; Calazans e França Júnior. (1998). Em relação a vulnerabilidade feminina e AIDS conferir ICRW (1995).

⁴⁵ Gabriela Junqueira Calazans é Psicóloga e auxiliar de pesquisa no Departamento de Medicina Preventiva, Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (CSE do Butantã), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Desenvolve atividades de intervenção e pesquisa nas áreas de saúde do adolescente, prevenção da AIDS, saúde sexual e reprodutiva de jovens, e gravidez na adolescência.

“no âmbito da prevenção da AIDS acredito ser necessário aprofundar as pesquisas que avaliam as inter-relações entre essa questão da valorização social e da construção de alternativas num horizonte de vidas sem perspectivas e o engajamento em comportamentos sexuais mais seguros. Nesse sentido, temos, particularmente, investido nas potencialidades analíticas do conceito de vulnerabilidade, mas ainda acredito ser necessário maior investimento na direção da investigação e da construção de propostas de intervenção.”

O Conceito de vulnerabilidade envolve a idéia da inter-relação entre fatores sociais, culturais, políticos e econômicos no grau de susceptibilidades de indivíduos e de grupos à determinados “perigos” sociais. Conforme S. Monteiro, é neste quadro conceptual que se constata que são as pessoas com menor poder aquisitivo que estão mais vulneráveis à AIDS. No entanto, pensar esse tipo de mudanças se torna muito difícil já que envolveriam mudanças estruturais. Contudo pondera que frente a todos estes desafios não devemos desanimar. Constatá-los servirá para rever o que é que se está querendo alcançar e se as vias para alcançar os objetivos são adequadas ou não.

Assim, o verdadeiro desafio, continuando com o pensamento de Simone Monteiro, é o de tentar compreender o comportamento, como ele é gerado, o que o alimenta, e propor alternativas em diferentes focos. Seja na família, na escola, na mídia, etc. deve-se buscar canais de comunicação, de diálogo, para auxiliar os jovens no enfrentamento das problemáticas que põem em risco suas vidas e qualidades de vida.

Nesta perspectiva, G. Calazans propõe que especial atenção deva ser dedicada ao discurso adulto e técnico sobre a adolescência e juventude, no sentido de investigar qual o espaço construído e quais as possibilidades de apoio desenvolvidas pelo grupo populacional que socialmente atribui-se a responsabilidade pelos jovens (p. ex.: o discurso da mídia, as políticas públicas e sociais

voltadas a esse grupo, as concepções teórico-acadêmicas sobre eles, as concepções dos profissionais de saúde e educação que com eles lidam).

Na opinião de Simone Monterio, com base nas pesquisas, propostas de intervenção devem ser desenvolvidas, não tanto numa perspectiva normativa, que é o que predomina, mas a partir do entendimento da lógica que rege o comportamento do outro. Citando o exemplo de seu trabalho em Vigário Geral (Monteiro, 1995 e 1999), ela diz que lá identificou uma visão de mundo, um contexto, em que o discurso preventivo não encaixa, não reverbera.

Gary Barker,⁴⁶ seguindo nesta linha de raciocínio, pontua que há um problema que deveria ser melhor investigado, o da decalagem entre informação veiculada e apreendida pelos atores e as mudanças de atitude e comportamento. Segundo ele, comparando com outros países em desenvolvimento, a quantidade de informações disponível no Brasil é impressionante, especialmente nas áreas urbanas. Contudo, embora a informação esteja acessível, isso não significa que as atitudes e comportamentos vão mudando com a mesma facilidade com que as informações vão chegando. Muitas das campanhas, tanto em relação a Gravidez na Adolescência, quanto em relação a prevenção da AIDS, se justificam no discurso de que um problema é a falta de informação. G. Barker discorda, para ele a dificuldade em mudar atitudes e comportamentos se fundamentam nas relações de gênero estabelecidas, na forma de gerir o poder nas relações. Tais questões, segundo ele, são muito mais difíceis de serem tocadas nas campanhas informativas, ainda que sejam foco de atenção em alguns trabalhos com grupos.

Assim, G. Barker recoloca em cena outros aspectos que permeiam a organização social dos fenômenos apontados por S. Monteiro (AIDS,

⁴⁶ Gary Barker é jornalista, mestre em Políticas Públicas e Doutorando em Psicologia do Desenvolvimento Infantil e Adolescente no Instituto Erickson; Diretor do Promundo no Brasil.

gravidez na adolescência, uso indevido de drogas e também da violência) e a grade socio-político-cultural que os subjazem: as relações de gênero, a organização ou estruturação familiar, e a própria definição dos conceitos utilizados para se entender esta etapa da vida, que se tem chamado de juventude ou adolescência.

O segundo desafio a ser enfrentado é o que se coloca no campo específico da desconstrução do conceito de juventude e adolescência, superando os limites impostos por uma visão médica e psicológica do problema. Essas abordagens não fazem a distinção entre juventude e adolescência, a primeira constitui uma categoria que é parametrizada pela cultura e a outra que é definida a partir de atributos biológicos e psicológicos.

Segundo Ondina Leal⁴⁷, adolescência é um construto da modernidade e só faz sentido para classe média que está permeada pelo discurso médico. Contudo, por outro lado, ela afirma:

“...nós, enquanto pesquisadores, acabamos tendo que nos relacionar com esta identificação, a medida em que os financiamentos, as agências, até então, estão trabalhando com esta definição que é absolutamente arbitrária de faixa etária. Inclusive é uma definição que é uma tradução direta do teenager. A questão etária acaba sendo de forma mística dos 11 aos 19. (...) Mas isso é um corte absolutamente arbitrário. É claro que com classes populares não tem sentido, o demarcador é o início da vida sexual ativa ou a organização familiar. Tem muito material na antropologia mostrando o quão arbitrário é essa definição.”

Nas pesquisas que Ondina Leal desenvolve, ela geralmente fala em jovens. Contudo, diz não ser esta, ainda, uma boa opção do ponto de vista epistemológico, *“é uma opção que na verdade... é vago. Pelo vago agente prefere usar...”* Contudo, prossegue, *“se tu queres que a parte médica se interesse,*

tu tens que usar adolescente. Dentro da antropologia tem essa crítica muito grande, mas na prática não. O congresso é sobre adolescente, o jovem passou a ser adolescente naquele momento...”

“De fato se passa da infância para a idade adulta, e essa adolescência seria uma representação de quem tá de fora para dizer como aquele período não é aos 11 anos... no outro aos 20, e agora para classe média se fala de prorrogação da adolescência, ou seja a postergação da profissionalização, ou seja: são só indicadores sociais que nada tem a ver com indicadores biológicos.”

Sobre este último ponto, vale ressaltar que na literatura especializada há um intercâmbio dos termos adolescência e jovens. Contudo, é um consenso entre os entrevistados que a definição de adolescência é muito complicada e que é uma construção da área bio-médica.

Consultando o diretório de grupos de pesquisa do CNPq, pesquisamos a produção dos grupos cadastrados cruzando os termos adolescência e juventude com as temáticas da sexualidade e violência. Verificamos que quando solicitamos as produções que relacionam adolescência com sexualidade aparecem 73 ocorrências, no que diz respeito ao termo adolescência e a temática da violência surgiram 14 ocorrências, em relação a juventude e violência obtivemos 23 ocorrências; uma única ocorrência surgiu quando juventude foi cruzada com sexualidade. Estes dados sugerem além de uma predominância do conceito de adolescência de um modo geral (78,38% das ocorrências); uma maior penetração do termo juventude quando o assunto é violência, tradicional campo de investigação das Ciências Sociais. Esse fato parece ir ao encontro da opinião dos pesquisadores entrevistados que apontam para o caráter sociológico do termo juventude e para uma recrudescente “biologização” do campo da sexualidade.

Criticando a perspectiva médico-psicológica, G. Calazans propõe:

⁴⁷ Ondina Fachel Leal é Phd em Antropologia pela é professora da UFRGS e coordenou até 1999 o Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde naquela universidade. Tem como temáticas de investigação a identidade masculina e saúde reprodutiva.

“repensar as concepções sobre adolescência e juventude que embasam os trabalhos voltados para essa população, questionando as idéias de transição ou passagem como atributos específicos desse grupamento populacional, num momento social de intensa transição e transformações nas formas de vida para todos os grupos etários, populacionais. Acredito especialmente na necessidade de questionar-se a idéia de uma transição naturalmente dada, ancorada nas transformações corporais, tidas como naturais, pelas quais passam os adolescentes, e nas conseqüências dessas concepções sobre as ações voltadas a tal população. Por exemplo, a “desqualificação potencial” das experiências sexuais adolescentes embutida na idéia de que jovens experienciam sua sexualidade por estarem submetidos a uma “tempestade de hormônios”. Deve-se considerar diversidade de experiências juvenis a que assistimos no Brasil enfatizando os recortes de classe, gênero, raça, idade e inserção social (meio urbano/rural; distribuição geográfica, regional, etc.).

Assim, é importante pensar na pluralidade das vivências da adolescência e juventude, considerando-se os recortes de etnia, gênero, classe social, cultura, etc.

Quanto a questão das relações de gênero, apontada por todos como crucial, G. Barker fala que a situação no uso do conceito de gênero nos trabalhos de intervenção é um tanto ambígua: *“o termo é sempre mencionado na maioria dos projetos, mas sem uma referência concreta”*. Muitas vezes, quando se inquirir o que a perspectiva de gênero significa, o que está sendo pensado e realizado é o dar atenção às mulheres e suas questões específicas. Diz ele que não se vai mais além. Não se trabalha a questão das relações de gênero, per se.

No estudo das relações de gênero, Ondina Leal sugere que se dê especial atenção ao modo como se dá a estruturação da identidade de gênero. No seu entender, para se trabalhar com tal questão, necessariamente tem que se trabalhar com adolescência enquanto fase determinante da construção social do ser homem, do ser mulher, do ser homossexual masculino, do

ser homossexual feminino, da construção social de gênero. Assim, ainda que o pesquisador não esteja trabalhando mais com adolescentes, retroativamente, por exemplo, através de histórias de vida, ele terá que recuperar isso. Além disso, a identidade de gênero não deve ser vista, no seu entender, como desvinculada das outras identidades; a *“adulterez”*, enquanto o processo de tornar-se adulto, ou tornar-se homem ou mulher, tornar-se gente, tornar-se cidadão, todos estes aspectos vêm necessariamente juntos, vinculados. *“Tornar-se parte de um grupo, a profissionalização. Tudo isso se sobrepõe.” “Tudo isso vem junto e coincide com a questão de faixa etária.”*

Margareth Arilha⁴⁸ e Sylvia Cavasim⁴⁹ sugerem que embora os jovens possuam aspectos comuns em suas trajetórias de vida, há que se considerar também o impacto de gênero na construção dessas problemáticas. Desdobrando esta perspectiva, G. Calazans propõe que no interior do recorte específico de gênero, uma questão importante refere-se às transformações, no âmbito da sexualidade, das construções sociais sobre os gêneros e sobre as relações amorosas, vividas pelas jovens do sexo feminino e acompanhadas em menor grau pelos jovens do sexo masculino.

A gravidez na adolescência é um outro fenômeno que na ótica dos diferentes entrevistados deve ser investigada a partir de uma perspectiva que reconheça a pluralidade de adolescências e de percursos para a gravidez, que dê atenção às concepções culturalmente oferecidas sobre o fenômeno, aos determinantes sócio-econômicos, dentre eles ao sistema de gênero que engendram as relações.

⁴⁸ Margareth Arilha é Mestre Psicologia Social e Doutoranda em Saúde Pública. É diretora da ECOS – Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana. Tem atuação na intervenção e pesquisa sobre Sexualidade, Saúde Reprodutiva, Gênero e Masculinidade.

⁴⁹ Sylvia Cavasim é Socióloga. Diretora do Departamento de Projetos da ECOS – Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana, atua no planejamento e desenvolvimento de projetos nas áreas de Sexualidade e Saúde Reprodutiva.

“...acredito que devemos investigar melhor qual o sentido dessa experiência, especialmente para as jovens pobres do sexo feminino. Às vezes construo a hipótese de que, nas situações em que essa experiência é desejada, tal escolha está associada à desvalorização, ou descrença, nas possibilidades de inserção na sociedade num padrão moderno, vinculado à profissionalização e a escolarização, atendo-se, então, ao padrão tradicional de valorização feminina por meio da experiência da maternidade. Assim, em paralelo à proposição de construção de redes sociais de apoio aos jovens que optam pela gravidez, maternidade e paternidade na adolescência, acredito que se torna necessária a investigação e a intervenção sobre a valorização social dos jovens pobres e a construção de alternativas dignas de vida para esse grupo.” (Gabriela Calazans)

Duas questões nos parece especialmente interessantes nesta fala de Gabriela Calazans. Uma primeira é a necessidade de se prestar atenção as atitudes, práticas e representações masculinas sobre a gravidez e a participação dos homens neste fenômeno.⁵⁰ A outra nos remete a sugestão de Ondina Leal de se pensar a relação entre adolescência e organização familiar. Diz ela que esta relação deve estar nas pautas para pesquisas com adolescentes: seu vínculo à família, a reorganização de unidades domésticas, da reorganização familiar e da saída (ou não) dessa estrutura. Seria este o momento em que o sujeito se desvincula da família de origem? Quais as estratégias de construção de novas redes sociais? Quais as diferenças entre homens e mulheres na vivência destes fenômenos? Não seria, então a gravidez na adolescência uma destas estratégias para a construção de novos grupos familiares?⁵¹

O terceiro aspecto a ser considerado como

desafio é o de compreender como se processam internamente os rituais de interação, a sociabilidade, a subjetividade e representações em relação a construção de novas identidades sociais.

A violência foi uma outra problemática apontada por Wilza Vilela⁵² e por Gary Barker. A violência que vai desde o rapaz bater na menina, ou vice-versa, até formas aparentemente mais brandas como o desrespeito, a falta de comunicação ou de entender o desejo, a subjetividade do outro. A forma como se organizam as relações de gênero é fundamental para compreender tais fenômenos.⁵³

Os trabalhos de pesquisa com intervenção tem-se voltado, sobretudo, a jovens de classes populares, segundo alguns dos entrevistados por constituírem-se em populações mais vulneráveis. G. Calazans, contudo, problematiza algumas questões referentes a este extrato da população, que podem e devem ser investigados para termos uma compreensão desta parcela etária da população brasileira em sua totalidade e pluralidade e para que possamos estabelecer relações de comparação entre as diversas formas de vivenciar a juventude no Brasil.

“no âmbito das experiências das classes médias há, ainda, duas questões sociais que me tem intrigado para se tornarem questões “sociológicas”: 1. a invasão de adolescentes bastante jovens no espaço público noturno (tenho vivido e ouvido de muitos conhecidos na faixa etária entre 24-30 anos a “queixa” de que a “noite paulistana” está invadida por adolescentes entre 15-16 anos; colocam-se como questões: as relações familiares e as responsabilidades parentais; o espaço de socialidade e busca de parcerias sexual e/ou conjugal para os chamados “adultos jovens”, quando dessa invasão...; as situações vivenciadas e os apoios necessários para

⁵⁰ O trabalho desenvolvido pelo PAPAI – Programa de Apoio ao Jovem Pai – no Recife, tem investigado e intervindo nesta questão, discutindo a participação jovem e masculina no campo da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução. Para maior aprofundamento da questão conferir os artigos de Lyra (1998) e Medrado e Lyra. (1999).

⁵¹ Cf. Leal e Fachel (1999).

⁵² Wilza Vieira Villela é Médica doutora em Medicina Preventiva e pesquisadora no Instituto de Saúde/São Paulo, Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança. Tem como áreas atuação as da Saúde da Mulher, DST/AIDS e Violência.

⁵³ Sobre violência sexual conferir Seixas (1999).

esses adolescentes jovens, vivendo uma situação nova; qual a relação entre essa maior liberdade no espaço público e as experiências da sexualidade); 2. compreender melhor a construção de identidades homossexuais entre os jovens e entender suas relações com a questão das construções de gênero” (Gabriela Calazans).

Por último, vale ressaltar ainda um desafio menos enfatizado, levantado por S. Monteiro, que é o de se trabalhar de uma forma mais integrada. No ponto de vista da entrevistada, as pesquisas não articulam as diferentes temáticas como se elas “*não passassem por um mesmo canal*”. Reitera que deve-se fazer um esforço de tratar isso não só de um modo menos normativo mas também mais integrado. Fazer articulação, propondo canais para diálogos, num trabalho continuado. Quando isso se transfere para o campo da intervenção deve-se ainda buscar fortalecer instituições responsáveis pela informação, e integrá-las; sem também perder de vista o diálogo com a mídia.

5.2 - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Resumindo, através do levantamento das políticas públicas existentes no país dirigidas à população jovem e dos programas de âmbito nacional e regional que permitem a implementação destas verificamos que o Brasil, sobretudo nos últimos 20 anos, evoluiu de forma significativa em termos de políticas públicas que facilitam o exercício da saúde sexual e reprodutiva da população jovem. Desde a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente no início da década de 80, passando pela normatização e implementação dos Programa da Saúde da Mulher, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/AIDS até a inserção da Educação Sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais na segunda metade da década de 90.

No entanto, destaca-se a preocupação dos cientistas sociais sobre o grande desafio estrutural onde a instabilidade do mercado de trabalho e as transformações das instituições que tradicionalmente atuavam na formação de identidades adultas e na socialização do jovem, como a escola, a igreja e a família contribuem hoje para a maior ambigüidade na “*passagem segura*” para a *aduldez*. A exclusão da participação no sistema educativo devido a necessidade de inserir-se no mercado de trabalho cada vez mais jovem, e a precariedade da inserção laboral ou profissionalização do jovem impedem que a educação e o trabalho operem como transmissores de normas e valores que ordenam a vida social cotidiana e auxiliem na definição de “*identidades adultas*”. Estes mecanismos portanto favorecem o aumento da pobreza entre os jovens como consequência da insuficiência das ações do Estado e das famílias, que não conseguem criar condições favoráveis para que os jovens possam participar das estruturas produtivas.

Com o levantamento do trabalho acadêmico e de pesquisas realizadas nas áreas da sexualidade e saúde reprodutiva relativa à população jovem, vimos que entre os estudiosos existe um consenso sobre a necessidade prática de estabelecer-se uma concepção teórica que permita a comparação da situação dos jovens em distintos contextos. Na falta deste, o parâmetro que se utiliza é a idade, que funciona como um denominador comum para comparação mesmo sendo este julgado ineficiente. Os pesquisadores consideram arbitrário o corte de 11-19 anos para adolescência mesmo porque este período só pode ser aplicável em algumas circunstâncias da classe média brasileira onde prevalece o discurso médico. Nota-se que nas classes sociais menos favorecidas os parâmetros para a adolescência e a passagem para a *aduldez* são o início da vida sexual ativa, da organização familiar, da inserção no mercado de trabalho ou de outros indica-

dores sociais que nada tem a ver com indicadores biológicos.

Observamos que tanto na leitura da produção acadêmica especializada quanto no discurso dos pesquisadores entrevistados existe o uso de ambos os termos adolescência e juventude, porém com a distinção significativa para a utilização do termo adolescente em produções e pesquisas que abordam a sexualidade, saúde reprodutiva e gravidez e o termo jovem em trabalhos acadêmicos e estudos ligados à violência, trabalho e profissionalização.

A partir do levantamento realizado identificamos alguns desafios cujo trabalho sobre eles poderá permitir o desvelamento de propostas de estudos e intervenção mais eficazes:

- A necessidade da desconstrução do conceito de adolescência/juventude ultrapassando as limitações impostas pela visão médico/biológica, já que uma constitui uma categoria parametrizada pela cultura (juventude) e a outra é baseada em atributos biológicos e psicológicos (adolescência).

- A necessidade de desenvolver investigações sobre a saúde sexual de pessoas jovens que permitam a análise e a comparação de informações entre as fronteiras de classe sócio-econômica e idade, tendo como suposição central que a atividade sexual, no seu sentido mais amplo, é construída socialmente, se estruturando em um campo que vai além de seus componentes biológicos. Em outras palavras, considerar que todas as sociedades moldam os desejos e práticas sexuais, e que a juventude é um período especialmente importante da socialização, que deve assim ser conceitualizada e examinada dentro do vasto e contínuo processo de construção social da experiência sexual.

- A necessidade de utilizar metodologias de estudo que permitam a exploração dos contextos da atividade sexual, isto é, as experiências sexuais em interface com as várias identidades

sócio-culturais e dos significados que se remetem a saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Essas metodologias devem obedecer uma perspectiva que vá além da capacidade de gerar dados concernentes à frequência de condutas sexuais específicas para comparação relativa, considerando os processos sociais e culturais que ajudam ao jovem a dar sentido a seus desejos sexuais, sentimentos e interesses.

Para concluir, apresentamos algumas recomendações para uma agenda para futuros estudos e investigações na área da saúde sexual e reprodutiva da população jovem no Brasil que possa preencher as lacunas de conhecimento ou “gaps” encontradas ao longo desta análise de situação:

- 1) No estudo da saúde reprodutiva e sexual de pessoas jovens, considerar a diversidade das experiências juvenis enfatizando os recortes de classe, gênero, etnia, a diversidade regional e de inserções e pertencimentos a grupos sociais e culturais específicos, e ainda dentro destes grupos as diferentes vivências de juventude.

- 2) Examinar a adolescência ou juventude como uma fase formativa que determina a construção social do ser homem ou do ser mulher, do tornar-se um adulto, cidadão - isto é, com direitos, deveres e responsabilidades.

- 3) Aprofundar o estudo das relações de gênero *per se* e não apenas focalizar nas necessidades masculinas e/ou femininas. Considerar também as diversidades de orientação sexual e suas implicações de gênero. Investigar a organização das relações de gênero para compreender a violência entre os sexos e dar subsídios para estratégias de viabilização de relações de gênero mais equitativas.

- 4) Construir propostas de intervenção a partir do entendimento da lógica que rege o comportamento dos diferentes grupos, bem como que leve em consideração a existência de diversidades intra-grupos.

5) Analisar o discurso adulto existente sobre a juventude e de outros atores sociais considerados suportes/modelos para a construção da identidade adulta; em fim, atores a quem se atribui a responsabilidade pelo jovem, sejam estes os que elaboram e implementam as políticas públicas e sociais, as concepções teórico-acadêmicas, ou o discurso da mídia, entre outros.

6) Estudar a busca de parcerias sexual e conjugal e a relação entre a maior liberdade no espaço público de jovens de 15-17 anos que estão cada vez mais ocupando o espaço permitido para maiores de 18 e 21 anos na “vida-noturna” – e o modo pelo qual essa nova inserção social está impactando suas experiências no exercício da sexualidade.

7) Verificar quais as estratégias de construção de novas redes sociais que estão sendo utilizadas pelos jovens, considerando a organização familiar, o vínculo do jovem à família, a reorganização das unidades domésticas, e da saída ou não da estrutura existente. As diferenças na vivência deste fenômeno pelo homem e pela mulher. Neste contexto, considerar as experiências de gravidez e paternidade quando vivenciadas por jovens.

8) Desenvolver pesquisas e intervenções para entender e combater o papel da violência estrutural (pobreza, racismo e outras formas de exclusão social) como fator principal de sustentação da vulnerabilidade dos jovens. Como exemplo, estudos que possam identificar projetos ou programas que favoreçam a criação de referências para a construção de identidades positivas entre os jovens e intervenções que criem condições alternativas para superar a condição de exclusão e promover a saúde entre os jovens.

9) Desenvolver estudos de avaliação de projetos e programas existentes com o objetivo de identificar projetos que funcionam e incentivar a ampliação ou multiplicação daqueles que possam ser aplicados em maiores escalas.

O estudo aprofundado dos temas acima citados poderão contribuir com a geração de novas perspectivas e maiores possibilidades de construção do conhecimento e de práticas inovadoras, ampliando assim as oportunidades para a saúde sexual e reprodutiva entre a população jovem.

6. BIBLIOGRAFIA

ARILHA, M. e CALAZANS, G. (1998) Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Berquó, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CPND. V. 2

ARRUDA, J.; FERRAZ, E.; MORRIS, L. (s.d.) *Sexualidade e saúde reprodutiva da jovem brasileira*. Rio de Janeiro, BEMFAM.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. MS, Brasília, 1991.

AYRES, J.; CALAZANS, G.; FRANÇA Jr., I. (1998) Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

BAENINGER, R. (1998) Juventude e Movimentos Migratórios no Brasil. In: BERQUÓ, E. *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília, CNPD.

BARKER, G. (1999) *Listening to boys: some reflections on adolescent boys and gender equity*. Comments prepared for the AWID Conference Panel “Male involvement in sexual and reproductive health: hindrance or help to gender equity?”, Nov. 12, 1999, Alexandria, VA.

BARKER, G. e LOEWENSTEIN, I. (1996) *Where the boys are. In: promoting greater male involvement in sexuality education: conclusions from qualitative research in Rio de Janeiro, Brazil*. Rio de Janeiro, CEDUS.

BEMFAM (1999) *Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundi-*

- dade, comportamento sexual e saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro, CDCP.
- BERQUÓ, E. (1998) Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília, CPND. V. 1.
- BERQUÓ, E. (org.) (1998) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília, CPND.
- BRUNO, Z. e BAILEY, P. (1998) Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- BRUSCHIN, M. A (coord.) (1981) Educação Sexual: Instrumento de Democratização ou de Mais Repressão? *Cadernos de Pesquisa*, 36, 99-110.
- CAMARANO, A. (1998a) Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- CAMARANO, A. (1998b) Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: BERQUÓ, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas.* Brasília, CPND. V. 1.
- CARIDADE, A. (1999) O adolescente e a sexualidade. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (org.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento.* V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.
- CAVASIN, S. e ARRUDA, S. (1998) Educação sexual e comunicação para adolescentes. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- CDC. (1997) *Vital and Health Statistics.* May.
- CEBRAP (1999) *Relatório de Pesquisa "Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV e AIDS"*. Ministério da Saúde/SPS-CN-DST/Aids. Brasília.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (1997) *Fertility, Family Planning, and Women's Health: New Data From the 1995 National Survey of Family Growth.* *Vital and Health Statistics.* Series 23, Nº 19, May.
- CHILE (sd). Comisión Nacional Del Sida. Ministerio de Salud.
- DIAZ, J. e DIAZ, M. (1999) Contracepção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (org.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento.* V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.
- DUBEUX, C. (1998) *Quando o assunto é sexo: um estudo geracional a respeito da transmissão de valores sobre a sexualidade em famílias de camadas médias.* Dissertação de Mestrado. Recife, Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE.
- FERRAZ, E. e FERREIRA, I. (1998) Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- HEILBORN, M. (1998) Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- ICRW – International Center for Research on Women. (1995) *Sexuality and AIDS prevention among adolescents from low-income communities in Recife, Brazil.* Washington. (Women and AIDS Research Program Research Report Series n. 11).

- IPEA (1998) Carta de Conjuntura 85 - dezembro de 1999, Rio de Janeiro.
- LEAL, O. e FACHEL, J. (1999) Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: HEILBORN, M. e BRANDÃO, E. (orgs.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora.
- LYRA, J. (1997) *Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção*. Dissertação de Mestrado. São Paulo. Mestrado em Psicologia Social - PUC/SP.
- LYRA, J. (1998) Participação masculina na gravidez adolescente. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- MEDRADO, B. e LYRA, J. (1999) A adolescência "desprevenida" e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (org.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.
- MERCHÁN-HAMANN, E. (1996) *Adolescente pobre, escola e prisão: práticas, representações e cenário culturais dos riscos de HIV/AIDS*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) *Boletim Epidemiológico: Junho-Agosto de 1999*. Brasília, Ministério da Saúde.
- MONTEIRO, S. (1999) *AIDS, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- MONTEIRO, S. (1999) Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M. e BRANDÃO, E. (orgs.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora.
- MOTA, M. (1996) *Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da AIDS*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- OLIVEIRA, J. et alii (1998) "Evolução e característica da população jovem no Brasil". In: BERQUÓ, E. (org.) *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. CNPD, Brasília.
- OSIS, M. (1998) Esterilização e gravidez na adolescência: fatores inter-relacionados. VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- PAIVA, V. (1994) Sexualidade e Gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J. e PEDROSA, J. (orgs.) *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará.
- PAIVA, V. (1995) Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, R. e BARBOSA, R. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- PARKER, R. (1989) Youth, identity and homosexuality: changing shape of sexual life is contemporary Brazil. *Journal of Homosexuality*, v. 17, b.3/4, p. 269-289.
- PARKER, R. (1991) *Corpos, prazeres e paixões*. Rio de Janeiro, Rocco.
- ANDI (1999) Pesquisa os Jovens na Mídia, Protagonismo: quando o problema é a solução. Brasília.
- PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE (1996) Bases Programáticas. Brasília, MS.
- RUA, M. (1998) As políticas públicas e juventude dos anos 90. In: BERQUÓ, E. (org.) *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. Brasília, CNPD.
- SABÓIA, A. (1998) Situação Educacional dos Jovens. In: BERQUÓ, E. (org.) *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. CNPD, Brasília.
- SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (orgs.) (1999) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.
- SCHWARTZMAN, S. (Org.) (1983) Estado Novo, um auto-retrato. *Arquivo Gustavo Capanema*.

- Coleção Temas Brasileiros, Volume 24.* Brasília, Ed. Universidade de Brasília.
- SEF/MEC (1996) *Parâmetros curriculares nacionais - orientação sexual.* Brasília.
- SEIXAS, A. (1999) Abuso sexual na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (orgs.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento.* V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.
- SOUZA, M. (1998) Maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. e MCKAY, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- VIANNA, M. (1991) Benefícios Privados, Vícios Públicos. Considerações sobre o Liberalismo à Brasileira. *Textos para Discussão Nº 271.* Rio de Janeiro, Instituto de Economia Industrial/UFRI.
- VIEIRA, E.; FERNANDES, M.; BAILEY, P. E MCKAY, A. (orgs.) (1998) *Seminário Gravidez na Adolescência.* Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.
- VIVARTA, V. (1999) Midia: Quando a informação é o melhor remédio. In: SCHOR, N.; MOTA, M.; CASTELO BRANCO, V. (orgs.) *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.* V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

ANEXO I

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Arilha, M. e Calazans, G. (1998) Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: Berquó, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CPND. V.2.

Considerando as mudanças culturais mais gerais e sua imbricação com as mudanças na cultura sexual, o artigo busca analisar como tais alterações impactaram a vida sexual da população jovem brasileira. Nesta perspectiva, a autoras buscam identificar e compreender quais seriam estas mudanças e em que medida elas têm sido incorporadas às especificidades culturais e regionais no que tange às subordinações de gênero, raça, classe social e idade. Partido deste contexto, descrevem e analisam o percurso da educação sexual e das políticas e programas de saúde para a população adolescente, identificando desafios e perspectivas para a formulação de políticas públicas direcionadas a população jovem no Brasil.

Arruda, J.; Ferraz, E.; Morris, L. (s.d.) *Sexualidade e saúde reprodutiva da jovem brasileira*. Rio de Janeiro, BEMFAM.

A publicação apresenta uma análise secundária dos dados coletados pela Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986; enfocando os dados relativos às mulheres jovens de 15-24 anos de idade. Além da descrição das características gerais das mulheres investigadas, são abordados temas relativos a fecundidade, experiência sexual pré-marital e marital, anticoncepção (prática entre mulheres unidas ou não, conhecimento, métodos do passado e atual, razões para o não uso, fontes de obtenção), saúde materno-infantil (assistência

pré-natal, local do parto, tipo de parto). Os dados são apresentados considerando-se as variáveis: idade, local de residência, estado civil, experiência religiosa, classe sócio-econômica, instrução e região.

Ayres, J.; Calazans, G.; França Júnior, I. (1998) Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

Tomando por base o aumento da presença dos jovens no quadro da infecção por HIV/AIDS, os autores buscam problematizar o conceito de vulnerabilidade do adolescente. Eles indicam estratégias para a redução dessa vulnerabilidade, enfatizando o papel dos adultos como interlocutores e não como tutores na relação adolescente/AIDS.

Barker, G. (1999) *Listening to boys: some reflections on adolescent boys and gender equity*. Comments prepared for the AWID Conference Panel "Male involvement in sexual and reproductive health: hindrance or help to gender equity?", Nov. 12, 1999, Alexandria, VA.

O autor discute alguns aspectos dos trabalhos de intervenção/pesquisa com adolescentes, identificando que quando as atividades são desenvolvidas com garotos, elas quase sempre têm foco

de atenção aspectos específicos como a violência e a delinquência. Por outro lado, constata que as iniciativas em relação à saúde reprodutiva de adolescentes têm sido traduzidas, sobretudo, em ações para “empoderar” as mulheres jovens a fim de proporcionar o controle delas sobre suas próprias sexualidades e decisões sobre reprodução. Os garotos muitas vezes não são considerados. Assim, constata-se uma lacuna nas iniciativas que visam promover a equidade de gênero/saúde reprodutiva, que deixam de trabalhar o engajamento dos jovens rapazes nesses processos. Identificando tal carência e tentando dar subsídios a trabalhos de intervenção/pesquisa que busque dar-lhe respostas, o autor, tomando como dados os discurso dos próprios garotos, busca oferecer insights sobre os garotos adolescentes e seus processos de socialização, analisando como são construídas as identidades de gênero, ressaltando aspectos relativos à equidade de gênero e saúde reprodutiva. Finalmente, aborda as implicações desse processo de construção do gênero no trabalho com os adolescentes, apontando estratégias para que os profissionais consigam promover equidade de gênero, incluindo um crescente envolvimento na saúde reprodutiva.

Barker, G. e Loewenstein, I. (1996) *Where the boys are. In: promoting greater male involvement in sexuality education: conclusions from qualitative research in Rio de Janeiro, Brazil*. Rio de Janeiro, CEDUS. [Barker, G. e Loewenstein, I. (1997) *Onde estão os garotos: promovendo maior envolvimento masculino na educação sexual: conclusões de uma pesquisa qualitativa no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, CEDUS.]

A publicação apresenta os resultados de pesquisa qualitativa realizada com jovens dos sexos masculino e feminino com idades de 14 a 30 anos, em populações de baixa renda da classe trabalhadora da cidade do Rio de Janeiro. A inves-

tigação teve por objetivo compreender o que o adolescente e o jovem adulto pensam sobre as transformações sociais recentes relativas aos papéis dos homens e mulheres, e tentar perceber como constroem seus valores de sexualidade, masculinidade, violência contra a mulher e paternidade. Como contrapartes dos jovens do sexo masculino foram entrevistadas mulheres jovens da mesma camada social.

BEMFAM (1999) *Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro, CDCP.

Fruto de um estudo desenvolvido pela BEMFAM, o documento apresenta informações estatísticas sobre as características da população de jovens (15-24 anos) brasileiros em relação à fecundidade, comportamento sexual, anticoncepção, saúde materno-infantil, conhecimentos e atitudes em face das DST/AIDS. O estudo foi realizado com base nos resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 pela BEMFAM.

Berquó, E. (1998) Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: Berquó, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CPND. V. 1.

O artigo visa descrever aspectos da nupcialidade dos jovens, e de sua inserção familiar. Apresenta e analisa dados do Censo Demográfico de 1991 no que se refere à população jovem por sexo, segundo estado conjugal e segundo o tipo de união; o diferencial urbano-rural; os diferenciais raciais; as escolhas matrimoniais por idade e casamentos inter-raciais. Ainda apresenta as estatísticas da inserção dos jovens solteiros, casados e separados/divorciados/desquitados/viúvos segundo os tipos de família.

Berquó, E. (org.) (1998) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CPND. 2 volumes.

A coletânea é dedicada a documentar a qualidade e nível de vida a que estão sujeitos os jovens no Brasil. Os artigos estão organizados em cinco sessões temáticas: características sócio-demográficas; saúde; educação, trabalho e previdência; cultura; gastos públicos e políticas públicas.

Bruno, Z. e Bailey, P. (1998) Gravidez em adolescentes no Ceará: maternidade ou aborto. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health Internacional/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

O artigo é resultante de uma pesquisa onde se comparam adolescentes que se tornaram mães e outras que interromperam a gravidez. Os resultados apontam para o fato de que nem toda gravidez adolescente é indesejável. Também aponta para um outro fato, o de que apesar de ilegal, o aborto parece ser uma opção bastante difundida. As autoras propõem algumas formas de intervenção que poderiam aumentar o leque de opções da mulher, prevenindo o aborto, sobretudo quando ele se torna uma prática de risco.

Camarano, A. (1998a) Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health Internacional/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

Analisando os dados dos censos demográficos e da Pesquisa Nacional de Saúde Materno-

Infantil da BEMFAM, a autora considera que a "fecundidade precoce" traz uma série de resultados indesejados para as mulheres e seus filhos. A precocidade das uniões estaria associada à baixa escolarização, indicaria maiores índices de mortalidade materna e infantil e interrupção da escolaridade.

Camarano, A. (1998) Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Berquó, E. (org.) *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, CPND. V. 1.

O artigo tem por objetivo traçar o perfil de saúde reprodutiva da população jovem brasileira (15-24 anos), enfocando as transformações experimentadas pela fecundidade deste grupo etário, com ênfase na gravidez na adolescência. Também aborda a anticoncepção e assistência médica recebida durante o pré-natal e parto. São utilizados os dados dos Censos Demográficos e da Pesquisa Nacional de Saúde Materno Infantil da BEMFAM (DHS) de 1986 e 1996.

Caridade, A. (1999) O adolescente e a sexualidade. In: Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (orgs.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

Partindo da concepção de que a sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ela se insere, a autora procura analisar que tipo de cultura está subsidiando o "ser adolescente" na contemporaneidade, e que tipo de sexualidade ele está inventando para situar-se em sua época. Identifica o lugar da mídia, da "sociedade do espetáculo" e da "cultura do narcisismo" na configuração do contexto onde o adolescente desenvolve a sua sexualidade. Analisa o fenômeno do "ficar" no âmbito do que chama "ética adolescente" e o papel do contexto familiar e social no processo de desenvolvimento do jovem e na construção de uma ética sexual.

Cavasin, S. e Arruda, S. (1998) Educação sexual e comunicação para adolescentes. In:Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e Mckay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/ Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

As autoras refletem sobre os motivos que levam uma menina a engravidar, recolocando em cena o fato de que o desejo de engravidar existe em muitas delas. Assim, identificam a ocorrência de diferentes posturas por parte das jovens perante a gravidez, quando esta acontece em diferentes etapas da adolescência. Considerando que uma gravidez na adolescência pode desencadear fatores que representam um comprometimento individual, indicam a necessidade de que os programas de educação sexual estejam calcados em informações claras e honestas sobre sexualidade e saúde reprodutiva.

Diaz, J. e Diaz, M. (1999) Contracepção na adolescência. In: Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (org.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

O artigo aborda o fenômeno do aumento da fecundidade nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, correlacionando-o ao aumento e a precocidade da atividade sexual. Identifica os fatores para o não uso de métodos anticoncepcionais por grande parte dos/as adolescentes, bem como as conseqüências sociais e os riscos à saúde e da gravidez na adolescência. Além disso, pontua que grande parte dos adolescentes inicia a vida sexual sem proteger-se das DST e da AIDS. Apresenta os avanços nos campos da saúde sexual e reprodutiva obtidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo/1994 - e na IV Conferência

da Mulher - Beijing/1995 -, enfocando a aplicação das diretrizes e direitos postulados nestes fóruns para a saúde do/a adolescente. Identifica as dificuldades para aplicar estas diretrizes no Brasil, enfocando a implementação dos programas de anticoncepção entre a população jovem. Aborda o conceito de dupla proteção, ou seja contra a gravidez indesejada e DST/AIDS. Apresenta uma revisão de recomendações de uso de anticoncepcionais na adolescência. Finaliza tecendo algumas recomendações para a elaboração de programas eficazes de atendimento aos problemas de saúde reprodutiva dos adolescentes.

Dubeux, C. (1998) *Quando o assunto é sexo: um estudo geracional a respeito da transmissão de valores sobre a sexualidade em famílias de camadas médias*. Dissertação de Mestrado. Recife, Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE.

A dissertação tem como objetivo estudar a transmissão de valores sobre sexualidade que se desenvolve no contexto das relações familiares, mais especificamente entre as gerações de pais e filhos, no segmento das camadas médias urbanas. Os dados foram analisados numa perspectiva geracional e de gênero de modo a se compreender melhor o que acontece na relação pais e filhos, quando o assunto é sexo. Aborda alguns temas relativos à sexualidade, aglutinados por afinidade: virgindade, gravidez precoce e aborto; namoro, ficar, fidelidade e casamento; AIDS, homossexualidade e masturbação. Dois diferentes padrões de relacionamento entre pais e filhos emergem dos dados desta pesquisa: um conjunto de famílias que modernizou a educação sexual recebida em suas famílias de origem e um outro grupo que reproduziu essa educação quase integralmente. A presença da AIDS não tem sido um fator determinante para que os pais abordem mais profundamente a temática com seus filhos. A sexualidade dos jovens revela

ter uma significativa articulação com o projeto de felicidade elaborado pela geração de pais para seus filhos, que passa pela proteção do patrimônio e do capital cultural dessas famílias.

Ferraz, E. e Ferreira, I. (1998) Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

Utilizando-se dos dados do censo demográfico e da Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil da BEMFAM as autoras analisam a iniciação sexual das mulheres de 15 a 19 anos, buscando traçar seu perfil sócio-econômico. Elas propõem que o abandono da escola é um dos efeitos da gravidez na vida das jovens.

Heilborn, M. (1998) Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

A autora enfatiza a importância de se “desnaturalizar o problema” da gravidez na adolescência e buscar outros aspectos para a sua compreensão, relativizando a leitura deste fenômeno. Assinala a necessidade de se considerar o fator idade no estabelecimento de diferenças entre a gravidez de meninas de 10-14 anos e a de jovens. Discute o que chama “roteiros sexuais” e re-significa o fenômeno da gravidez na adolescência no contexto de uma transição para a vida

adulta. Finaliza apontando para a possibilidade da emergência de novos valores relativos à virgindade feminina na sociedade brasileira.

ICRW – International Center for Research on Women. (1995) *Sexuality and AIDS prevention among adolescents from low-income communities in Recife, Brazil*. Washington, ICRW. (Women and AIDS Research Program Research Report Series n. 11).

Relatório de estudo realizado no Recife-PE que objetivou entender como mulheres adolescentes de baixa renda percebem sua sexualidade e determinar os fatores que aumentam a sua vulnerabilidade para as DST e para a infecção pelo HIV, a fim de desenvolver estratégias apropriadas para prevenção: foram investigadas 255 adolescentes, sendo 200 alunas de escola-noturna e 55 recrutadas em pontos de prostituição e áreas frequentadas por garotas de rua, de idade variando entre 13 e 19 anos. Vale ressaltar o aporte metodológico que tem a particularidade de contar com a colaboração, seja enquanto entrevistadora seja na elaboração dos instrumentos da pesquisa, de dez adolescentes participantes de projeto social desenvolvido pela Casa de Passagem, uma organização não-governamental que objetiva promover serviços sociais e de saúde para mulheres adolescentes de baixa renda, e trabalha para defender os direitos sociais, civis e humanos de crianças e adolescentes. O relatório apresenta as características sócio-demográficas da população investigada e discute os dados obtidos em relação aos valores e crenças sobre relacionamentos e sexualidade; experiência sexual; auto-valor e auto-estima; busca de informações sobre sexo e AIDS; consciência e opiniões sobre as campanhas de prevenção da AIDS; conhecimento e atitudes frente a AIDS; percepções sobre o risco de infecção pelo HIV; adoção de comportamentos preventivos ao HIV; saúde reprodutiva e cuidado ginecológico.

Leal, O. e Fachel, J. (1999) Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: Heilborn, M. e Brandão, E. (orgs.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora.

O artigo busca entender o comportamento sexual dos jovens residentes em vilas periféricas de baixa renda da cidade de Porto Alegre-RS, a partir de um recorte de gênero. Aponta a existência de importantes diferenças na forma como rapazes e moças apresentam práticas e valores referentes à sexualidade, que, por outro lado, se acentuam com a idade. Conforme as autoras a iniciação sexual masculina estaria associada à conquista, desejo e desempenho; enquanto a feminina, o ato de tornar-se mulher, estaria associado à violência, contingência e prazer. Para além das diferenças de gênero, apontam duas modalidades de iniciação sexual heterossexual, masculinas e femininas, designadas como “igualitárias” – onde há a proximidade etária entre os parceiros, a inexistência de um diferencial expressivo entre experiência sexual e amorosa anterior entre rapazes e moças, e um envolvimento afetivo entre o casal – e “violentas” – caracterizadas pela presença de relações sexuais forçadas, tanto entre moças quanto entre rapazes. Por fim as autoras identificam as determinações da organização social e sistema de parentesco no contexto das famílias de classes populares, estabelecendo correlações entre trajetórias e opções dos jovens em se iniciarem sexualmente, e o papel do exercício da sexualidade na construção de estratégias matrimoniais que levarão os jovens a entrarem no mundo adulto. Além disso chama atenção a proposta metodológica utilizada que busca combinar procedimentos qualitativos de investigação com técnicas estatísticas na área da saúde reprodutiva.

Lyra, J. (1997) *Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção*. Dissertação de

Mestrado. São Paulo, Mestrado em Psicologia Social - PUC/SP.

O estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção voltada ao pai adolescente, em resposta a constatação de que, no Brasil, pouca atenção tem sido dada ao jovem pai, no processo de gravidez e no cuidado para com os filhos. À luz de uma reflexão sobre as relações e hierarquia de gênero e idade, a proposta partiu da sistematização e análise de informações acerca do modo como vem sendo percebida e tratada a paternidade adolescente no Brasil, particularmente na cidade de São Paulo, por diferentes instâncias relacionadas às áreas: jurídica, demográfica, escolar, da saúde e da sexualidade. Com isto, buscou-se enfatizar a necessidade de ações que incentivem a participação masculina na vida reprodutiva e familiar, repensando preconceitos com relação aos pais adolescentes e promovendo condições para uma maior interação entre pai-mãe-filho e uma maior equidade nas relações de gênero e idade, com especial destaque às relações parentais.

Lyra, J. (1998) Participação masculina na gravidez adolescente. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

O artigo analisa a participação masculina, adolescente ou adulta, na gravidez adolescente e na vida familiar. Questiona se a gravidez na adolescência é sempre indesejável, já que estudos empíricos mostram que o evento pode trazer alguns benefícios emocionais para os jovens. Propõe-se a discutir, a partir de uma análise menos coercitiva, a quem serve e qual é o impacto de ações repressivas e excludentes face à vida reprodutiva dos adolescentes.

Medrado, B. e Lyra, J. (1999) A adolescência “desprevenida” e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. In: Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (org) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

O artigo se propõe a fornecer subsídios para o campo de estudos e ações em torno da saúde do adolescente e do jovem. Ele focaliza o tema da gravidez na adolescência a partir da articulação entre as dimensões de gênero e geração, e com base em experiência dos autores nas áreas de ensino, pesquisa e intervenção junto a populações adolescentes em Recife. Reflete sobre o impacto de concepções pré-conceituosas e ações repressivas sobre a sexualidade e reprodução na adolescência, e sobre a importância de se discutir a participação jovem e masculina no campo da saúde e relações de gênero, sexualidade e reprodução.

Merchán-Hamann, E. (1996) *Adolescente pobre, escola e prisão: práticas, representações e cenário cultural dos riscos de HIV/AIDS*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

A tese procura avaliar as situações de risco e de prevenção de HIV/AIDS a que estão sujeitos os adolescentes do Sistema Institucional Brasileiro para Infância e Adolescência e fazer um levantamento dos aspectos interacionais e culturais envolvidos nessa conjuntura. O universo analisado abrangeu duas escolas abertas a comunidade, nas quais foram entrevistados informantes de ambos os sexos; e um centro de detenção para menores infratores do sexo masculino. A maioria dos informantes era do sexo masculino, com média de idade de 13 anos, e residindo em bairros e favelas da Zona Norte do Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense. Evidenciou-se a existência de conhecimento fragmentário e inconsciente sobre HIV/AIDS. A televisão tem sido o meio

mais importante de veiculação de informações e na configuração do imaginário sobre HIV/AIDS. A sujeira, o castigo injusto e a usurpação do corpo apareceram com maior frequência na representação simbólica da AIDS; os discursos de gênero e transgressão revelaram-se mediadores do exercício de atos eróticos e da escolha de companheiros(as) sexuais. 70% dos informantes eram sexualmente ativos e quase nunca faziam sexo seguro, o uso consistente do preservativo surgiu no relato de menos de 5% e 3,2% dos informantes do sexo masculino, respectivamente com experiência heteroerótica e homoerótica. Documentou-se a existência de diversas formas de violência, bem como o descaso da instituição fechada para menores infratores quanto à prevenção de HIV/AIDS. Com base nos resultados o autor propõe a construção de práxis interdisciplinar da educação em saúde, que tenha por base a valorização do sujeito-cidadão ativo e consciente, partindo de uma concepção holística da saúde. Para tanto, empregam-se elementos das teorias da linguagem integral em educação da internalização de processos sociais.

Monteiro, S. (1998) AIDS prevention in Brazilian public schools: a partnership between four municipalities and a nongovernmental organization. In: *Ciência e cultura journal of the Brazilian Association for Advancement of Science*. Vol. 50(5), september/october.

O artigo analisa o desenvolvimento do projeto Viva a Vida que teve como objetivo capacitar profissionais da rede pública de ensino para desenvolverem programas de prevenção do HIV/AIDS na comunidade escolar, mediante um acordo de cooperação técnica entre uma organização não governamental sobre AIDS (ABIA) e organizações governamentais (Secretarias de Educação de quatro municípios brasileiros, Friburgo-RJ, Florionópolis-SC, Palmas-TO e Itabira-MG). Descreve o processo

de implementação do projeto, avalia o impacto dos treinamentos dirigidos aos educadores e identifica os resultados alcançados. Informado pela relação entre prática pedagógica, construção social da epidemia de HIV/AIDS e o contexto social, político e econômico, o texto pretende contribuir para a literatura sobre programas preventivos.

Monteiro, S. (1999) *AIDS, sexualidade e gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

A tese analisa a percepção de jovens de grupos populares urbanos em relação aos cuidados de saúde, em particular a transmissão do HIV. Descreve as trajetórias biográficas e as experiências sociais do gênero e sexualidade de rapazes e moças moradores da favela de Vigário Geral (RJ), focalizando as representações e práticas de auto-proteção. Analisa o que chama lógica da proteção, buscando identificar o status do contexto sócio-econômico, dos valores tradicionais, dos valores do individualismo moderno, do conhecimento e acesso à proteção como oferecidos pelo discurso preventivo hegemônico, na constituição desta lógica no grupo investigado.

Monteiro, S. (1999) Gênero, sexualidade e juventude numa favela carioca. In: Heilborn, M. e Brandão, E. (orgs.) *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editora.

O artigo analisa as trajetórias e as experiências sociais de gênero e sexualidade de rapazes e moças moradores de Vigário Geral, no Rio de Janeiro. Em um contexto atravessado pelo comércio ilegal de drogas, que erige traços masculinos relacionados à virilidade e à violência como símbolos de prestígio social, a autora problematiza a persistências de estruturas tradicionais – de organização familiar, dos papéis de gênero, de

expectativas para a vida adulta, e a ausência de relatos sobre práticas homoeróticas. Aborda as concepções sobre casamento e paternidade, iniciação sexual, masturbação, sexo vaginal, anal e oral. Assinala que a concepção de relação sexual é subsumida à de sexo vaginal com penetração. Com base no resultados obtidos em Vigário Geral a autora discute o alcance de propostas de prevenção centradas nas alterações das práticas sociais.

Mota, M. (1996) *Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da AIDS*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

A dissertação busca entender alguns aspectos da sexualidade masculina, bem como as formas como se organiza a construção da identidade sexual no contexto da epidemia de AIDS, a partir da fala de jovens de baixa renda, de 14 a 21 anos, moradores da área metropolitana do Rio de Janeiro. Examina o modo como o sujeito percebe a AIDS e investiga a sexualidade no contexto da epidemia. Busca captar, através de relatos dos sujeito sobre a prática sexual, aspectos da construção da identidade sexual e do gênero masculino. Chama atenção para a diversidade de desejos e fantasias sexuais, relacionando-os com a auto-identidade, níveis de informação e conhecimento sobre o HIV/AIDS, assim como as mudanças de atitudes em relação à epidemia.

Osis, M. (1998) Esterilização e gravidez na adolescência: fatores inter-relacionados. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e McKay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

A autora aborda a relação entre esteriliza-

ção e gravidez na adolescência. Examinando as conseqüências da laqueadura a longo prazo na vida das mulheres, conclui que a esterilização poderia ser avaliada como resultado de uma vida reprodutiva iniciada cedo. A autora propõe que, para diminuir os índices de esterilização, seria fundamental dar aos jovens acesso a serviços de saúde reprodutiva de boa qualidade, possibilitando-os fazer escolhas informadas.

Paiva, V. (1994) Sexualidade e Gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/AIDS. In: Parker, R.; Bastos, C.; Galvão, J. e Pedrosa, J. (orgs.) *A AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ/Relume-Dumará.

O artigo apresenta alguns dados preliminares de intervenção/pesquisa realizada na região central e áreas de cortiços da cidade de São Paulo, com alunos de uma escola primária noturna da prefeitura. Diz respeito a um trabalho que busca sensibilizar jovens de 14 a 20 anos para a prevenção da AIDS. Analisando os dados iniciais, a autora busca oferecer pista para entender as mudanças no cenário da epidemia do HIV/AIDS caracterizada pela pauperização, pelo aumento na quantidade jovens, mulheres e crianças doentes, e uma tendência proporcionalmente maior de transmissão pela via heterossexual; além da realidade da saúde reprodutiva (contracepção, esterilização, aborto, etc.) que afetam as mulheres diretamente. Assim, ela busca entender o contexto sociocultural que encontra-se por trás de tais fenômenos; apresentar possibilidades de instrumentalizar as mudanças psicossociais no sentido de auxiliar as pessoas a compreenderem os riscos de infecção pelo HIV e a identificarem opções mais aceitáveis para si próprias e para os parceiros dentro as práticas sexuais seguras; e como oferecer apoio às pessoas que decidiram modificar suas práticas.

Paiva, V. (1995) Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker, R. e Barbosa, R. (orgs.) *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

O artigo apresenta alguns resultados de trabalho de pesquisa/intervenção desenvolvidos entre 1991-1994 com jovens alunos de primeiro grau noturno em escolas públicas de quatro bairros de São Paulo e com estudantes da Universidade de São Paulo. A autora parte da idéia de que a adolescência é um fenômeno moldado por influências econômicas e políticas, que não podem ser esquecidas quando se pensa em projetos de educação e prevenção. Assim, propõe a centralidade da análise cultural para entender os números obtidos através de instrumentos quantitativos de pesquisa e a contar com a fala dos jovens para traduzir seu sentido. Discute como a classe social e a escolaridade podem interferir no sistema de gênero que emoldura os “*scripts*” e as práticas sexuais. Nesse contexto discute sobre a existência de diferentes sexualidades e vulnerabilidades; fatos que devem ser tomados em conta no momento da elaboração de programas de intervenção. A esse respeito chama atenção para o erro de importar, sem crítica, experiências e métodos para prevenção da AIDS adequados talvez para a classe média e rica no Brasil. Propõe como objetivo dos trabalhos de prevenção o de estimular a emergência de “*sujeitos sexuais*”, indivíduos capazes de serem agentes reguladores de suas vidas sexuais.

Parker, R. (1989) Youth, identity and homosexuality: changing shape of sexual life is contemporary Brazil. *Journal of Homosexuality*, v. 17, b.3/4, p. 269-289.

O ensaio examina a relação entre homossexualidade e adolescência no Brasil contemporâneo, focalizando a distinção entre dois diferentes sistemas de significação da vida sexual, que

têm estruturado as experiências de relação com pessoas do mesmo sexo: o modelo tradicional, dominante nas áreas rurais, e um mais moderno, que tem se tornado crescentemente importante nas áreas urbanas. Analisa como esses diferentes sistemas têm afetado a experiência do desejo e as práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo durante a juventude. Sugere que a emergência de uma nova cultura sexual nos grandes centros urbanos brasileiros, ampliou significativamente o escopo de escolhas sexuais disponíveis para a juventude masculina e feminina, abrindo novas possibilidades, mais fluidas e diversificadas, de relacionamento.

Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (orgs.) (1999) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

A coletânea apresenta trabalhos que buscam compreender o processo de passagem da infância para a adolescência, e desta para a fase de adulto jovem, considerado em sua complexidade. De modo geral, uma premissa parece justificar todos os artigos e a própria concepção da obra: é a de que embora a juventude seja fonte de grandes oportunidades, ela mesma pode constituir-se em sérias ameaças para os próprios jovens, caso lhes sejam negados um bom nível educacional, boas oportunidades de trabalho e não dispuserem de informações e serviços para o desempenho de uma vida sexual e reprodutiva seguras. Assim, dentre as temáticas abordadas estão: DST, HIV, gravidez precoce, educação, serviços de saúde, saúde sexual e reprodutiva. Estas e outras temáticas confluem no decorrer da obra para um único objetivo que é o de pensar a saúde do jovem brasileiro.

Seixas, A. (1999) Abuso sexual na adolescência. In: Schor, N.; Mota, M.; Castelo Branco, V. (orgs.) *Cadernos: juventude, saúde e desenvolvimento*. V. 1, Brasília, Ministério da Saúde.

Discute a violência na adolescência e juventude enquanto um problema social da ordem do patológico e como uma das maiores ameaças à saúde e à segurança pública nas Américas. Enfoca a violência sexual, discutindo as noções de maus-tratos, abuso sexual, incesto, estupro e atentado violento ao pudor. Discute o impacto de vivências violentas, sobretudo as do âmbito sexual, no desenvolvimento saudável rumo a idade adulta.

Souza, M. (1998) Maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e Mckay, A. (orgs.) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/Family Health International/Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional.

O autor busca relativizar o fenômeno da gravidez na adolescência, questionando até que ponto a maternidade acarreta desvantagens sociais para as jovens mães. O autor defende o uso do conceito gravidez na adolescência por ser bem mais amplo que o conceito de maternidade precoce. Relativizando o conceito de precoce, considera possível que o aumento da fecundidade nesta faixa etária indique mudanças nos padrões reprodutivos resultantes dos desejos das mulheres no sentido de iniciar mais cedo sua vida reprodutiva. Também busca medir o impacto da maternidade na vida das adolescentes de 15 a 19 anos e conclui que a maternidade nessa faixa de idade constitui uma desvantagem social que tem impacto diferenciado por renda, incidindo predominantemente sobre as mulheres mais pobres.

Vieira, E.; Fernandes, M.; Bailey, P. e Mckay, A. (orgs.) (1998) *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, Associação Saúde da Família/Women's Studies Project/

Family Health International/Agência Norte-Americana para o desenvolvimento Internacional.

A publicação reúne artigos apresentados no Seminário Gravidez na Adolescência (julho de 1998, Rio de Janeiro). Os diferentes trabalhos partem do dado demográfico comum do aumento de gestações na população adolescente brasileira, buscando debater as principais questões que envolvem o fenômeno da gravidez na adolescência. Nos artigos são abordadas, entre outras temáticas, os valores dos adolescentes sobre sexo romântico, família, identidade social, inserção no mundo adulto, estratégias de individuação. Os diferentes trabalhos convergem no que diz respeito a necessidade de se considerar, na análise da questão, o contexto sócio-econômico e cultural vivido pela grande maioria dos jovens brasileiros. Há um consenso entre os

autores quanto ao fato de que as privações sócio-econômicas são responsáveis pelos obstáculos a trajetórias de vida de mais êxito para os jovens. Ou seja, não é a gravidez na adolescência, enquanto mecanismo isolado, que impede o jovem de alcançar o mundo do trabalho ou dar continuidade aos estudos, os obstáculos surgem porque os jovens são pobres, antes mesmos de se tornarem pais ou mães. A publicação permite ainda recuperar, numa perspectiva de gênero, o ponto de vista do adolescente do sexo masculino. Tratando o adolescente na sua integralidade, os resultados do seminário, cristalizados nos artigos trazidos nesta publicação, abrem caminho para a compreensão da gravidez como um dos momentos da trajetória de vida dos jovens, não reduzindo a vivência da adolescência ao início da atividade reprodutiva.

ANEXO II

POPULAÇÃO JOVEM POR ANO E FAIXA ETÁRIA – BRASIL, 1993 - 2000

Anos	Homens			Mulheres			Total		
	10 - 14	15 - 19	20 - 24	10 - 14	15 - 19	20 - 24	10 - 14	15 - 19	20 - 24
1993	8.585.508	7.672.920	6.911.599	8.704.176	7.778.157	7.059.360	17.289.684	15.451.077	13.970.959
1994	8.957.662	7.783.640	7.011.375	8.830.390	7.890.286	7.160.425	17.788.052	15.673.926	14.172.300
1995	8.878.015	8.133.142	6.917.460	8.661.981	8.259.460	7.055.922	17.559.995	16.392.602	13.973.382
1996	8.793.460	8.252.915	7.106.332	8.598.005	8.339.381	7.261.207	17.391.465	16.592.296	14.367.538
1997	8.708.906	8.372.688	7.295.204	8.514.030	8.410.301	7.466.491	17.222.933	16.791.990	14.761.695
1998	8.624.351	8.492.461	7.484.075	8.430.054	8.499.222	7.671.776	17.054.405	16.991.683	15.155.851
1999	8.539.797	8.612.234	7.672.947	8.346.079	8.579.143	7.877.060	17.191.377	15.550.007	15.550.008
2000	8.455.242	8.732.007	7.861.819	8.262.104	8.659.064	8.082.345	17.391.071	15.944.164	15.944.164

Fonte: IPEA e MS/DATASUS.