

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**DARIELLI GINDRI RESTA**

**“EM RELAÇÃO AO SEXO TUDO É CURIOSO”: UM MODO DE PENSAR A  
SEXUALIDADE DE JOVENS NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE E DO  
CUIDADO EM SAÚDE**

**Porto Alegre, 2012**

**DARIELLI GINDRI RESTA**

**“EM RELAÇÃO AO SEXO TUDO É CURIOSO”: UM MODO DE PENSAR A  
SEXUALIDADE DE JOVENS NA PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE E DO  
CUIDADO EM SAÚDE**

Tese do Curso de Doutorado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta

**Porto Alegre, 2012**

#### CIP - Catalogação na Publicação

GINDRI RESTA, DARIELLI  
"EM RELAÇÃO AO SEXO TUDO É CURIOSO": UM MODO DE  
PENSAR A SEXUALIDADE DE JOVENS NA PERSPECTIVA DA  
VULNERABILIDADE E DO CUIDADO EM SAÚDE / DARIELLI  
GINDRI RESTA. -- 2012.  
158 f.

Orientadora: Maria da Graça Corso da Motta.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Juventude . 2. Sexualidade. 3.  
Vulnerabilidade. 4. Cuidado de enfermagem. 5.  
Cuidado em saúde. I. Corso da Motta, Maria da  
Graça, orient. II. Título.

**Nome e assinatura da Banca Examinadora**

Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta:  
Presidente - PPGENF/UFRGS

*Maria da Graça Corso da Motta*

Profa. Dra. Elaine Reis Brandão:  
Membro - UFRJ

*E. Brandão*

Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer:  
Membro - PPGEDU/UFRGS

*Dagmar Elisabeth Estermann Meyer*

Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correia de Oliveira:  
Membro - PPGENF/UFRGS

*Dora Lúcia L. C. de Oliveira*

Profa. Dra. Débora Fernandes Coelho:  
Membro - UFCSPA

*Débora Fernandes Coelho*

*Dedico esta tese ...  
... e o meu amor incondicional aos meus pais Ari e Zelma  
... e a minha felicidade que me permite ser  
ao meu companheiro Jeferson Luis Fontana*

## AGRADECIMENTOS

*À Deus pela vida, pela força em todos os momentos, pelas possibilidades de ser nesse mundo  
e por me permitir realizar tantos sonhos;*

*Aos meus pais, Ari e Zelma, por cuidarem de mim com tanta dedicação e pelas contínuas  
apostas de que seria possível. Vocês são muito mais que tudo na minha vida. Amo muito  
vocês, eternamente obrigada!*

*Ao meu companheiro Jeferson Luis Fontana, pela dedicação e pelo desejo da minha/nossa  
felicidade. Você foi fundamental para essa concretização! Obrigada pela compreensão  
incondicional! Te amo!*

*À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta pela presença marcante em  
minha vida, especialmente pela demonstração concreta de cuidado em cada encontro. Muito  
obrigada por tudo!*

*Às minhas colegas de toda vida Adriana Regina, Cinthia Caetano, Daiane Dal Pai, Fabi  
Ferraz, Fernanda Machado. Minhas amigonas de sempre e para sempre. Aquelas conversas  
me impulsionaram para chegar nesse momento! Valeu! Com vocês aprendi que uma amizade  
construída na parceria ultrapassa barreiras geográficas!*

*À minha amiga Karina Azzolin, que nesse tempo fez toda a diferença e contribuiu para essa  
conquista. Admiro-te muito!*

*À minha amiga Isabel Colomé, nem sei o que dizer, além da parceria do Doutorado, é meu  
porto seguro em Palmeira. Amiga, te amo!*

*À minha cunhada, Eliane Fontana, pelo auxílio, pelas palavras de apoio. Muito obrigada e  
conte sempre comigo!*

*Às minhas amigas que as oportunidades da vida me proporcionaram: Iva e Lúcia, obrigada  
por cuidarem de mim, por me divertirem tanto, com vocês aprendi muitas alegrias da vida!  
Obrigadão!*

*Aos meus queridos amigos Isa e Valter, pelo carinho, pela gentileza em me acolher, por tudo  
que fizeram por mim. Amo muito vocês e admiro a garra que têm. Beijo bem grande!*

*Às minhas colegas de disciplina no CESNORS/UFSM Alice, Graça e Marta, valeu pela  
parceria e apoio. Gurias, vocês fazem parte desse momento!*

*À Universidade Federal de Santa Maria, principalmente ao Departamento de Ciências da  
Saúde, por me oportunizar a experiência profissional e pelo grande significado que têm na  
minha vida.*

*Aos jovens que participaram do estudo, obrigada por compartilharem comigo suas  
experiências de vida;*

*Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, muito obrigada  
pelo carinho e pelos aprendizados;*

*Às professoras da banca, pelo carinho e pelas valiosas contribuições. Admiro muito todas  
vocês;*

*A todos que contribuíram para a realização desse sonho, que participaram de alguma forma  
e que me incentivaram a chegar até aqui, de coração: muito obrigada!*

## RESUMO

Este estudo se insere na linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e está vinculado ao Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aborda a sexualidade na juventude na perspectiva do referencial da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. O objetivo foi conhecer e interpretar as experiências dos jovens no campo da sexualidade, as informações em saúde recebidas e as situações de vulnerabilidade. Utilizou uma abordagem qualitativa, tendo como participantes 20 jovens vinculados ao Programa Pro-Jovem Adolescente de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta das informações ocorreu em duas fases. Na primeira, realizou-se uma dinâmica que utiliza uma história para ilustrar a relação afetiva entre dois jovens e um questionário sobre as características sociais dos jovens e suas principais atividades. Na segunda, realizou-se entrevista semiestruturada com cinco questões abertas sobre as experiências, as informações e as situações de vulnerabilidade dos jovens. Utilizou-se a análise temática para a interpretação das informações e os resultados estão organizados em torno de quatro categorias e as subcategorias. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS parecer nº 21840. As experiências dos jovens foram reveladas por meio do namoro, do ficar, dos beijos, das relações sexuais e dos projetos de vida. Todas caminham na direção da construção de si, por meio dos processos de autonomia e gestão do cotidiano. Mostraram-se distantes dos conhecimentos técnico-científicos, uma vez que as relações como o namoro e o ficar são pouco exploradas pelos profissionais de saúde e educação. As informações em saúde são oriundas dos amigos, dos familiares e das suas experiências sexuais. Também, por vezes são esquecidas durante suas vivências no campo da sexualidade. As situações de vulnerabilidade mostraram-se como possibilidades de renovação das práticas de cuidado em saúde, na medida em que destacam como fragilidades as relações familiares, de gênero e violência e, especialmente a dimensão programática relacionada às ações em saúde. A invisibilidade do campo da saúde pauta-se no foco restrito às dimensões biológicas, com informações básicas e genéricas e pouca participação dos profissionais de saúde. Essas situações levam o jovem ao processo de ressignificação das informações em saúde, produzindo um conhecimento diferente. Os resultados revelam o distanciamento do conhecimento científico das experiências relativas à sexualidade dos jovens e indicam possibilidades de renovação das práticas de saúde. Recomendamos um cuidado voltado aos

fundamentos do ser, contemplando suas características sociais e culturais. Nesse sentido, apontam para o restabelecimento do diálogo e à valorização do saber da experiência como horizontes de cuidado.

**Palavra-chave:** Juventude. Sexualidade. Vulnerabilidade. Cuidado de enfermagem. Cuidado em saúde.

## RESUMEN

Este estudio se inserta dentro de la línea de pesquisa Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud de la Mujer, Niño y Adolescente y está vinculado al Grupo de Estudios del Cuidado a la Salud en las Etapas de la Vida (CEVIDA) del Programa de Posgrado en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul (UFRGS). Aborda la sexualidad en la juventud desde la perspectiva del referencial de la vulnerabilidad y del cuidado en salud. El objetivo fue conocer e interpretar las experiencias de los jóvenes en el campo de la sexualidad, las informaciones en salud recibidas y las situaciones de vulnerabilidad. Se utilizó un abordaje cualitativo, con la participación de 20 jóvenes vinculados al Programa Pro-Joven Adolescente de una ciudad del interior del Estado del Rio Grande do Sul. La recolección de las informaciones se dio en dos fases. En la primera, se realizó una dinámica que utiliza una historia para ilustrar la relación afectiva entre dos jóvenes y un cuestionario acerca de las características sociales de los jóvenes y sus principales actividades. En la segunda, se realizó entrevista semi-estructurada con cinco cuestiones abiertas sobre las experiencias, las informaciones y las situaciones de vulnerabilidad de los jóvenes. Se utilizó el análisis temático para la interpretación de las informaciones y los resultados están organizados alrededor de cuatro categorías y las sub-categorías. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la UFRGS, parecer nº 21840. Las experiencias de los jóvenes se revelaron por medio del noviazgo, del quedarse con alguien, de los besos, de las relaciones sexuales y de los proyectos de vida. Todas caminan en la dirección de la construcción de sí, por medio de los procesos de autonomía y gestión del cotidiano. Se mostraron distantes de los conocimientos técnicos y científicos, una vez que las relaciones como el noviazgo y el quedarse son poco exploradas por los profesionales de salud y educación. Las informaciones en salud son oriundas de los amigos, de los familiares y de sus experiencias sexuales. También, a veces son olvidadas durante sus vivencias en el campo de la sexualidad. Las situaciones de vulnerabilidad se mostraron como posibilidades de renovación de las prácticas de cuidado en salud, en la medida en que destacan como fragilidades las relaciones familiares, de género y violencia y, especialmente la dimensión programática relacionada a las acciones en salud. La invisibilidad del campo de la salud se define por el foco restricto a las dimensiones biológicas, con informaciones básicas y genéricas y poca participación de los profesionales de salud. Estas situaciones llevan al joven al proceso de re-significación de las informaciones en salud, produciendo un conocimiento diferente. Los resultados revelan el distanciamiento del conocimiento científico de las

experiencias relativas a la sexualidad de los jóvenes e indican posibilidades de renovación de las prácticas de salud. Recomiendan un cuidado vuelto a los fundamentos del ser, contemplando sus características sociales y culturales. En ese sentido, apuntan para el restablecimiento del diálogo y la valorización del saber de la experiencia como horizontes de cuidado.

**Palabras clave:** Juventud. Sexualidad. Vulnerabilidad. Cuidado de enfermería. Cuidado en salud.

## ABSTRACT

This study is inserted in the line of research of Nursing Fundamentals and Practices on the Woman's, Child's and Adolescent's Health and it is linked to the Group of Studies on Health Care over the Life Stages (CEVIDA) held by the Nursing Post-Graduation Program at the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul (FRGS). It approaches sexuality in the youth in the perspective of the vulnerability and health care referrals. The objective was learning and interpreting the youngsters' experiences in the sexuality field, the information received on health and the vulnerability situations. By means of a qualitative approach, it counted on the participation of 20 youngsters enrolled in the Pro-Adolescent Youngster Program from an inland city in the State of Rio Grande do Sul. The collection of information occurred upon two stages. In the first one, a dynamics took place by utilizing a history in order to illustrate the affective relationship between two youngsters and a questionnaire about the social characteristics of the youngsters and their main activities. Upon the second stage, a semi-structured interview was carried out with five open questions about the youngsters' experiences, information and vulnerability situations. One utilized the thematic analysis in order to interpret the information and the results have been organized into four categories and subcategories. The study received the approval of the Ethics Committee for Research of UFRGS according to the opinion no. 21840. The youngsters have revealed their experiences within the topics of dating, staying with someone, kisses, sexual relations and life projects. All of them run in the direction of constructing oneself by means of processes such as autonomy and day-to-day life management. They have showed themselves far from technical and scientific knowledge since relationships like dating and staying with someone are less exploited by health and education professionals. Health information is obtained from friends, family members and from their sexual experiences. They are also sometimes forgotten during the youngsters' experiences in the sexuality field. Vulnerability situations have shown themselves as possibilities of renewing health care practices when they point out fragilities among family, gender and violence relations and especially the programmatic dimension related to health actions. The invisibility of the health field is regarded in the focus restricted to the biological dimensions with basic and general information and less participation of health professionals.

These situations lead the youngster to the process of giving a new meaning to the health information by producing a different knowledge. The results reveal the distance from the scientific knowledge about the experiences regarding the sexuality of the youngsters and

indicate possibilities of renewing health practices. They recommend a care addressed to the fundamentals of the subject by contemplating his social and cultural characteristics. In this sense, they point onto re-establishing the dialogue and to the valuation of the experience knowledge as care horizons.

**Keywords:** Youngster. Sexuality. Vulnerability. Nursing Care. Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Informações sobre sexo, idade, escolaridade, se namorou ou ficou e a idade na iniciação sexual.....	53
Quadro 2- Categorias e subcategorias identificadas no estudo.....	58
Quadro 3- As situações de vulnerabilidade e os elementos propositivos de cuidado em saúde na juventude.....	118

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Eixos da proposta de cuidado em saúde Arquiteturas de <i>projetos de felicidade</i> de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado.....	123
Figura 2 – Arquiteturas de <i>projetos de felicidade</i> de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado.....	127

## SUMÁRIO

<b>1 TRAJETÓRIA NA TEMÁTICA DO CUIDADO À SAÚDE DOS JOVENS .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>26</b>
<b>3 PERSPECTIVA TEÓRICA .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Adolescência e juventude: limites e desafios de um período marcado pela biologia da saúde.....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Sexualidade na juventude: além do sexo, da reprodução e da rebeldia.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Gênero e sexualidade: um campo social e cultural na saúde.....</b>	<b>35</b>
<b>3.4 Vulnerabilidade, juventude e sexualidade: um modo de compreender as experiências dos jovens.....</b>	<b>37</b>
<b>3.5 O cuidado em saúde: uma abordagem propositiva para a juventude.....</b>	<b>41</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 Caracterização do estudo.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 Contexto do estudo.....</b>	<b>50</b>
<b>4.3 Participantes.....</b>	<b>51</b>
4.3.1 Falando dos participantes.....	51
<b>4.4 Coleta das informações.....</b>	<b>53</b>
<b>4.5 Questões Éticas.....</b>	<b>55</b>
<b>4.6 Interpretação das informações.....</b>	<b>56</b>
<b>5 SEXUALIDADE NA JUVENTUDE: AS EXPERIÊNCIAS, AS INFORMAÇÕES E AS VULNERABILIDADES (DES)CONECTADAS DO CUIDADO EM SAÚDE..</b>	<b>59</b>
<b>5.1 Experiências dos jovens relacionadas à sexualidade .....</b>	<b>59</b>
5.1.1 Experiências de namoro, de beijinhos e de ficar: construção de si .....	60
5.1.2 Experiências das relações sexuais: diferentes modos de gerir o cotidiano.....	66
5.1.3 Projetos de vida: expectativas profissionais e afetivas.....	72
<b>5.2 Informações em saúde recebidas por jovens: a voz da experiência.....</b>	<b>75</b>
5.2.1 Experiências e conversas com outros jovens e com a família: um espaço de informações.....	76
5.2.2 As informações têm sentido: “na hora H escapam” .....	81

<b>5.3 As situações de vulnerabilidade dos jovens a partir das suas experiências existenciais.....</b>	<b>85</b>
5.3.1 As situações de violência como elemento vulnerabilizante.....	85
5.3.2 As relações familiares: as fragilidades dos vínculos.....	92
5.3.3 Relações de Gênero e compreensões sobre homossexualidade.....	97
5.3.4.Os serviços de saúde e a vulnerabilidade programática.....	104
<b>5.4 A invisibilidade da saúde: a concepção biologicista do cuidado.....</b>	<b>109</b>
5.4.1.Da (des)informação às informações básicas em saúde.....	109
5.4.2 A ressignificação das informações: um conhecimento diferente.....	113
<b>6 CUIDADO EM SAÚDE: UM ESPAÇO PARA CONSTRUÇÃO DE SI MESMO NA JUVENTUDE.....</b>	<b>117</b>
6.1 Arquiteturas de <i>projetos de felicidade</i> de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado.....	122
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>128</b>
<b>8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
APÊNDICE A - Dinâmica inicial – Primeiro contato situação vivencial .....	149
APÊNDICE B - Questionário.....	151
APÊNDICE C - Roteiro para Entrevista.....	154
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	155
ANEXO A - Autorização do Projeto de Pesquisa pela Prefeitura de Palmeira das Missões.....	157
ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	158

## 1 TRAJETÓRIA NA TEMÁTICA DO CUIDADO À SAÚDE DOS JOVENS

Este estudo se insere na linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente e está vinculada ao Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Apresenta a temática da sexualidade na juventude construída por meio das experiências dos jovens à luz do quadro conceitual da vulnerabilidade (AYRES et al. 2003; AYRES, 1997; AYRES, 2002) e do cuidado em saúde (HEIDEGGER, 2005; HEIDEGGER, 2010; AYRES, 2000; AYRES, 2004; AYRES, 2006; AYRES, 2007; WALDOW, 2001; WALDOW, 2004; WALDOW, 2006). Este capítulo está organizado a partir da apresentação da trajetória na temática, da relevância do estudo para a produção de conhecimentos e dos pressupostos da pesquisa.

O interesse pelo tema está relacionado à minha história pessoal e profissional. Ao longo das vivências e desafios fui construindo com o cuidado uma identidade. As experiências familiares se constituem os primeiros desafios de ser-no-mundo, possibilitando um amadurecimento intelectual e emocional para a construção de si. As mais diversas condições existenciais me oportunizaram a compreensão de que somos sujeitos de cuidado e que a nossa trajetória pessoal revela as proximidades com algumas das escolhas teórico-profissionais que fazemos. Nesse sentido, o Doutorado me oportunizou o conhecimento de mim, por meio das reflexões sobre cuidado e me permitiu assumir a postura que ora defendo nesse estudo.

Desde a graduação, mais especificamente no Mestrado desenvolvi pesquisas com jovens e a temática do cuidado em saúde. Na dissertação, discuti as percepções dos jovens e de seus familiares sobre o processo de adolecer. Os resultados mostraram que as concepções sobre o processo de adolecer estão imbricadas nas questões culturais, sociais, ambientais e educacionais próprias de cada jovem em seu núcleo de convivência. Foram destacados entre as concepções alguns aspectos como: a importância do diálogo entre a família, a escola e os amigos, evidenciando a carência e a necessidade de atenção e cuidado para a juventude (RESTA, 2006; RESTA, 2006; MOTTA, 2007).

Durante a construção da dissertação foi possível vivenciar situações marcantes de aprendizados com relação ao tema. Vale destacar a compreensão de um jovem que menciona que a juventude “*é amar, fazer amigos, conversar, aprender, descobrir várias coisas. É um*

*tempo inesquecível da vida, é um tempo também muito confuso, triste e ao mesmo tempo alegre, com dias bons e outros ruins, consigo mesmo e com a família A2 (p10)*<sup>1</sup>. Pode-se considerar que esse apontamento caracteriza o cuidado como um espaço relacional e subjetivo, principalmente uma oportunidade de construção de si e dos *projetos de felicidade*<sup>2</sup>.

O tema da juventude continuou sendo foco de estudos com a coordenação de um projeto de iniciação científica financiado pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) que teve como objetivo conhecer o contexto de vida de jovens grávidas que residem em Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul (RS). Os resultados mostraram que os motivos da gestação incluem: a ingenuidade, a submissão, a violência, as dificuldades de obter algum método contraceptivo, as expectativas de mudança de status social e outros fatores ligados à subjetividade da jovem. Além disso, a gravidez na juventude se torna um problema em função de consequências como o abandono da escola e a estigmatização de ser mãe e não estar maritalmente unida (RESTA, et al. 2010).

Esse estudo suscitou discussões em torno das questões familiares, principalmente o abandono e a carência de vínculos e as relações de gênero que condicionavam a maternidade no relacionamento com o companheiro. Também, muitas jovens associavam a gravidez como possibilidade de identidade e atribuíam um valor capaz de incluí-las no sistema de relações da sociedade. Nesse sentido, os aprendizados nessa trajetória indicavam inúmeras situações de vulnerabilidades das jovens e elementos importantes para o cuidado em saúde (RESTA et al. 2008, RESTA et al. 2010).

Ainda na temática da juventude foram desenvolvidos outros projetos de pesquisa e extensão na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) tendo como foco as diferentes situações de vulnerabilidade dos jovens vinculados à instituição. Os resultados da pesquisa apontaram carências de elementos sociais como a família, a escola, a unidade de saúde, que articulem possibilidades de ações de cuidado nas situações de vulnerabilidade desses jovens. O silêncio e as dificuldades de falar sobre a sexualidade dos jovens com deficiência mental foi uma das situações identificadas. Estas pessoas encontravam-se

---

<sup>1</sup>Trecho de fala extraído da Dissertação de Mestrado O adolescer e o cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares, RESTA, D. G. **O adolescer e as formas de cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares**. 2008. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup>A noção de *projeto de felicidade* caracteriza o ideal que defende-se como horizonte para as práticas de cuidado humanizadas. Ela remete, em primeiro lugar, às experiências vividas, valoradas positivamente, condições ou situações que se almejam alcançar ou manter. São as fontes de realização para as pessoas nos seus cotidianos, não pode ser vista como um bem concreto, mas também não pode ser vista como uma utopia. A experiência da felicidade, ou sua falta, é uma vivência bastante concreta, um constante devir de encontros e desencontros, realizações e frustrações, desejos e receios, liberdade e opressões (AYRES, 2006; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012). Neste estudo foi utilizado *Projetos de felicidade* (AYRES, 2006) grifado em itálico, considerando que esta expressão foi empregada ao longo do texto na perspectiva do autor, inclusive na construção da proposta de cuidado aos jovens.

vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, a sofrerem abuso sexual e discriminação, entre outros aspectos.

Diante do exposto fica evidente o interesse, a curiosidade e o encantamento pela temática da juventude e do cuidado em saúde. Para escrever uma tese é fundamental, além do compromisso ético e político com as pessoas e sociedade, acreditar no que está se propondo, ser um bom detetive e estar atento às intuições (COSTA, 2002). Nesse sentido, pesquisar é um processo de criação, de problematização e de originalidade de olhares. Com base nisso, este estudo busca agregar os referenciais da vulnerabilidade e do cuidado em saúde para compreensão das experiências dos jovens no campo da sexualidade. Mais do que uma construção teórica representa uma alternativa prática ao modo de levar a vida, dentro de uma perspectiva pessoal e profissional. Nas experiências e estudos com a juventude se almejava a construção de práticas de cuidado com compromisso social, respeitando as pessoas em suas singularidades e valores.

Nesse contexto, buscou-se repensar outros horizontes de cuidado na perspectiva de conceitos como vulnerabilidade (AYRES, 1997; AYRES, 2002; AYRES et al. 2003; AYRES, PAIVA; BUCHALLA, 2012), cuidado em saúde (HEIDEGGER 2005; HEIDEGGER, 2010; AYRES, 2000; HEIDEGGER, 2004; HEIDEGGER, 2006; HEIDEGGER, 2007; WALDOW 2001; WALDOW, 2004; WALDOW, 2006), sexualidade (BOZON, 2004; BRANDÃO 2003, 2009; HEILBORN, 2006) e juventude (COIMBRA, BOCCO, NASCIMENTO, 2005; VILELLA; DORETO, 2006; ABRAMO, 1997; BRASIL, 2006; UNICEF, 2011; HEILBORN, 2006). Apoiada nos construtos teóricos de Ayres et al. (2003) e Ayres (2002) o quadro conceitual de vulnerabilidade pode ser compreendido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. Inicialmente, a construção teórica do termo vulnerabilidade aparece como uma forma de compreender o processo de exclusão social da disseminação do HIV e da expansão da AIDS. Atualmente, confirma-se sua importância no campo da saúde por meio das reflexões oportunizadas desde o surgimento da epidemia (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, MEYER, 2006). As reflexões com base neste referencial permitem agregar elementos individuais, sociais e programáticos que potencializam a compreensão das diferentes condições de vida das pessoas, facilitando o encontro de cuidado. Esse termo tem sido usado frequentemente na literatura científica, especialmente após a década de 80, em vários estudos epidemiológicos, principalmente na busca de superar a perspectiva de risco (PAIVA et al. 2012; AYRES, 2002, PAIVA et al. 2011).

O conceito de vulnerabilidade é novo e ainda é incipiente sua incorporação às práticas de cuidado em saúde (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Contudo, em especial no campo do HIV/Aids mostra avanços expressivos como por exemplo a construção de diálogos entre a epidemiologia e outras formas de conhecimento; articulações intersetoriais para ações de promoção da saúde; criação de outros objetos e metodologias que primem por relações interdisciplinares e abordagens com maior subjetividade e; a formulação de políticas de saúde mais democráticas e efetivas para diversos segmentos sociais (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Os avanços indicam que esse olhar é promissor para a renovação das práticas de cuidado em saúde com jovens.

Para compreensão das situações de vulnerabilidade é indispensável atentar para a produção de intersubjetividade, manifestada permanentemente nas interações eu-outro, aos espaços de produção intersubjetiva, caracterizados e normatizados pelas relações sociais de poder, pela estruturação econômica, cultural, religiosa, pelas relações de gênero, familiares e geracionais. Também, ao conjunto de oportunidades de ressignificação organizadas de maneira institucional e política, disponibilizadas conforme os padrões de cidadania efetivamente operantes (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Assim, as definições de vulnerabilidade caminham muito próximas da perspectiva que retoma o cuidado aos fundamentos do ser (HEIDEGGER, 2005; AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012; ANÉAS; AYRES, 2011).

Nesse sentido, o cuidado torna-se uma referência e tem um sentido conceitual ambicioso, uma vez que é mediador dos encontros entre profissional e usuário (ANÉAS, AYRES, 2011). A concepção de cuidado em saúde como possibilidade para renovação das práticas de saúde só é possível porque, antes de tudo, se assume o cuidado em seu sentido ontológico, ou seja, um retorno aos fundamentos do ser. Isso significa dizer que o sujeito sempre cuida mesmo nas relações de desprezo e de descuido ele cuida (HEIDEGGER, 2005; ANÉAS, 2011; AYRES, 2011).

Nesta direção, as ações de cuidado em saúde ocorrem no mundo, nas possibilidades existenciais oportunizadas por meio das experiências do ser (HEIDEGGER, 2005; HEIDEGGER, 2010; BONDIA, 2002). Assim, o cuidado inclui tanto as dimensões instrumentais<sup>3</sup> quanto, especialmente a relação com o outro. Para que os conhecimentos tecno-

---

<sup>3</sup> Pode ser entendida como as questões que incluem o conhecimento técnico-científico, como por exemplo os procedimentos, os materiais, os protocolos. É aquilo com o que nos ocupamos, não como coisas em si, mas a partir de seu uso, da sua finalidade. No entanto, a ciência se volta para os objetos, visando aprender sobre a sua dimensão objetivadora e assim, coloca as pessoas sob essa mesma condição. O desafio é perceber que o instrumento nunca é solto do mundo em si, mas é articulado a uma teia de significações que lhe atribuem complexidade (ANÉAS; AYRES, 2011).

científicos tenham sentido é necessário considerar o conjunto humano, caso contrário, as práticas de saúde regulam, disciplinam e controlam as pessoas (ANÉAS; AYRES, 2011). As práticas de cuidado em saúde pressupõem um outro, uma relação, uma experiência, um modo de levar a vida.

Deste modo, caminhou-se neste estudo com a compreensão de cuidado como uma produção subjetiva, dialógica e relacional de abertura e negociação, permitindo que o outro possa, mesmo em suas restrições, escolher dentre as possibilidades o que melhor se aproxima do seu *projeto de felicidade* (ANÉAS; AYRES, 2011). Nesse sentido, é indispensável a presença do outro, o resgate da sua humanidade por meio do ser-no-mundo (HEIDEGGER, 2005). É a combinação do conhecimento técnico-científico com as experiências de vida demarcadas pelas condições sociais, culturais e de gênero que podem ser denominadas como cuidado.

Trata-se do cuidado como um construto filosófico (AYRES, 2004), uma sabedoria prática,<sup>4</sup> oriunda do ajuste do conhecimento científico com o cotidiano. Para isso se faz necessário a compreensão da experiência. Ao propor o conhecimento da experiência a provocação é que seja explorado o que se passa com as pessoas, o que faz sentido e produz identidade e atitudes (BONDÌÀ, 2002).

A sexualidade é um espaço de experimentação, principalmente na juventude (HEILBORN, 2006; HEILBORN, 2012). As situações que envolvem a sexualidade são atividades aprendidas nas dimensões sociais e culturais e não se reduzem às explicações do amadurecimento sexual orgânico (BOZON; HEILBORN, 2006). Nesse sentido, a sexualidade é um tema que envolve uma complexidade de condições como as questões de gênero, identidade sexual, orientação/preferência sexual, erotismo, envolvimento emocional, fantasias, desejos, crenças, valores, atitudes (BRANDÃO, 2003; HEILBORN; BOZON, 2006; BRANSÃO, 2009; GOMES, 2009;). Diante disso, tem-se a possibilidade de pensar a sexualidade distanciada dos aspectos reprodutivos e próxima das construções teóricas que se associam à construção da identidade juvenil (BRANDÃO, 2003; BRANDÃO, 2009).

A juventude é considerada uma construção social, mutante e flexível, condicionada, principalmente pelos contextos sociais e culturais (ABRAMO, 1997; BRASIL, 2006; HEILBORN, 2006; UNICEF, 2011; VILELLA; DORETO, 2006;). A categoria jovem agrega uma diversidade de caracterizações, tornando-se uma ideia plural e imprecisa para definição.

---

<sup>4</sup> Diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se a partir de um misto de circunstâncias, desejo e razão dos que se encontram. É um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada do *projeto de felicidade* (AYRES, 2004).

Existe uma heterogeneidade de situações existenciais que afetam os sujeitos e permitem a observação de diferentes identidades juvenis (SPOSITO; CARRANO, 2003; HEILBORN, 2006). As relações econômicas, de geração e de gênero, em especial, estão implicadas nas experiências dos jovens no campo da sexualidade, sobretudo na construção de si (HEILBORN, 1999; HEILBORN, 2006; HEILBORN, 2012).

As pesquisas mostram que existe um descompasso entre as experiências dos jovens e os conhecimentos técnico-científicos das práticas de cuidado em saúde (BRÊTAS et al. 2009; CAMARGO et al. 2010; MOIZES; BUENO, 2010; MATIAS et al. 2011; PAIVA et al. 2011; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILI, 2011; VAN DEVANTER et al. 2011; TOLOU-SHAMS et al. 2010). Os autores mencionam muitas dificuldades e lacunas relacionadas ao cuidado em saúde, além de constatar que as práticas de cuidado em saúde estão voltadas à perspectiva biológica.

Um estudo realizado em Florianópolis, que buscou investigar a vulnerabilidade de jovens ao HIV/Aids identificou que o baixo índice de conhecimento da doença, das práticas de risco, a marcante presença do sexo desprotegido e sua associação com as relações amorosas, principalmente o namoro são as situações que mais vulnerabilizam (CAMARGO et al. 2010). A composição desses fatores associada à falta de acesso à informação sistemática e de qualidade e de serviços de saúde eficientes contribui ainda mais para a manutenção dessas condições (CAMARGO et al. 2010; TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011). Essas situações exigem um exame aprofundado das relações sociais e culturais que condicionam as experiências, aproximando-as das estratégias de cuidado.

No cenário internacional são reveladas dificuldades semelhantes com relação às fragilidades dos serviços de saúde. Um estudo que revisou as ações de intervenção com jovens sobre a situação do HIV/Aids revelou a existência de vários programas, no entanto o alcance é restrito, pois a maioria deles não abordou a família, a saúde mental e o uso de drogas (TOLOU-SHAMS et al. 2010). Além dos serviços de saúde abordarem pouco as práticas familiares, focam suas ações em perspectivas tradicionais para a redução de risco (DE LOOZE et al. 2012). No entanto, os resultados de outros estudos sugerem que as intervenções voltadas para a melhoria da comunicação entre pais e filhos podem reduzir tanto o uso de drogas quanto os comportamentos sexuais de risco (MILBURN et al. 2012; TOLOU-SHAMS et al. 2012). De algum modo, se percebe a necessidade de investimentos nas abordagens de cuidado que valorizem as dimensões relacionais e dialógicas.

Constata-se que as atitudes dos jovens em torno da sexualidade são complexas e envolvem um conjunto de condições como classe social, relações de gênero, valores, entre

outros (TOLEDO et al. 2011). Considera-se que ainda há pouca informação sobre as experiências de jovens acerca da sua sexualidade, principalmente quando se associa aos aspectos ligados ao prazer e ao desejo (BRANDÃO, 2003; BORGES; SCHOR, 2005; FELICIANO, 2005; HEILBORN, 2006; LEAL; KNAUTH, 2006; GEVERS et al. 2012). Nesse sentido, no estudo com jovens que vivem com HIV em São Paulo e em Santos observou-se que a sexualidade está presente como desejo e dificuldade. No entanto, a omissão prevaleceu diante das dificuldades e os desejos emergem sem informação e apoio, gerando sofrimento e outras vulnerabilidades (PAIVA et al. 2012).

Os estudos apontam fragilidades nas formas de cuidado em saúde relativas à sexualidade dos jovens (BRANCO, 2002; ALVES; BRANDÃO, 2009; MATIAS; SILVA; SIMON, 2011; TOLOU-SHAMS et al. 2010). As pesquisas mostram resultados de abordagens centradas nos conhecimentos técnico-científico (TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004; MOIZÉS; BUENO, 2010). Outros revelam a inconstância e o distanciamento dos programas e serviços de saúde voltados para o público jovem (MATIAS; SILVA; SIMON, 2011). Os jovens encontram-se desassistidos nas unidades de saúde, nas escolas e na família (ALVES; BRANDÃO, 2009). Esses resultados apontam para a importância de problematizar sobre o tema da sexualidade na juventude, buscando ultrapassar a abordagem biológica, superar as dificuldades de oferta e acesso aos serviços e aproximar as experiências dos jovens ao cotidiano profissional. A pesquisa Gravad (KNAUTH et al. 2006) permite questionar as concepções difundidas no senso comum ao evidenciar diversos modos e trajetórias juvenis, marcadas pelas diferenças de gênero, de pertencimento social e pelas diferenças regionais. Assim, as experiências e as situações de vulnerabilidade aparecem como reconstrutores do espaço do cuidado em saúde, sendo os horizontes de busca deste trabalho. Espera-se contribuir para a produção de conhecimentos sobre o tema e, sobretudo com a discussão de perspectivas de cuidado capazes de melhorar as fragilidades mencionadas. Destacam-se, especialmente as potencialidades da enfermeira como uma profissional que desenvolve uma prática sensibilizada, articulada e comprometida com as pessoas (WALDOW, 2004; WALDOW, 2006).

Assim, as questões do estudo centram-se no distanciamento do cuidado em saúde das experiências dos jovens relativas à sexualidade e das dificuldades em articular os conhecimentos técnico-científicos com as suas vivências. Deste modo, faz-se o seguinte questionamento: como as experiências relativas à sexualidade são construídas pelos jovens e como elas podem se relacionar com o cuidado em saúde? O Programa da Secretaria de Assistência Social Pro-jovem foi cenário para essa produção e os jovens atores são oriundos

de classes populares<sup>5</sup>. Utilizou-se uma abordagem qualitativa para sustentar que o cuidado em saúde se efetiva no ponto de convergência dos conhecimentos técnico-científicos com as experiências dos jovens no campo da sexualidade.

Ainda, o estudo se baseou nos seguintes pressupostos:

- o cuidado em saúde é uma relação dialógica que se desenvolve no ato em que é produzido, ou seja, no encontro entre as pessoas, sendo fundamental assumir a presença do outro.
- o cuidado em saúde ocorre na fusão entre os conhecimentos técnico-científicos e as experiências relacionadas a sexualidade dos jovens. Deste modo, essa interação faz sentido aos jovens e resgata seus *projetos de felicidade*.
- a subjetividade é fundamental no processo de cuidado, sobretudo para criar um espaço relacional-dialógico.
- o conhecimento das experiências dos jovens no campo da sexualidade e a associação com as vulnerabilidades permite traçar indicativos para o cuidado em saúde.

Este estudo traz o processo experienciado com os jovens com o intuito de contribuir com as questões apresentadas. Na sequência são apresentados os objetivos do estudo, as perspectivas teóricas e metodológicas seguidas dos resultados. Ainda, será apresentada uma proposta de cuidado em saúde, as considerações finais e as recomendações.

---

<sup>5</sup> Jovens pobres de família com renda mensal *per capita* que varia de R\$ 60,00 até R\$120,00, beneficiárias do Programa Bolsa Família, que vivem processos de exclusão social e econômica. Suas condições de vida, habitação e acessos a bens e serviços são frágeis e estão vulneráveis socialmente (BRASIL, 2012).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Conhecer e interpretar as experiências dos jovens de camadas populares relacionadas à sexualidade na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer as informações recebidas por jovens de camadas populares sobre as questões da sexualidade;
- Identificar as situações de vulnerabilidade de jovens de camadas populares relacionadas ao campo da sexualidade.

### **3 PERSPECTIVA TEÓRICA**

A construção da revisão de literatura pautou-se na leitura, reflexão e construção de quatro capítulos que auxiliaram na delimitação da problemática em estudo e na compreensão das informações. Os temas apresentados são: adolescência e juventude: limites e desafios de um período marcado pela biologia da saúde; sexualidade na juventude: além do sexo, da reprodução e da rebeldia; vulnerabilidade, juventude e sexualidade: um modo de compreender as experiências dos jovens e; o cuidado em saúde: uma abordagem propositiva para a juventude.

#### **3.1 Adolescência e juventude: limites e desafios de um período marcado pela biologia da saúde**

Neste tópico será apresentado, brevemente, os limites e os desafios conceituais da temática da adolescência e da juventude para o campo da saúde. A adolescência e juventude são construções teóricas que guardam limites reflexivos responsáveis pela abordagem que o campo da saúde define como regulador de suas práticas. Os dois termos estão assentados em processos históricos e conceituais, que partem ou da biologia, como eixo norteador, ou elegend as perspectivas sociais e culturais como desencadeador do processo reflexivo.

As pesquisas pioneiras no campo da saúde sobre o adolescente ao longo do século XX, nas sociedades ocidentais, estabeleceram um padrão descritivo de caracterização da adolescência que se firmou quase como inquestionável, servindo de fundamentação para grande parte das pesquisas subsequentes (MENANDRO et al. 2003; COIMBRA et al. 2005).

O trabalho sobre a adolescência publicado em 1904 por Granville Stanley Hall pode ser considerado marco fundamental com consequências ainda hoje visíveis. Hall caracterizou a adolescência como período de turbulência e instabilidade emocional, características diretamente relacionadas ao desenvolvimento sexual do adolescente (MENANDRO et al. 2003).

A concepção de adolescência como período da vida com características fixas e naturalmente constituintes do desenvolvimento humano está presente em muitos meios de comunicação, na compreensão popularmente difundida e compartilhada do que seja a adolescência e, em algumas produções científicas, até mesmo nas produções da enfermagem (MENANDRO et al. 2003; GURGEL et al. 2008).

Nessa perspectiva a adolescência é vista dentro dos limites do chamado princípio desenvolvimentista, ou seja, com características exacerbadas que se enquadram em uma série de atributos psicologizantes e biologizantes (COIMBRA et al. 2005). O princípio desenvolvimentista está pautado nos conhecimentos da medicina e da biologia, afirmando que determinadas mudanças hormonais, corporais e físicas da fase, seriam responsáveis por características psicológicas-existenciais próprias do adolescente, como rebeldia, desinteresse, crise, instabilidade afetiva, agressividade, melancolia, impulsividade, entusiasmo, timidez, introspecção. Esses adjetivos passam a ser sinônimos de ser adolescente e constituem uma identidade adolescente (COIMBRA et al. 2005; MENANDRO et al. 2003).

Além da perspectiva desenvolvimentista, a adolescência, também é compreendida no campo conceitual de acordo com a lógica individualista, sofrendo forte influência do capitalismo. Essa perspectiva considera que o modo como cada um enfrenta sua condição será determinado pelo próprio indivíduo e por sua capacidade, ou falta dela, para lidar com as questões de seu desenvolvimento. Dito de outro modo, o adolescente pode vir a ser um adulto maduro, estável e integrante do mundo do trabalho, ou vai vir a ser um desempregado, sem família, nem rede social. Nessa perspectiva, dependeria do adolescente a utilização dos recursos que permitem escolher, equilibradamente, seu futuro (COIMBRA et al. 2005).

Partindo para as tentativas conceituais do termo juventude encontra-se a ideia de que os sujeitos não possuem identidades fixas e impermeáveis, mas são atravessados por uma multiplicidade de forças que os subjetivam incessantemente, criando um processo que recebe particularidades dos contextos sociais, culturais e educacionais. Esse processo não acontece de maneira ingênua e descolada da sua realidade (MENANDRO et al. 2003; COIMBRA et al. 2005; VILLELA ; DORETO, 2006, ABRAMO, 1997). Assim, é um processo que ocorre no social, tem sua identidade cultural, seus atravessamentos de gênero, raça, etnia, religiosidade, entre outros (VILLELA; DORETO, 2006; VILLELA; ARILHA, 2003).

Sem a pretensão de encontrar a resposta definitiva nem oferecer uma verdade, tem-se preferido usar os termos jovem e juventude, em vez de adolescente e adolescência, uma vez que não estamos nos referindo, estritamente, a uma faixa etária específica, nem a uma série de comportamentos reconhecidos como pertencendo a tal categoria. A pauta não se direciona, unicamente, na psicologia e na biologia e, ao mesmo tempo não anula tais compreensões, agregam-se outros pressupostos na apreensão da categoria juventude. Assim, a juventude enfatiza o caráter social e cultural para além da caracterização biológica. Pensar em juventude pareceu até agora a melhor forma de trazer uma intensidade juvenil em vez de uma

identidade adolescente (ABRAMO, 1997). Sabe-se que a simples troca de palavras, de adolescência para juventude, não garante a quebra de naturalizações.

Quando se define alguém como adolescente, pode-se estar colocando em suspenso suas multiplicidades de existência e construindo uma definição que impeça desenhos de outros fluxos de vida, partindo de características previamente definidas. Por outro lado, ao operar-se, por exemplo, com o conceito de juventude, constituído e atravessado por fluxos, devires, multiplicidades e diferenças, talvez se possa perceber não mais um adolescente infrator, ou uma gravidez indesejada, mas sim um jovem no qual a linha da infração ou da gravidez é apenas uma a mais dentre tantas outras que o compõem (COIMBRA et al. 2005).

Outros autores consideram que a juventude e a adolescência se distinguem, também por recortes etários e pela gama de sentidos atribuídos a cada um. Adolescência traria o sentido etário, enquanto a juventude traria um sentido geracional. Ainda, a denominação juventude teria um sentido coletivo, remetendo à independência, criatividade e responsabilidade e a adolescência ficaria restrita ao plano individual, com um caráter negativo, remetendo a dependência, irresponsabilidade, dificuldades emocionais e impulsividade (CAMARGO;BOTELHO, 2007; VILLELA; DORETO, 2006)

No campo da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como a fase do desenvolvimento humano compreendida entre 10 e 19 anos, critério adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nas últimas décadas vem sendo utilizado, também o termo juventude para evidenciar o alongamento da fase, compreendida, então, entre 15 e 24 anos (BRASIL, 2006). Percebe-se, que o foco de análise parte, principalmente das faixas etárias nas diferentes instituições.

Segundo o Ministério da Saúde, independente da classificação, observa-se um crescimento no interesse pelos assuntos da juventude, não apenas para tratar de problemas, mas tentar dar visibilidade e expressividade para uma população de aproximadamente 51 milhões de jovens. Nesta direção, é necessário compreender a juventude como uma maneira de viver construída historicamente, condicionada pela especificidade dos distintos meios sociais e culturais que são conformados em uma realidade múltipla e complexa. A juventude está diretamente relacionada com as interações entre condições de vida, religião, etnia, gênero, geração, entre outros (BRASIL, 2006; LIMA et al. 2004; BRANDÃO, 2009; HEILBORN, 2006).

Falar sobre adolescência e juventude é um arriscar-se num campo novo. A ideia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário é recente. O surgimento da adolescência está relacionado com o trabalho e a reprodução. Nesse sentido, foram as

transformações do último século que definiram a adolescência como marcador necessário para o preenchimento das necessidades e habilidades próprias do crescimento da indústria. Trabalho e reprodução são atributos da vida adulta, mas que exigem uma aprendizagem e preparação para o futuro. Nesta direção, o processo de preparação é experienciado na adolescência. Para preencher este hiato entre o mundo infantil e o adulto é que surgem as discussões sobre juventude e adolescência (VILLELA; DORETO, 2006).

Segundo Ariès (1981) no século XVIII a criança era considerada adulto em miniatura, passando da infância a fase adulta. A noção de adolescência surge dentro da classe social burguesa, que destinava esse período para a formação escolar e futura inserção no mercado de trabalho. Percebe-se que a discussão sobre a temática é recente e ao mesmo tempo não se tem claro os limites que definem seu início e seu final.

De maneira breve, buscou-se identificar algumas das diferenças entre a adolescência e a juventude e, mais do que isso, destacar que a reflexão sobre a temática tem uma significativa expressão e carência no campo da saúde. É fundamental reconhecer que os jovens são um grupo em si. Não são crianças grandes nem futuros adultos, têm suas trajetórias, suas histórias. São cidadãos, sujeitos com direitos específicos, que vivem uma fase de desenvolvimento importante (UNICEF, 2011).

Este estudo incorpora os conceitos e teorias que entendem o termo juventude como representativo de um processo social, revestido por uma multiplicidade de experiências. As experiências de ser jovem, seja no plano físico, psíquico ou social, são distintas para cada menino e menina, por vários fatores: o lugar onde se vive, a forma pela qual o adolescente interage e participa, seja da vida familiar, na escola, no bairro onde vive, na cidade onde mora (UNICEF, 2011). Além disso, a juventude é momento em que a experimentação da sexualidade vai possibilitar a estruturação de sua identidade (CASTRO et al. 2004).

Na juventude a sexualidade se entrelaça tanto com afetividade, quanto com sociabilidade e relações sociais de distintas ordens. Tanto provoca risos, ênfase em discursos sobre prazer e amorosidade, quanto receios, preocupações e cuidados. Cercando-se o tema por distintas dimensões identifica-se que não há orientações únicas, ou que se possa falar em uma geração com uma única tendência (Castro et al. 2004). Assim, abrem-se possibilidades que favoreçam a compreensão da juventude além da biologia, considerando a sexualidade um campo promissor para essas reflexões.

### **3.2 Sexualidade na juventude: além do sexo, da reprodução e da rebeldia**

A sexualidade na juventude é um tema que apresenta um crescente interesse nas investigações científicas da atualidade (BRANDÃO, 2003; BRANDÃO 2009; HEILBORN, 2006; HEILBORN, 2012; BOZON, 2004; MEYER et al. 2007). O tema encerra uma complexidade de aspectos que convergem para situações como o sexo, a fecundidade e reprodução, a orientação sexual, as questões de gênero, entre outros. São muitos elementos que, somados trazem a compreensão da sexualidade como um constructo social e cultural.

A maneira dos jovens adquirirem autonomia na gestão de suas vidas, em grande parte, ocorre por meio da esfera da sexualidade. Há um caloroso debate no país sobre a necessidade de regulação da sexualidade juvenil, principalmente pautada nas situações de risco, nas quais se entende haver um desregramento das práticas sexuais. Uma das vias importantes para a reflexão neste campo é identificar representações e práticas de jovens de diferentes segmentos sociais no que se relaciona à gestão da vida íntima e as conexões com as instituições como família, escola, serviços de saúde (ALVES; BRANDÃO, 2009).

A sexualidade é uma categoria analítica que permite estabelecer nexos com outros elementos próprios da cultura e das experiências das pessoas, produzindo percursos capazes de compreender o processo de amadurecimento e construção de uma identidade social e de gênero (ALVES; BRANDÃO, 2009). Nesta direção são discursos culturais e de poder que falam do corpo e da vida (FOUCAULT, 1988).

A sexualidade pode ser entendida como as diferentes formas através das quais homens e mulheres vivem seus desejos e seus prazeres corporais em sentido amplo, com parceiros/as do sexo oposto, com parceiros/as do mesmo sexo, com parceiros/as de ambos os sexos, sem parceiros/as, com parceiros/as virtuais, com parceiros/as inanimados, dentre outras possibilidades (MEYER et al. 2007).

O Ministério da Saúde considera a sexualidade uma dimensão importante na vida de homens e mulheres e envolve aspectos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde (BRASIL, 2006). Acrescenta ainda que a sexualidade é uma construção histórica, cultural e social e se transforma conforme mudam as relações sociais (BRASIL, 2006).

Durante muito tempo a reprodução humana esteve focada numa ordem imutável dos sexos. Uma série de questões, como a repressão progressiva das funções corporais e das emoções no decorrer do processo civilizatório, o aumento da reserva e da distância entre os

corpos e o aparecimento de uma esfera íntima protegida e apoiada em fortes relações interpessoais fez com que no século XIX emergisse o termo sexualidade e as primeiras disciplinas que a tiveram como objeto (BOZON, 2004).

A sexualidade humana não é um dado da natureza, ela tem uma construção social e uma importância política que contribui na estruturação das relações culturais das quais depende. Assim, na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante, não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações. Os saberes, representações e conhecimentos sobre a sexualidade e, de maneira geral, as próprias disciplinas relativas à sexualidade são produtos culturais e históricos que contribuem para moldar e modificar os cenários culturais da sexualidade, ou até mesmo fixar aquilo que descrevem (BOLZON, 2004). Para entender a sexualidade como um processo social e político torna-se fundamental a compreensão história da temática.

As transformações socioculturais da vida, nas últimas décadas, fizeram da sexualidade um marco nas intervenções em saúde, na medida em que atravessa temas como a iniciação sexual, as mudanças de comportamentos sociais e sexuais (o namoro, as paixões) entre outros. Quase todos eles regulamentados socialmente e controlados pelo campo da saúde. A sexualidade na juventude, historicamente, tem um importante papel no contingente da fase, pois se associou e é associada a muitos tabus, mitos, preconceitos e relações de poder (MEYER et al. 2007).

As pesquisas desenvolvidas no campo da saúde relacionadas à sexualidade na juventude, em geral, partem da situação da gravidez como disparador para as análises. Uma pesquisa com o objetivo de identificar o perfil biopsicossocial das adolescentes com repetição da gravidez, atendidas em um ambulatório de pré-natal de Campinas, SP, apresentou como resultado fatores como: menarca precoce, primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual com o parceiro, parceiro fixo, baixo uso de condon, história familiar de gravidez na adolescência, ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência à revisão pós-parto anterior (PERSONA et al. 2004). Percebe-se o grande desafio implícito em investigações como essa, uma vez que surgem informações que, para além dos marcos biológicos, provocam reflexões pautadas no social e na cultura.

Os estudos que analisam a gravidez na adolescência trazem em seus resultados atributos sociais e culturais para a situação. Pesquisa realizada com o objetivo de investigar a

gravidez na adolescência em Fortaleza-Ceará mostrou que quando uma jovem diz que engravidou “sem querer”, ela está sendo sincera. Naquele momento, ela não pretendia engravidar. Contudo, o desejo sexual podia estar caminhando por outra via: a busca de um saber, a tentativa de provar algo, a necessidade de se colocar à prova, a dificuldade de viver o “ser mulher”, passando assim de menina a mãe (ARCANJO et al. 2007).

Estudo realizado com mães adolescentes em São Paulo mostrou que quando questionadas em relação aos motivos da gestação, algumas adolescentes não tinham justificativas plausíveis para a ocorrência da gravidez. Referiam à gravidez como resultante de uma força maior que não conseguiam dominar. O discurso das jovens caracterizava o evento como incontrolável e ligado à crença de que aconteceu porque tinha que acontecer (HOGA, 2008). KONIG et al. (2008) complementam dizendo que a imprevisibilidade das relações sexuais está associada a “tesão” incontrolável, aos desejos inconscientes de testar a virilidade ou a capacidade reprodutiva. A maior parte das pesquisas destaca como motivações para a gravidez fatos próprios do convívio social, favorecendo a ideia da construção social da sexualidade e da juventude como um espaço importante de experimentação.

Percebe-se que o não planejamento da gestação por parte dos jovens faz parte do cotidiano das relações, embora não seja encarado como um evento ruim. Vários são os estudos que reforçam esse achado (PERSONA et al. 2004, BRANDÃO et al. 2010; RESTA et al. 2010). Vale salientar que, uma gestação não programada não implica necessariamente em gravidez indesejada ou em crianças não desejadas (DAADORIAN, 2002). Muitas são rapidamente aceitas ou se transformam ao longo do processo gestacional em, claramente, desejadas, resultando em situações felizes e equilibradas (HOGA, 2008).

Ribeiro e Silva (2006), Moreira et al. (2008) relatam que muitas meninas engravidam porque desejam, acreditam que é isso que o companheiro quer, desejam a liberdade da casa dos pais, e querem ser vistas como adultas. Deste modo, Lima et al. (2004) dizem que a gestação na adolescência pode fazer parte de um projeto de vida da adolescente que busca o reconhecimento e autonomia econômica e emocional em relação à família de origem. Em contraposição, para os familiares a gravidez da adolescente representa um sentimento de frustração, um projeto de vida familiar interrompido (SILVA; TONETE, 2006).

Os resultados apresentados acima revelam que a sexualidade na juventude precisa ser revista e reinterpretada pelo campo da saúde, uma vez que os enormes avanços nos conhecimentos técnico-científicos não conseguiram conter a ocorrência de fatos inesperados durante a juventude como, por exemplo, as altas taxas de fecundidade (BRASIL, 2006). Tais progressos (métodos anticoncepcionais, saúde e prevenção nas escolas), embora importantes

para o cenário da saúde, não atingiram os determinantes das vulnerabilidades dos jovens (AYRES, 2002).

No início deste tópico mencionou-se a estreita relação da temática da sexualidade com o social e as questões culturais. As situações de vulnerabilidade como a pobreza, a exclusão social, as relações raciais, a rigidez de papéis e condutas nas relações de gênero, a intolerância à diversidade, o limitado diálogo com as novas gerações e o consequente desconhecimento de seus ideais e projetos são elementos pouco debatidos nas práticas de saúde (AYRES, 2002).

A invisibilidade destes aspectos nas discussões teóricas e nas movimentações práticas em saúde dificulta o reconhecimento da sexualidade como um processo social e inviabiliza, também, a construção de propostas que ajudem na redução das vulnerabilidades. MEYER et al. (2006) indicam que entre as condutas de saúde (preventivas, curativas ou promotoras) e os desejos, símbolos e significações dos sujeitos existem e permanece um distanciamento e um vazio por onde escorregam a maioria dos esforços informativos. Nesse sentido, quando se refere à temática da sexualidade na juventude é necessário refletir sobre o conteúdo das nossas informações, como e por que elas são comunicadas e quais os conhecimentos produzidos com elas. O que se vê nas práticas de saúde e nos resultados dos estudos acima mencionados é que as mensagens emitidas não são imperativos suficientes neste processo. O conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas por uma espécie de filtro, readquirindo significados e interpretações de acordo com sua cultura e suas experiências.

De acordo com Santin, (2001) os conhecimentos da sexualidade humana são muito limitados, talvez profundamente mascarados e deturpados. A sexualidade do passado denuncia que ela não fala da realidade corporal do sujeito, mas fala da racionalidade. A sexualidade da razão e da lógica é caracterizada nos limites do que já foi provado cientificamente. Neste sentido, a sexualidade, muitas vezes é entendida como produto do corpo lógico. Alguns exemplos como: “só faça sexo com camisinha”, “no momento certo”, “independente de quem seja a pessoa certa, use preservativo, sempre, em todas as suas relações sexuais” podem caracterizar que o exercício desse prazer só pode ser experimentado com base na teoria do sexo seguro e na disciplina e autocontrole do corpo.

Neste breve espaço, busca-se desenvolver um diálogo com os jovens e compreender suas experiências, tendo como apoio uma concepção de sexualidade construída no âmbito social, relacional e cultural, ou seja, mais do que um recurso explicativo pautado em diferenças psicológicas e físicas. A variação é efeito de processos sociais que se originam no valor que a sexualidade ocupa em determinados contextos sociais, nos significados que

abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual, de escolha de parceiros. Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, que podem ir além do ato sexual, da reprodução e da rebeldia. Em geral, as práticas de cuidado em saúde concentram-se nesses focos.

### **3.3 Gênero e sexualidade: um campo social e cultural na saúde**

A compreensão da sexualidade agregada a uma produção social e da cultura vem tendo uma importante inclusão nas áreas da saúde e educação (MEYER et al. 2007). Desta forma, na área da saúde desenvolvem-se alguns estudos que focam as questões de gênero, buscando reconhecer e integrar essa interpretação teórica a produção de conhecimentos (MEYER, 2004; PRATES, 2007, BRANDÃO, 2009; COSTA, 2012). Considera-se gênero uma conceituação própria das relações sociais diretamente relacionada as diferenças entre os sexos, principalmente nas questões relativas às relações de poder (SCOTT, 1995).

As trajetórias percorridas pelos defensores das questões de gênero pautam-se em torno da história do movimento feminista, brevemente compreendido em dois momentos (LOURO; SCOTT, 1995). O primeiro deles está relacionado ao movimento que reivindicava o direito ao voto para as mulheres. No Brasil, essa conquista foi estendida às mulheres na constituição de 1934. O segundo momento fortaleceu-se especialmente nos anos 60 e 70 do século XX e está associado, no Brasil, à eclosão de movimentos de oposição aos governos da ditadura militar e, depois, aos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira, no decorrer dos anos 80 (MEYER, 2004). Percebe-se que a compreensão de gênero está fortemente ligada aos embates políticos e sociais que buscavam a desnaturalização de muitos processos históricos.

Nesse contexto, os temas levados para discussão, principalmente em âmbito acadêmico vinculavam-se ao cotidiano, à família, à sexualidade e ao trabalho doméstico, dentre outras (MEYER, 2004). Além disso, vivemos nos últimos 30 anos um processo importante de desmedicalização de determinadas práticas sexuais, dentre as quais podem ser citadas as práticas de sexo oral e o sexo anal. É importante destacar que a homossexualidade até os anos de 1980 ainda era classificada como doença no Código Internacional de Doenças (CID) (MEYER et al. 2007).

Após uma rápida reflexão sobre a grande contribuição das conquistas teóricas e práticas das definições de gênero é importante enfatizar seu caráter plural e conflituoso no qual os processos culturais constroem e distinguem corpos e sujeitos femininos e masculinos (MEYER, 2004). Porém, na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e isso

se reflete nas leis, políticas e práticas sociais. Nessa perspectiva pode-se argumentar que as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais (BRASIL, 2004). Deste modo, em alguma medida essas desigualdades contribuem para as diferentes situações de vulnerabilidades presentes no cotidiano dos jovens quando se reflete sobre sua sexualidade.

As desigualdades de gênero têm origem na cultura patriarcal que ainda é hegemônica em muitos lugares, colocando os homens em uma situação de poder em relação às mulheres, submetendo-as às regras e tabus que controlam e reprimem suas vidas, em especial suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução (ÁVILA, 2003).

De forma mais genérica, no entanto, pode-se dizer que o conceito de gênero coloca em xeque a afirmação de que as diferenças são reconhecidas como inatas e essenciais, articulando um determinado modo de ser a um sexo anatômico, para argumentar que diferenças e desigualdades entre mulheres e homens são sociais e culturalmente construídas e não biologicamente determinadas (MEYER, 2004).

Desse modo o conceito de gênero que este estudo utiliza como referência parte das definições de Scott (1995) e Meyer (2004). Para Scott (1995) as relações sociais e de poder estão diretamente implicadas na definição de gênero:

O núcleo de definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado à relações de poder (SCOTT, 1995, p.86).

Meyer (2004) acrescenta o âmbito cultural e linguístico no qual gênero está inserido. Os estudos que se ancoram nessa definição se afastam das perspectivas que tratam o corpo como uma entidade biológica universal para teorizá-lo como constructo sociocultural e linguístico, produto e efeito das relações de poder.

A desconstrução de uma perspectiva naturalizante de sexualidade e de gênero e, ainda, o entendimento da sexualidade e do gênero como sistemas inter-relacionados, faz parte de um esforço de contribuir na construção de alternativas de exercício da alteridade (VILLELA, ARILHA, 2003).

Assim, gênero e sexualidade atravessam o processo de subjetivação e construção de identidade, configurando os modos de sentir, pensar e atuar em relação ao outro. São relações sociais e culturais, estando em constante transformação a partir das demandas concretas que se colocam na vida de homens e mulheres. Nesse sentido, são categorias analíticas

fundamentais para a compreensão das experiências de vida das pessoas, principalmente para o campo da saúde. Optou-se por incorporar, na discussão da sexualidade na juventude, a categoria analítica de gênero, buscando uma compreensão aprofundada do fenômeno na perspectiva da saúde.

### **3.4 Vulnerabilidade, juventude e sexualidade: um modo de compreender as experiências dos jovens**

Um dos recursos fundamentais para intervir em saúde, como em qualquer área técnica, é o instrumental teórico que se dispõe. O termo vulnerabilidade vem sendo bastante empregado nos últimos anos, expressando distintas perspectivas de interpretação e, sobretudo servindo de base para reflexões que buscam a reordenação das práticas de saúde. Especificamente na área da saúde, o quadro analítico da vulnerabilidade emerge no começo da década 80, como possibilidade de interpretação à epidemia da AIDS, na perspectiva de reconceituar a tendência individualizante da doença (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

No cenário internacional, Mann et al. (1993), no livro “Aids no mundo”, apresentam uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. Segundo os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Em geral, os autores enfatizam a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção da doença, imputando aos mesmos essa tarefa.

Delor e Hubert (2002) apresentam uma matriz heurística, construída a partir de pesquisa realizada com pessoas portadoras do HIV/AIDS, na Bélgica, em 1997. Os resultados da investigação são analisados sob três dimensões: trajetória social, interação e contexto social. A trajetória social refere-se às diferentes etapas que as pessoas atravessam no curso da vida, assim como as condutas assumidas nesse curso. A dimensão relativa à interação refere-se à relação entre os indivíduos e o contexto social e incorpora os fatores econômicos, políticos e culturais, numa dada sociedade, assim como as várias maneiras de atuação e de relação entre os indivíduos. Esses níveis podem ser analisados desde dois ângulos, objetiva e subjetivamente (o que os autores denominam como dimensão sócio-simbólica). A análise final que se apresenta propõe a construção de processos de identidade e de vulnerabilidade dos indivíduos estudados.

Percebe-se que o surgimento do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde está intimamente relacionado ao esforço de superação das práticas preventivas de saúde apoiadas

no conceito de risco<sup>6</sup> e, principalmente aos estudos relacionados ao campo do HIV/Aids (AYRES et al. 2003; DELOR; HUBERT, 2000).

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann et al. (1993), Ayres et al. (2003) traz o conceito de vulnerabilidade como um convite para renovar as práticas de saúde, estendendo o olhar para práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade. Isso permite o repensar sobre as práticas, de maneira crítica e dinâmica, contribuindo para a busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, que promovam impacto nos perfis epidemiológicos.

Nesta perspectiva, a vulnerabilidade não nega o modelo biológico tradicional, muito pelo contrário, o reconhece, mas busca superá-lo. Vale lembrar que o modelo privilegia, como unidade analítica, o plano coletivo e é estruturado por um referencial ético-filosófico, que busca a interpretação crítica das informações. Essa perspectiva analítica amplia o horizonte para além da abordagem restrita à responsabilidade individual, empregada, tradicionalmente, em vários estudos que analisam o papel da pessoa na trama da causalidade. Entende o trabalho participante com a população, de maneira a contribuir para que esta seja sujeito de sua vida (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O conceito de vulnerabilidade está inscrito nas perspectivas teóricas da saúde coletiva e no horizonte propositivo do cuidado em saúde (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; AYRES, 2004). Seu arcabouço teórico permite análises contextuais e subjetivas fundamentais para a compreensão do sujeito. Pode-se acrescentar que o conceito de vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos ou comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recurso para sua proteção (AYRES et al. 2012).

No Brasil, o quadro conceitual de vulnerabilidade está organizado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. Busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e dos programas e ações ou vulnerabilidade programática (AYRES et al. 2003; AYRES, PAIVA e JR, 2012).

Assim, a vulnerabilidade pode ser vista como o produto da interação entre características do indivíduo – cognição, afeto, psiquismo – e estruturas sociais de

---

<sup>6</sup> Chances probabilísticas de susceptibilidades, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função de exposição a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico (AYRES, 2002; 2003; DELOR; HUBERT, 2000).

desigualdade – gênero, classe e raça – determinando acessos, oportunidades e produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo. Uma pessoa pode tornar-se menos vulnerável se for capaz de reinterpretar criticamente as mensagens sociais que a colocam em situação de desvantagem ou desproteção, mas a sua vulnerabilidade pode aumentar se a mesma não tem oportunidade de ressignificar as mensagens emitidas no seu entorno (VILLELA; DORETO, 2006; AYRES et al. 1997; AYRES, 2003).

O quadro conceitual da vulnerabilidade surge para problematizar as verdades “quase absolutas” trazidas pelo referencial do risco. Nesse sentido, pretende analisar, em profundidade, as situações cotidianas que colocam os indivíduos em estado de vulnerabilidade. A utilização desta análise surge para provocar uma renovação nas práticas em saúde no sentido de pôr em discussão as condutas normatizadas e direcionadas a indivíduos genéricos, favorecendo a viabilização do espaço relacional na perspectiva subjetivadora (AYRES et al. 2012). Nesta direção, este estudo utiliza das análises da vulnerabilidade como um modo de compreensão das experiências dos jovens no exercício de sua sexualidade, buscando as interfaces com o cuidado em saúde.

Embora o termo vulnerabilidade e algumas construções conceituais em torno dele não sejam exatamente novos, sua emergência como conceito na saúde coletiva deu-se em tempo relativamente recente, e em especial no contexto da construção de respostas à epidemia de HIV/Aids (AYRES et al. 2012). Pode-se citar alguns estudos para ajudar na compreensão de sua importância para a saúde coletiva como a pesquisa realizada por PAIVA et al. (1998) com mulheres HIV positivas que mostrou que elas continuam sem perceber os riscos que correm com o sexo não protegido e não se consideram vulneráveis.

Outro estudo sobre Aids em adolescentes mostrou a propensão deste grupo para assumir riscos. A maioria dos adolescentes investigados referiu pouca intenção de utilizar o preservativo. Os fatores que influenciam a decisão do sexo protegido dependem da relação existente entre os parceiros. O principal fator que dificulta o uso do preservativo é a presença de parceiro fixo. Os motivos que influenciam o não uso do preservativo são: o preço, a dificuldade em comprá-lo, as experiências sexuais não planejadas, o uso de álcool e drogas, e a própria propensão para assumir riscos (CAMARGO; BARBARÁ, 2004). Neste sentido, fica claro o quanto são complexos os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de práticas de saúde favoráveis para os sujeitos.

A qualidade do processo é sempre preciosa nas abordagens baseadas nas situações de vulnerabilidade (AYRES et al. 2012). Para compreender o que pode parecer uma mesma situação para jovens, como por exemplo, se compararmos uma população de jovens pobres,

mas que vivem em uma comunidade onde a preocupação pública com sua exposição ao HIV seja ativamente expressa em ações de assistência à saúde, educação e suporte social de modo geral, pode estar muito menos vulnerável que outra, de jovens economicamente mais favorecidos, mas na qual a ameaça da epidemia não tenha visibilidade ou resposta política. De outro lado, ainda que considerando que a pobreza é um poderoso determinante de vulnerabilidade, é preciso considerar que, mesmo em populações pobres há diferenciais internos de extrema relevância, por exemplo, grau de escolarização, cultura religiosa, origem étnica que devem ser considerados na dinâmica conformadora de intersubjetividade, enfrentamentos e identidades temporárias desafiadas pela vulnerabilidade (AYRES, 2003).

Por isso que, de acordo com Ayres (2002) sem desprezar as informações trazidas pelos indicadores epidemiológicos e as orientações probabilísticas, é necessário um saber interdisciplinar, uma ação intersetorial que tomem menos o econômico e o técnico, em sentido estrito e mais os valores dos Direitos Humanos como forma de nos perguntarmos a questão primordial: estamos fazendo a coisa certa? Conhecemos o cotidiano das pessoas para cuidar delas?

O desafio de compreender a dinâmica da vida cotidiana e de sua organização social direciona a muitos questionamentos. Por exemplo: para os processos de trabalho no quadro da vulnerabilidade será mais produtivo levar em conta a religiosidade viva em cada igreja ou terreiro, ou experimentada por cada pessoa do que considerar os discursos oficiais de sacerdotes e os dogmas religiosos dos textos sagrados (AYRES et al. 2012). Com isso, a pretensão é destacar que se aproximar dos acontecimentos das vidas das pessoas poderá ser útil para construção do cuidado, ou seja, distanciando-se deles as orientações perdem ou nem tem sentido.

Na busca por uma discussão conceitual que utiliza as análises de vulnerabilidade é possível identificar algumas experiências e proposições que se diferenciam das estratégias assentadas em perspectivas mais gerais. Em um estudo sobre homicídios de jovens, entre 10 e 19 anos, ocorrido no ano de 1997, em Porto Alegre, RS os resultados evidenciaram diferentes situações de vulnerabilidade em que os jovens se encontravam (SANT'ANNA et al. 2005). Durante a discussão desses elementos é possível perceber o esforço das pesquisadoras em buscar associações entre as histórias e os fenômenos relatados na busca de aspirações sintéticas entre as condições socioeconômicas das famílias, a situação familiar e a relação com os pais, a escola e o trabalho, o cotidiano, a vida afetiva e os amigos. Todos esses elementos estão relacionados e ajudam a compreender em que contexto aconteceu o homicídio. Neste sentido, observa-se que a análise do estudo em questão evita generalizações,

pois tem como pressuposto que a exposição às situações de violência não é homogênea e não depende apenas da vontade individual, mas do contexto em que essas individualidades se manifestam.

Para encerrar esse tópico, assumindo a base teórica do trabalho, destaca-se a vulnerabilidade fundamentada, sobretudo nas complexas relações dos sujeitos com eles mesmos, nos seus contextos de intersubjetividade, nas relações sociais que produzem e nos meios para superá-las. É parte indissociável da vulnerabilidade a inclusão de reflexões críticas sobre as políticas sociais e a organização social e técnica das práticas de saúde. Assim, as análises da dimensão individual da vulnerabilidade tomam como ponto de partida a concepção do indivíduo como ser em relação, partindo do princípio de que toda pessoa possa experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. O indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo coconstrutor e não apenas como resultado (AYRES et al. 2012).

A dimensão social das análises de vulnerabilidade busca exatamente focar esses aspectos contextuais que conformam vulnerabilidades individuais, as relações econômicas, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as crenças religiosas, a pobreza, a exclusão social ou os modos de inclusão que mantêm a desigualdade (AYRES et al. 2012). Os serviços estão atentos às relações entre todos esses elementos? É possível perceber a construção de respostas capazes de problematizar e superar essas relações? Essas são as questões implicadas na dimensão programática das análises de vulnerabilidade.

Na juventude, em especial, é preciso saber como estão organizadas e apresentadas as diferentes situações de vulnerabilidade, principalmente para compreender a atuação dos serviços, das famílias e da comunidade no que se relacionam as práticas de saúde e sexualidade. Assim, a vulnerabilidade pode ser um modo de compreender as experiências dos jovens no campo da sexualidade.

### **3.5 O cuidado em saúde: uma abordagem propositiva para a juventude**

O cuidado em saúde é um tema amplamente debatido nos diversos segmentos e entre os diferentes profissionais de saúde (WALDOW, 2004; WALDOW, 2006, AYRES, 2000; AYRES, 2004; AYRES, 2007; MOTTA, 1997; CROSSETI 1997). Circulam entre os fazeres profissionais distintas concepções teóricas sobre cuidado. Grande parte delas se concentra em

torno da expressão paradigmática conhecida como modelo biomédico da saúde<sup>7</sup>. Entretanto, nesse tópico e para esse estudo será defendida a perspectiva teórica que entende o cuidado em saúde como um movimento de subjetivação, desenvolvido a partir das experiências dos indivíduos na sua existência, tendo em vista a criação de um espaço relacional como lugar de expressão dialógica (AYRES, 2004; AYRES 2006; ANÉAS,2011; AYRES, 2011). O cuidado é uma expressão da humanidade, sendo essencial para o desenvolvimento e realização dos seres humanos (WALDOW, 2006).

Especialmente na saúde é frequente a utilização do termo assistência como sinônimo de cuidado. Waldow (2001) considera que há controvérsias sobre o que consiste o foco do cuidado, em que modelo, ou modelos fundamentar a prática. Em muitos casos, as duas denominações são representantes, unicamente, da ciência, centrando em espécies de cartilhas de recomendações universais. Essas situações podem ser percebidas quando no contato com os serviços de saúde, o indivíduo, na qualidade de portador de um problema a ser resolvido é objeto de técnicos da saúde. Além de objeto de um saber instituído, o usuário deve ser considerado aspirante ao bem-estar, tendo juízo sobre suas necessidades. Ali, naquele momento está presente a intersubjetividade viva, exatamente porque se efetiva uma troca que extrapola o tecnológico. Apoia-se na tecnologia, mas não se limita a ela, cria-se outro tipo de saber que tem como horizonte a emancipação humana (AYRES, 2000).

Profissionais da área da saúde não diferem quanto ao objeto e sujeito de cuidado, mas sim na forma como o expressam (WALDOW, 2006). Na enfermagem o cuidado é genuíno e peculiar, sendo considerado uma forma de ser e uma forma de relacionar-se (WALDOW, 2004). Pelo cuidado, a enfermagem se propõe a compreender como se relacionam entre si a saúde, a enfermidade e a conduta humana (TORRALBA, 2009).

O cuidado é o fazer e a experiência existencial do enfermeiro. Revela-se no processo de subjetividade por meio do encontro, do face a face. O cuidar é o conteúdo das vivências de estar no mundo, envolto na noção de temporalidade e na consciência de finitude (MOTTA, 1997). A enfermagem tem se destacado como uma das únicas áreas até mais recentemente, fora a filosofia, a se dedicar de forma mais ampla e profunda à discussão e investigação sobre o cuidado (WALDOW, 2004; WALDOW, 2006). As bases filosóficas do cuidado para a enfermagem apoiam-se, principalmente nas ideias de Martin Heidegger. O cuidado constitui um modo de ser-no-mundo. Conforme Heidegger (2005) ser-no-mundo caracteriza-se pelo

---

<sup>7</sup> Constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado- (CAPRA,1982).

cuidar, por estar em relação consigo e o mundo. Significa um “vir-a-ser”, em se completando, em se fazendo, indicando potencialidades e possibilidades. O cuidar significa ainda, solicitude, preocupação com e estar com (WALDOW, 2006). Deste modo, a ideia dos autores é um retorno aos fundamentos, essencial para a renovação das práticas de saúde.

Para Heidegger (2005) cuidar significa estar no mundo em contínua relação com o outro. Ter a consciência de ser-no-mundo marcado pela temporalidade. Por isso, o cuidado é uma atitude autêntica de estar com o outro, atento, compreendendo a sua condição enquanto existência. O termo cuidado, em inglês significa preocupação, consideração, interesse, afeição, importar-se, proteger, gostar, em português significa atenção, cautela, zelo, responsabilidade, preocupação (WALDOW, 2001).

A enfermagem, no decorrer a sua história, guarda muitas possibilidades de exercitar um cuidado pautado na compreensão da condição do outro, por tê-lo como razão existencial (WALDOW 2004, 2006). Com base nos construtos teóricos da enfermagem e apoiada nas reflexões de Ayres (2004) vislumbra-se a possibilidade de pensar o cuidado em saúde fundamentado na sabedoria prática, ou seja, como a possibilidade de resgate do potencial subjetivador do ato assistencial, tendo como foco comparativo as práticas de saúde. Assuma-se que saúde é um modo de “ser-no-mundo”, uma decisão que não gera procedimentos sistemáticos, mas um exercício fundamental de autonomia humana (AYRES, 2000). Nessa direção, o encontro de cuidado em saúde é considerado um espaço relacional com grande potencial de autonomia para a pessoa e, por essa razão tem significativa justificativa para sua reestruturação nos serviços de saúde, aqui representado por aqueles que se preocupam com a juventude.

Retomando a questão inicial, o cuidado em saúde toma um lugar privilegiado nas práticas de saúde, representando atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela. Para Waldow (2001) o cuidado humano não pode ser prescrito, não cumpre receitas, é sentido, vivido e exercitado. Acredita-se que a proposta de cuidado com base nesses fundamentos apresenta interfaces interessantes com o quadro conceitual da vulnerabilidade e com as construções teóricas que delimitam essa investigação, tendo como horizonte possibilidades de renovação das práticas de saúde.

De acordo com Ayres (2000); Alves (2009) é um exercício difícil, porque temos “atrofiado” o exercício dessa sabedoria, presos a um racionalismo onde imperam os resultados da ciência que legitima práticas e subestima a sensibilidade humana. Nesse sentido, exigirá

dos profissionais de saúde o ativismo da sabedoria, numa perspectiva que busque relacionar os aspectos técnicos aos aspectos humanistas da atenção à saúde.

Ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, as práticas de saúde vêm enfrentando, já há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (SCHRAIBER, 1997). Em resposta a essa suposta crise pode-se apontar o surgimento de propostas para a reconstrução das práticas de saúde, tais como a integralidade, a promoção da saúde, a humanização, a vigilância da saúde etc (CZERESNIA; FREITAS, 2003). No entanto, para a concretização de mudanças no processo de trabalho em saúde é fundamental rever os fundamentos do cuidado em saúde.

As orientações, em muitos momentos, denominadas como cuidado em saúde pautam-se em habilidades de poder usadas pelos profissionais para convencer os usuários a partir de sua lógica de pensamento (SANTIM, 2001). Nesse sentido, o cuidado deixa de ser um espaço relacional e dialógico e passa a ser conversas sem sentido e significado para as pessoas.

Para exemplificar entende-se ser oportuno mencionar a história relatada por Ayres (2004) nas suas atividades médicas em uma unidade de atenção primária à saúde. Neste dia, ao final de uma tarde de atendimentos na unidade ele resolveu fazer diferente, fechando os prontuários e começando pela seguinte colocação: ‘Hoje eu quero que a senhora fale um pouco de si mesma, da sua vida, das coisas de que gosta, ou de que não gosta, enfim, do que estiver com vontade de falar. A partir de uma longa conversa que permitiu a compreensão da história de vida da usuária os dois concluíram:

Uma consulta nunca mais foi igual à outra, e eram de fato ‘encontros’, o que acontecia a cada vinda sua ao serviço. Juntos, durante o curto tempo em que, por qualquer razão, continuamos em contato, uma delicada e bem-sucedida relação de cuidado aconteceu. Receitas, dietas e exercícios continuaram presentes; eu e ela é que éramos a novidade ali (Ayres, 2004, p. 18).

Percebe-se pelo relato que as ações (orientações ou prescrições médicas) realizadas em atendimentos anteriores, potencializam momentos de esquecimento da própria identidade. Neste sentido, como referem alguns dos escritos de Santin (2001), o grande desafio dos momentos de encontro entre as pessoas é fazer com que cada um se sinta feliz e tenha prazer de ser ele mesmo, em lugar de travestir-se de um número, um risco, ou um problema (SANTIN, 2001).

Nas questões relacionadas à sexualidade, pode-se dizer que a disciplina científica da saúde trabalha com a temática a partir da divisão por faixas etárias, para as quais se

convencionou orientações necessárias e indispensáveis ao período de vida em que o ser humano se encontra. Assim, para as crianças é conveniente a manutenção do silêncio e a percepção de que são assexuadas. A adolescência é considerada um período de grandes investimentos, ou seja, muitas informações precisam ser repassadas para que o jovem mantenha um comportamento saudável e controle as necessidades corporais. Na fase adulta a vivência da sexualidade é autorizada com mais liberdade, desde que o sujeito tenha suas condições de trabalho e sobrevivência controladas. Com a chegada da velhice, as preocupações diminuem, pois nesse momento os desejos e os apelos sexuais caminham nessa direção.

Como possibilidade de ampliação desse horizonte normativo surge a ideia mais ampla de felicidade. A noção de felicidade remete a uma experiência vivida valorada positivamente, experiência esta que, frequentemente, independe de um estado de completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional (AYRES, 2007). Nesse sentido, o *projeto de felicidade* pede um espaço relacional entre os indivíduos que permita a valorização da experiência, ou seja, do modo de vida das pessoas. Esses elementos parecem ser essencialmente, novos e potentes nas recentes propostas de humanização.

Cabe destacar que no estudo realizado durante o mestrado os jovens mencionavam a importância da noção de felicidade nos modos de levar a vida. Uma das falas ficou marcada pela seguinte expressão: “bom humor, pensamento positivo, amor são tão importantes quanto remédios na busca de uma vida saudável” (RESTA, 2006). A sabedoria prática é a condição subjetivadora para compreender o ser-no-mundo que está presente nas relações de cuidado. A abertura para que se processe essa modalidade de cuidado é desafiadora e necessária aos serviços de saúde, em especial aqueles que cuidam da juventude. Bom humor, pensamento positivo, amor são tão importantes, ou seja, a sensibilidade humana precisa ativa nos encontros de cuidado.

Com isso, parece claro, caminhar na direção de dizer que a reformulação do que se pensa como cuidado em saúde passa muito mais pela progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde, com valores atribuídos às experiências humanas (AYRES, 2004). Waldow (2001) considera que muitos seres humanos só vivem, não existem, pois não encontram ou não conseguem dar significado a sua vida. Daí pode-se concluir que um aspecto importante para o cuidado é a experiência, alcançada por meio da vivência de situações do cotidiano.

Pode-se fazer uma associação entre o que se compreende como experiência e o que o autor chama de *projeto de felicidade*. O aspecto felicidade traz no vivido das pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. O aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica do indivíduo enquanto consciência da sua existência nesse mundo, ou seja, estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde (AYRES, 2007).

A palavra experiência remete ao significado de “o que nos acontece” (BONDIA, 2002). Em especial no campo da saúde, parece que os acontecimentos estão cada vez mais raros, tudo está organizado para que não nos aconteça, ou seja as certezas, principalmente as científicas nos afastam do conhecimento sobre a vida das pessoas que cuidamos. Em função disso temos dificuldades em estar com as pessoas, em conhecer seus *projetos de felicidade* e exercitar possibilidades de produção da sabedoria prática (HEIDEGGER, 2005, AYRES, 2004). Uma das razões que levou a organização dessa proposta de estudo é a importância de conhecer as experiências cotidianas das pessoas para a proposição dos encontros de cuidado.

Heidegger, especialmente em *Ser e Tempo* (2005), convida a pensar o modo de ser dos humanos como uma contínua concepção/realização de um projeto, a um só tempo determinado pelo contexto onde estão imersos, antes e para além de suas consciências, e aberto à capacidade de transcender essas contingências e, a partir delas e interagindo com elas, reconstruí-las. A temporalidade da existência, isto é, as experiências de passado, presente e futuro não são senão expressão desse estar projetado e projetando que marca o modo de ser (do) humano – o futuro sendo sempre a continuidade do passado que se vê desde o presente, e o passado aquilo que virá a ser quando o futuro que vislumbramos se realizar.

O encontro é o cuidado. Encontrar-se com o outro significa encontrar-se consigo mesmo e, nesse espaço relacional, existem condições para se desenvolver o *projeto de felicidade*. A noção de projeto é riquíssima para as práticas de saúde, uma vez que significa a recuperação do projeto existencial, além de estabelecer um vínculo terapêutico efetivo, traz sentido às demandas e preocupações dos usuários.

De acordo com Ayres (2007), adota-se aqui o termo cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência seja de adoecimento, físico ou mental, ou mesmo das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. O cuidado em saúde deveria estar envolvido de subjetividade, percebida, muitas vezes, na ausência da lógica. Para alguns autores o cuidado é acima de tudo uma presença, uma manifestação, uma visibilidade (MERLEAU-PONTY, 2010; MOTTA, 1997,

CROSSETTI, 1997). Assim, ele não deveria ser formado pela presença do sujeito e do objeto, mas pela totalidade existente no encontro entre eles. Um elemento importante para o cuidado é a dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro (AYRES, 2007).

Vale destacar que não será possível a reestruturação das práticas de saúde se não ocorrer à mobilização de todo coletivo envolvido. Sabe-se que há a dimensão social dos processos de adoecimento e da construção de respostas a tais processos, ou seja, é necessário pensar a estruturação do conjunto de condições ou obstáculos que se relacionam aos *projetos de felicidade*. Deste modo, é necessário agregar elementos que vão além do profissional e do usuário, incluindo a organização dos serviços e os arranjos tecnológicos para respostas sanitárias em um sentido mais geral.

Há uma complexidade de elementos que estão envolvidos nas questões de saúde e doença. Ayres (2007) ao fazer uma espécie de brincadeira com as palavras saúde e doença e seus significados considera que dizer que há saúde não é o mesmo que dizer que não há doença e vice-versa. Nesse sentido, o grande desafio é compreender as diferenças no modo como os discursos da doença e da saúde estão engendrados no chamado de paradigma biomédico. Quando se fala, por exemplo, que está com a glicose elevada, já se apresenta uma possibilidade de entendimento universalizada e instituída. Quando se responde que se está saudável porque estou feliz, isso demandaria outras repercussões dialógicas e discursivas, nem sempre conhecidas.

Nesse sentido, voltando ao que motivou Ayres (2007) como disparador para seu ensaio: você está saudável? Você está doente? As duas questões trazem respostas um pouco difíceis, mas, de certa forma, a última pergunta pode ter uma maior previsibilidade de respostas. Os sentidos dos termos relacionados à doença já estão amplamente validados e aceitos, ou seja, uma racionalidade de caráter instrumental já deixou claro de antemão para os participantes do diálogo que o conhecimento das regularidades e irregularidades do nível de glicose circulante em nosso sangue fornece elementos para prever e controlar alterações morfofuncionais indesejáveis, com efeitos que vão de sensação de fraqueza até a morte.

Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de algo para fazer. Para esse mesmo autor a reconstrução de conceitos e práticas de saúde tem como tarefa fundamental “liberar nossa capacidade de escolha dos “quê fazer?” (AYRES, 2007, p.51).

Trata-se da presença de ambos, usuários e profissionais, populações e serviços, como portadores de compreensões e projetos relativos à existência compartilhada, que precisam tomar decisões acerca de “Que fazer, ou não fazer?” (Por quê? Para quê?) e “Como fazer” (Com que meios? Em que medida? A que custos?)(AYRES, 2007, p.52).

Destaca-se ainda que, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecno-científicos e práticos (AYRES, 2007).

A sexualidade na juventude joga entre o prazer e a disciplina. Para compreender esse movimento é interessante olhar para o cuidado como manifestação coletiva e misturada por elementos tecno-científicos e práticos. Os sonhos da estabilidade, da certeza, da segurança ficam desfeitos. Abrem-se possibilidades para recompor o que a ciência isolou. O jogo coloca os sujeitos dispostos para o encontro, mas não estabelece resultados.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), uma pesquisa desse tipo se caracteriza pela apreensão de algum fenômeno que é descrito e aprofundado em seu significado e importância, o que ultrapassa a dimensão de apenas observar, para investigar sua natureza complexa, envolvendo outros fatores com ele relacionados. A pesquisa qualitativa revela a finalidade do problema em estudo, ou seja, descrever, compreender e explicar a questão de investigação aprofundando-se no mundo dos significados, das crenças e dos valores dos participantes, já que ele não pode ser captado em estatísticas (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa possibilita a compreensão e aprofundamento de diferentes micro-realidades, visando ao desvendamento da sua lógica interna e específica. Aproxima o pesquisador de determinados problemas, expressos em opiniões, crenças, valores, relações, atitudes e práticas (MINAYO, 2010).

Na pesquisa qualitativa o pesquisador não é um mero observador objetivo, politicamente neutro, situando-se fora ou acima do texto. O pesquisador assume uma posição histórica e está situado como observador humano da condição humana. O significado da pesquisa qualitativa é plural, na qual o pesquisador e os pesquisados envolvem-se em um diálogo contínuo (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa qualitativa permite uma metodologia inventiva, com uma teoria viva e empiricamente rigorosa. Deste modo, é fundamental evidenciar, claramente, a sua relevância prática e seu compromisso com a produção de conhecimentos (SILVERMAN, 2010).

O mesmo autor menciona alguns passos importantes a serem seguidos pelo pesquisador qualitativo, quais sejam: perceba os cenários e trate todos os relatos como potencialmente importantes; reconheça a presença e a importância de outros artefatos, que, junto com a interação, podem proporcionar dados reveladores; e esteja sempre atento a todos os possíveis significados que estejam atrelados a informação (SILVERMAN, 2010).

## 4.2 Contexto do estudo

O campo de estudo foi o Pro-jovem Adolescente do município de Palmeira das Missões. O Governo Federal no ano de 2008 implantou e implementou o Programa Pro-jovem Adolescente na Política Nacional de Assistência Social – PNA. O Pro-jovem Adolescente é um serviço sócio-educativo que integra a Política Nacional de Assistência Social. Essa política pública tem caráter universalizante e se materializa por meio do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, composto por uma rede articulada e orgânica de serviços, projetos e benefícios socioassistenciais (BRASIL, 2009). As atividades do projeto são voltadas para jovens de 14 a 17 anos de idade de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família<sup>8</sup> e jovens vinculados ou egressos de programas e serviços de proteção social especial, como o Programa de Combate à Violência e à Exploração Sexual<sup>9</sup> o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e– PETI<sup>10</sup>, ou ainda jovens sob medida de proteção ou socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

O referido programa foi escolhido por ser campo de aulas práticas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (CESNORS). Nesse sentido, existe uma parceria entre a Universidade e o Programa que se considera importante para a produção de conhecimentos e melhoria das condições de ensino e trabalho. A coordenação do Programa sempre oportunizou a realização de estudos e atividades com os jovens que, também se mostram participativos às iniciativas. Neste sentido, o Programa estava de acordo com a realização da pesquisa e autorizou a coleta das informações (ANEXO A). Atualmente, o programa atende em torno de sessenta jovens em Palmeira das Missões/RS.

---

<sup>8</sup> O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País. O Bolsa Família integra o Plano Brasil Sem Miséria (BSM), que tem como foco de atuação os 16 milhões de brasileiros com renda familiar per capita inferior a R\$ 70 mensais. O Bolsa Família possui três eixos principais focados na transferência de renda, condicionalidades e ações e programas complementares. A transferência de renda promove o alívio imediato da pobreza. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social. Já as ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2012).

<sup>9</sup> O programa possui seis eixos estratégicos que estabelecem metas, parcerias e prazos a serem cumpridos para reduzir os casos de abuso e exploração sexual e para garantir o atendimento de qualidade para as vítimas e a suas famílias. São eles: Análise da Situação, Mobilização e Articulação, Defesa e responsabilização, Atendimento, Prevenção, e Protagonismo Infante-Juvenil. O acompanhamento das ações fica a cargo do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dos Conselhos de Direitos Estaduais e Municipais. O Plano Nacional é referência para qualquer iniciativa de combate à violência sexual infante-juvenil e responsável por estruturar políticas e serviços que garantam os direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 2012).

<sup>10</sup> O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) articula um conjunto de ações visando à retirada de crianças e adolescentes de até 16 anos das práticas de trabalho infantil, exceto na condição de aprendiz a partir de 14 anos. O PETI compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e tem três eixos básicos: transferência direta de renda a famílias com crianças ou adolescentes em situação de trabalho, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças/adolescentes até 16 anos e acompanhamento familiar através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS)- (BRASIL, 2012).

### 4.3 Participantes

Os participantes desta investigação foram os jovens na faixa etária entre 14 e 17 anos vinculados ao Pro-jovem Adolescente que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa e que tiveram autorização dos pais/responsável legal. A faixa etária escolhida baseou-se na experiência profissional e nos resultados de algumas investigações, que referem que nesse intervalo etário acontecem as primeiras experiências sexuais e o interesse pela temática é maior. Todos receberam um convite explicativo sobre a pesquisa. Aqueles que aceitaram participar do estudo realizaram a notificação verbal à coordenação do programa, demonstrando seu interesse. A coordenadora foi compondo uma listagem com os nomes dos interessados, que foram contatados pela pesquisadora para dar início ao processo de coleta das informações. A listagem ficou composta por 24 jovens, que foram convidados para uma reunião junto com seus pais ou responsáveis para explicação e devida autorização para a participação no estudo. Compareceram 20 jovens e seus responsáveis e neste momento foi realizada a apresentação da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, buscando garantir os preceitos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Destacou-se, nesse primeiro contato, a relevância do estudo, uma vez que os responsáveis pelos jovens manifestavam-se favoravelmente à realização da pesquisa, por entenderem a importância da temática. Os jovens, ao aceitarem a participar da pesquisa vislumbravam um espaço para o diálogo, comprovado pela realização das entrevistas.

O número de participantes foi considerado adequado para a produção das informações, pois possibilitou a realização de contatos proveitosos que permitiram qualidade para a análise das informações.

#### 4.3.1 Falando dos participantes

Dos 20 jovens participantes do estudo, 11 eram do sexo masculino e 9 do sexo feminino e todos residentes em Palmeira das Missões/RS. Com relação à escolaridade 13 adolescentes tinham o ensino fundamental incompleto e 7 o ensino médio incompleto. Os jovens são oriundos de famílias de classe popular, beneficiárias do Programa Bolsa Família e 95% vivem com a família. Muitos convivem com famílias que passaram por um processo de reestruturação após a separação dos pais, vivendo com as mães, que são chefes de família. Alguns relatam que possuem conflitos familiares com irmãos e pais, provocados pelo processo de separação. São filhos de pais jovens, com mais de um relacionamento conjugal.

Os jovens convivem com irmãos maternos e paternos e, em algumas situações só sabem da sua existência, sem contato direto. Pode-se dizer que vivem em famílias estendidas, reestruturas, chefiadas por mulheres (BIASOLI-ALVES, 2004). O conflito familiar é inerente a essas estruturas e os papéis parentais são confusos. Tais caracterizações oportunizam a refletir sobre a fragilidade familiar dos jovens e as diferentes situações de vulnerabilidade a que estão expostos quando se pensa nas questões familiares.

A iniciação sexual ocorreu em média entre os 14 e 15 anos. Essa informação se assemelha à média de idade da iniciação sexual dos jovens em diferentes contextos (AQUINO et al. 2003, BORGES; SHOR, 2005). As duas situações em que a iniciação sexual aconteceu mais precocemente, foram relatadas como fruto de situações de violência e abuso sexual, sobre o que será discutido a seguir. Com relação a ficar, namorar e as experiências sexuais todos mencionaram já ter ficado ou namorado com alguém. No entanto, alguns não tiveram relações sexuais ainda. Nenhum dos jovens relatou ter vivenciado situação de gravidez e dizem usar preservativo que, em sua maioria, é comprado por eles. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis a totalidade dos jovens disse ter algum conhecimento e que as pessoas mais acessadas para conversar sobre esse tema são os amigos e os pais, em especial as mães. Abaixo será apresentado um quadro que sintetiza as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, se namorou ou ficou e a idade na iniciação sexual.

No que se refere ao acesso aos meios de comunicação, todos dizem assistir televisão e ouvir rádio e poucos não têm acesso à internet. Sobre os programas preferidos, os mais citados foram novelas, músicas, notícias, moda e sexo. Aqueles que acessam a internet referem que seus principais sites de pesquisa são as redes sociais.

Os lugares mais frequentados pelos jovens para conversar, namorar ou mesmo para se divertir são a escola, as praças e parques da cidade, as residências das famílias e na secretaria da ação social, onde se realizam as atividades do Projeto Pro-Jovem. A rua foi citada como um local importante no convívio e relações para esses jovens. As unidades de saúde não aparecem como um lugar frequentado pelos jovens.

Quadro 1: Informações sobre sexo, idade, escolaridade, se namorou ou ficou a idade na iniciação sexual.

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Namorou ou “ficou”?</b>	<b>Idade da Iniciação sexual</b>
<b>J1</b>	Fem	15	Fundamental incompleto	Sim	14 anos
<b>J2</b>	Fem	16	Médio incompleto	Sim	15 anos
<b>J3</b>	Masc	17	Fundamental incompleto	Sim	7 anos
<b>J4</b>	Fem	16	Médio incompleto	Sim	15 anos
<b>J5</b>	Fem	17	Médio incompleto	Sim	16 anos
<b>J6</b>	Masc	16	Fundamental incompleto	Sim	15 anos
<b>J7</b>	Masc	15	Médio incompleto	Sim	14 anos
<b>J8</b>	Masc	17	Fundamental incompleto	Sim	Não
<b>J9</b>	Fem	16	Fundamental incompleto	Sim	14 anos
<b>J10</b>	Fem	17	Médio incompleto	Sim	9 anos
<b>J11</b>	Masc	16	Fundamental incompleto	Sim	Não
<b>J12</b>	Fem	16	Médio incompleto	Sim	16 anos
<b>J13</b>	Masc	15	Fundamental incompleto	Sim	12 anos
<b>J14</b>	Masc	15	Fundamental incompleto	Sim	Não
<b>J15</b>	Masc	15	Fundamental incompleto	Sim	Não
<b>J16</b>	Masc	15	Fundamental incompleto	Sim	Não
<b>J17</b>	Fem	16	Médio incompleto	Sim	16 anos
<b>J18</b>	Fem	14	Fundamental incompleto	Sim	13 anos
<b>J19</b>	Masc	14	Fundamental incompleto	Sim	13 anos
<b>J20</b>	Masc	16	Fundamental incompleto	Sim	15 anos

Fonte: RESTA, 2012.

#### 4.4 Coleta das informações

A coleta das informações foi realizada em duas etapas no período de dezembro 2011 a março de 2012. Na primeira etapa foi realizada a dinâmica “Primeiro Contato” (APÊNDICE A) e o preenchimento do questionário (APÊNDICE B). A dinâmica apresentava ao jovem uma história entre um menino e uma menina que se conheceram em uma praia, namoram, ocorrendo a relação sexual e a confirmação de uma gravidez. A realização da situação vivencial tinha como objetivo provocá-los para refletir e emitir um posicionamento, de acordo com suas experiências e seus conhecimentos sobre a temática. Após esse momento, foi aplicado um questionário que teve como objetivo obter informações que contribuíssem para a

caracterização dos participantes e favoreceram a interpretação das informações da segunda etapa da coleta. De acordo com Lakatos e Marconi (2004) um questionário é um instrumento de pesquisa que contém uma série ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Foram questionadas informações referentes à: sexo, idade, escolaridade, acesso a meio de comunicação, atividades habituais, experiência relacionada à sexualidade, saúde reprodutiva, doenças sexualmente transmissíveis e Aids. A aplicação do questionário se mostrou importante para o levantamento das informações citadas, mas para além disso, mostrou-se fundamental para a reflexão e para a compreensão dos diálogos produzidos nas entrevistas.

A primeira etapa da coleta de informações serviu para a ambientação e aproximação entre pesquisador e participante, favorecendo a realização da entrevista. Com isso os jovens já se sentiam mais à vontade para conversar sobre o tema, oportunizando uma entrevista em profundidade. Após o contato inicial foi organizada com os jovens a agenda para a realização das entrevistas.

Nesta direção, na segunda etapa foi realizada uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE C). De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004) a entrevista semi-estruturada é utilizada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos a serem cobertos, na qual a função do pesquisador é estimular o sujeito a falar livremente sobre todos eles. A entrevista privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, assim trazendo um nível profundo da realidade – o subjetivo, o qual somente se torna possível com a contribuição do entrevistado, que revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos, e transmite, através de uma pessoa, representações de determinados grupos. Ressalta-se que a entrevista semi-estruturada, possibilita que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

A entrevista é um encontro entre duas pessoas, para que uma obtenha informações a respeito de determinado assunto. Trata-se de uma conversa efetuada face a face, metodicamente, proporcionando ao entrevistador as informações necessárias. Na entrevista semi-estruturada pode-se explorar mais amplamente uma questão (LAKATOS; MARCONI, 2004).

A entrevista estava organizada em cinco perguntas norteadoras, com a finalidade de estimular o participante a refletir e falar sobre suas experiências no campo da sexualidade. A coleta das informações foi realizada na sede do Programa Pro-jovem Adolescente em uma sala apropriada para manter um diálogo com garantia da privacidade. Foi solicitada a autorização para a gravação da entrevista, com o intuito de registrar integralmente a fala do

participante, assegurando material rico e fidedigno para a interpretação. A entrevista foi agendada de acordo com as possibilidades do participante após a reunião e a realização da primeira etapa da coleta das informações, a dinâmica “primeiro contato” e a aplicação do questionário.

A entrevista foi um momento rico de aprendizado e também espaço de cuidado. Algumas entrevistas representaram para os jovens a primeira oportunidade que tiveram de compartilhar suas experiências com alguém. Alguns usaram, inclusive, a expressão “estou saindo daqui aliviada”, por ter representado um espaço de escuta, atenção e cuidado. Por intermédio dessas vivências, pode-se confirmar que para cuidar precisa-se estar com as pessoas e possibilitar, além de um ambiente propositivo e acolhedor, um encontro de subjetivação.

Aconteceu um processo de entrega entre pesquisador e pesquisado, percebido até mesmo pela representação do tempo de duração da conversa. Entre as 20 entrevistas realizadas o tempo de duração foi variável, podendo estimar uma média de uma hora e meia. Estávamos ali, um com o outro e com o mundo, numa relação potencializadora de cuidado. Talvez seja difícil representar no texto o quanto me senti exercitando o cuidado, como uma dimensão emancipadora. Percebi que é possível e que o argumento que sustenta esse trabalho se consolidou em vias teóricas e práticas.

Vivemos um período de intensas reflexões durante o processo de investigação, especialmente na fase de coleta das informações. Compartilharam-se histórias de vida e, além disso, como pesquisadora, assumi responsabilidades a partir das experiências que me foram relatadas. Durante as entrevistas pude alargar meus limites compreensivos, ensaiar novos modos de cuidado e afirmar a relevância do objeto de investigação e do referencial teórico.

#### **4.5 Questões éticas**

O estudo foi iniciado após a apresentação e aprovação do projeto por meio de Exame de Qualificação, autorização da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS parecer número 21840 (ANEXO B).

Ciente das recomendações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) assinado pelos adolescentes e por seus responsáveis (BRASIL, 1996) no dia da reunião para

exposição da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado após os devidos esclarecimentos em relação ao objetivo da pesquisa, representado pela conversa com os participantes e seus responsáveis. Nesta oportunidade foi destacado o caráter voluntário de participação e a liberdade do participante poder retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a sua pessoa ou para o seu responsável, sendo assegurado seu anonimato. Para preservar a identidade os participantes estão caracterizados no texto por códigos representados pela letra J de jovem e numerados sequencialmente, ou seja, J1, J2 e assim por diante.

Também foi solicitada a autorização para gravar as entrevistas. As fitas serão desgravadas após cinco anos, conforme dispõe a Lei nº 9610/98 (BRASIL, 2005).

A participação dos sujeitos na pesquisa não envolveu nenhuma forma de pagamento. A participação no estudo não ocasionou nenhum desconforto de ordem física ou psicológica.

#### **4.6 Interpretação das informações**

As informações coletadas foram interpretadas, por meio da Análise Temática proposta por Minayo (2010). Utilizou-se como categoria de análise o referencial da vulnerabilidade, didaticamente dividido em três dimensões: a individual, a social e a programática (AYRES et al. 2003; AYRES, 2002) e os constructos teóricos da sexualidade (HEILBORN, 2006; BOZON, 2004; BRANDÃO 2003, 2009) e do cuidado em saúde (AYRES, 2000; WALDOW, 2001; AYRES, 2004 ; WALDOW, 2004; HEIDEGGER, 2005; AYRES, 2006; WALDOW, 2006; AYRES, 2007; WALDOW, 2010). A articulação dos três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no referencial da vulnerabilidade prioriza análise e intervenções multidimensionais, situadas na vida real, ou seja, no mundo dos sujeitos nos quais esses processos ganham sentidos singulares (AYRES et al. 2003). Tais referenciais deram suporte às interpretações na medida em que facilitaram a compreensão das experiências individuais como produtos dessa interação. A perspectiva da vulnerabilidade favoreceu a compreensão da sexualidade construída no âmbito social e, principalmente a elucidação da fragilidade do cuidado em saúde na juventude.

O material das dinâmicas, dos questionários e das entrevistas foi transcrito e analisado obedecendo às três fases, quais sejam: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. A pré-análise foi a fase em que o conjunto das informações obtidas foi organizado para uma análise mais aprofundada a seguir. Nessa etapa,

foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas. Com esses elementos, a segunda fase se caracterizou pela exploração do material para a classificação em categorias emergentes. Essa fase, com idas e vindas ao material, em busca de significados e agrupamentos das informações, permitiu o emergir de categorias que tomaram significado no contexto do objetivo da pesquisa.

A terceira etapa da análise foi constituída pelo exame das informações obtidas e consequente interpretação, remetendo-se o significado ao contexto investigado. Nesse sentido, foram feitas interpretações, a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que podem esclarecer os achados da pesquisa.

De acordo com os objetivos, o referencial teórico e metodológico que dão sustentação ao estudo pode-se evidenciar quatro categorias e suas subcategorias apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 2: Categorias e subcategorias identificadas no estudo

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Experiências dos jovens relacionadas a sexualidade</b>	Experiências de namoro, de beijinhos e de ficar: construção de si
	Experiências das relações sexuais: diferentes modos de gerir o cotidiano
	Projetos de vida: expectativas profissionais e afetivas
<b>Informações em saúde recebidas por jovens: a voz da experiência</b>	Experiências e conversas com outros jovens e com a família: um espaço de informações
	As informações tem sentido: “na hora H escapam”
<b>As situações de vulnerabilidade dos jovens a partir das suas experiências existenciais</b>	As situações de violência como elemento vulnerabilizante
	As relações familiares: as fragilidades dos vínculos
	Relações de Gênero e compreensões sobre homossexualidade
	Os serviços de saúde e a vulnerabilidade programática
<b>A invisibilidade da saúde: a concepção biologicista do cuidado</b>	Da (des)informação às informações básicas em saúde
	A resignificação das informações: um conhecimento diferente

Fonte: RESTA, 2012.

## **5 SEXUALIDADE NA JUVENTUDE: AS EXPERIÊNCIAS, AS INFORMAÇÕES E AS VULNERABILIDADES (DES)CONECTADAS DO CUIDADO EM SAÚDE**

Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo e as interpretações das informações. A partir da exposição das diferentes categorias busca-se, na interlocução com o referencial teórico, proporcionar um espaço reflexivo com potencialidade de contribuir com o cuidado em saúde no que se refere à sexualidade de jovens.

Vale destacar que o termo “(des)conectadas” está sendo utilizado com a intenção de problematizar os possíveis pontos de encontro dos temas em estudo com o cuidado em saúde. Dito de outro modo, com o jogo de palavras busca-se dar sentido ao que vemos, ao que acontece e as correlações que fazemos quando nomeamos algum caso e quando escolhemos formas de tratamento para ele. Pode-se observar que existem momentos em que as experiências, as informações e as situações de vulnerabilidade aparecem desconectadas do cuidado em saúde, como acontecimentos separados e não relacionados e, também, é possível perceber tentativas de conexão ou movimentos para conectar-se ao fazer profissional. Nesse sentido, tem-se nessas possibilidades horizontes de cuidado.

Nas linhas que seguem destacam-se as experiências sobre sexualidade relatadas pelos jovens, as informações recebidas por eles sobre o tema e as situações de vulnerabilidade inscritas em seus cotidianos. São situações e expressões interessantes, instigantes e relevantes que mostram a invisibilidade da saúde como um lugar da juventude, sobretudo pelas dificuldades de compreensão das leituras sociais, culturais e de gênero. Qual a relação das experiências dos jovens, suas informações e suas vulnerabilidades com o cuidado em saúde? Essas dimensões se (des)conectam nas práticas de cuidado em saúde?

### **5.1 Experiências dos jovens relacionadas à sexualidade**

As experiências dos jovens relacionadas à sexualidade traduzem características de seus *projetos de felicidade* e são horizontes para o cuidado em saúde.

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo que se passa está organizado para que nada nos aconteça (BONDÍA, 2002, p.21).

A experimentação é o meio pelo qual os jovens testam suas potencialidades, improvisam, se defrontam com seus próprios limites, lançando mão das possibilidades que lhes surgem (LEÃO et al. 2011). Por meio da experimentação se pode dar sentido à existência, condição importante para o cuidado em saúde se concretizar. Com essa concepção, as experiências dos jovens compartilhadas nessa categoria podem servir de fonte inspiradora para o tratamento do tema da sexualidade na juventude. Deseja-se que aqui possa se encontrar experiências com potencial de despertar reflexões emancipadoras no que se refere ao cuidado em saúde.

### 5.1.1 Experiências de namoro, de beijinhos e de ficar: construção de si

Os jovens relataram suas experiências relacionadas à sexualidade por meio das vivências do namoro, do ficar e dos beijinhos. Destaca-se nessa subcategoria que, esse tipo de experiência não representa para os jovens um compromisso, sendo caracterizada por eles como “nada demais, um rolo”. Nesse “rolo” pode surgir a paixão e o namoro como um compromisso mais sério, mas sem a presença da relação sexual. Esse movimento oportuniza aprendizados de si, do outro e possibilidades de construção da autonomia.

Os jovens provam das experiências de maneira livre e prazerosa. Do ponto de vista juvenil, há concordâncias sobre o caráter exploratório, possivelmente transitório, do relacionamento. Em geral, os vínculos afetivo-sexuais da juventude não tem outras pretensões além da descoberta do corpo e do sexo próprio e do parceiro, de um sentimento novo vivido em relação à outra pessoa. A princípio, não se perguntam sobre o futuro da relação, o compromisso fica em torno daquele acontecimento em si (BRANDÃO, 2003). Parece ocorrer a inauguração de sensações importantes para a construção de si, como por exemplo, a sensação de curtir, provar e experienciar. Os trechos caracterizam essa descrição.

*Já tive duas namoradas, mas não era nada demais. (J6) – dezembro de 2011.*

*Comecei a namorar ontem, estava de rolo, está bem bom, estou apaixonada, ele tem 21 anos. (J2) – dezembro de 2011.*

*Ainda não surgiu a relação sexual, só beijinho. (J16) – março de 2012.*

*Só beijinho, por enquanto. Até o final de semana agora ai ai. Daí não sei [...]. (J1) – dezembro de 2011.*

As relações afetivo-sexuais na juventude representam um espaço para, além do exercício da sexualidade, a construção de atributos do jovem enquanto um ser humano separado da identidade familiar. Caracteriza-se como um espaço de experimentação, inaugurando sensações saudáveis e importantes ao crescimento. Nesse sentido, a sexualidade se constitui um espaço privilegiado para a discussão da juventude e é um campo instigante para as perspectivas de cuidado em saúde.

Para além de um campo de conhecimentos biológicos, a sexualidade significa uma oportunidade de ser e estar com, ou seja, de exercitar a autonomia, no ponto de vista da construção de identidade. Namorar, beijar, ficar são situações que conduzem a esse exercício, moldam aprendizados e estão inscritos na cultura e no social (HEILBORN, 2012). A concepção de autonomia não é estanque, vincula-se à ideia de autogoverno individual e coletivo e considera os atravessamentos sociais, culturais e de gênero (EIRADO; PASSOS, 2004; PRATES, 2007; ALTMANN; MARTINS, 2009). Uma apreciação das diferentes possibilidades da definição do termo autonomia extrapolaria as dimensões traçadas para esse estudo, principalmente porque ele reúne contribuições de distintas disciplinas, podendo correr o risco de um procedimento de simplificação. Assim, escolhe-se o termo construção de si que pode ser entendido como a capacidade do indivíduo em experienciar as suas próprias regras e limites em concordância com suas condições e potencialidades (EIRADO, PASSOS, 2004).

Para a questão em estudo trata-se a autonomia como um caminho que reflete a construção de si. Assim, pode ser entendida como um certo modo de encarar as situações da vida, de estar no mundo, de estabelecer relações com o outro (FOUCAULT, 2010). O processo de construção de si inclui as relações estabelecidas na família, entre os pares e com os parceiros sexuais e afetivos (BRANDÃO, 2003). Para Foucault (2010) esse processo reúne um conjunto de práticas desenvolvidas pelo indivíduo nas relações consigo, com os outros e com o mundo, caracterizando suas atitudes e experiências.

Na atualidade, os jovens experienciam cada vez mais cedo suas possibilidade de autonomia pessoal, embora, em alguns contextos, se mantenham sob a dependência econômica dos pais (BRANDÃO, 2003). Nesta direção, na juventude ocorre um processo gradual de construção de si que exige, constantemente, um equilíbrio entre a necessária afirmação da liberdade juvenil e a importante presença de valores familiares.

O processo de socialização juvenil passa por demandas de âmbito privado e pelo aprendizado e domínio das regras sociais (HEILBORN, 2012). São experiências que passam por acontecimentos graduais tanto por parte do jovem como dos familiares, amigos e sociedade. As situações de vulnerabilidade estão integradas a essa dinâmica e se expressam

em diferentes dimensões, como por exemplo, nas dificuldades de acesso a conhecimentos tanto no que se refere ao núcleo familiar, como nos segmentos sociais como a escola e os serviços de saúde. Para os jovens em estudo, os instrumentais que utilizam para lidar com as situações de vulnerabilidade são, basicamente, recursos individuais, centrados na sua capacidade cognitiva de apreciação.

Deste modo, o sentido da palavra experiência na concepção de Bondiá (2002) está muito próximo das situações de vulnerabilidade, uma vez que se encontra uma boa definição do termo experiência nas palavras exposição, receptividade, abertura. Bondiá (2002) faz uma interlocução com a definição de Heidegger (2005) com relação ao termo experiência, principalmente no momento em que o sujeito da experiência toma consciência de sua existência no mundo.

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (Bondiá, 2002, p. 143)

O processo de se sentir indivíduo, dono de suas decisões surge do agenciamento das emoções, da sensibilidade que diferentes falas, discursos e práticas despertam, compondo assim a ideia de subjetividade e autonomia (CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004). Em uma dinâmica de relações consigo e com outros, a sexualidade vai se processando, colaborando para demarcar fases, trajetórias individuais e formas de ser e estar no mundo.

De acordo com Nascimento e Gomes (2009) a iniciação sexual reflete relações mais amplas, envolvendo o sujeito e a sociedade. A iniciação sexual é tratada como roteiros sexuais que são construídos culturalmente e mesclam elementos simbólicos e não-verbais que permitem outras caracterizações além da relação sexual. Os jovens consideram que ficar, namorar e beijar são suas experiências sexuais. Essa percepção não é compreendida com facilidade nos diferentes segmentos como os serviços de saúde, as famílias e a escola, pois suas orientações, em geral partem do ato sexual em si. Esse fato pode invisibilizar as relações de namoro como um espaço de construção de si e de cuidado.

Segundo alguns autores (BOZON, 2004; BRANDÃO, 2004; HEILBORN, AQUINO et al. 2006; HEILBORN, 2012) a construção da identidade social na juventude está relacionada ao estabelecimento de relações afetivo-sexuais com o grupo de pares. Nessa fase os relacionamentos amorosos, além de ter um significado importante no processo de desenvolvimento do jovem, também podem representar a oportunidade dos adultos ingressar no seu cotidiano e oportunizar orientações no campo da sexualidade.

Estar namorando se caracteriza como a primeira experiência no campo da sexualidade e esse fato torna o compromisso sério, ou seja, é a iniciação de algo diferente. A seriedade no namoro é empregada, em especial devido ao tempo de namoro e a idade do namorado, sendo esses elementos características de uma relação estável.

Borges e Shor (2007) destacam que os estudos que tomam como referência a juventude têm procurado conhecer e descrever práticas sexuais e comportamentais que possam agregar riscos de infecção ou transmissão do HIV. No entanto, as experiências afetivo-amorosas que, na maior parte das vezes, antecedem o início da vida sexual e ocorrem, pela primeira vez, na juventude, como beijar, ficar e namorar, vêm sendo pouco abordadas e exploradas por estudiosos do campo da saúde coletiva (GEVER et al. 2012).

Além disso, é necessário atribuir ao namoro maior atenção, pois, além de ser a relação afetiva mais comum e esperada do grupo etário, é nesse contexto que geralmente se dá o início da vida sexual (SHOR, 1995). Observou-se, por meio de uma investigação com jovens de 15 a 19 anos de idade, moradores de uma região periférica do Município de São Paulo, Brasil, que o namoro – anterior ou atual – foi associado positivamente à primeira relação sexual, mesmo considerando que nem todos os jovens, especialmente os homens, iniciaram a vida sexual em um relacionamento de namoro (BORGES, 2005). Schwartz (1999) destacou que, muito antes da primeira relação sexual, a maior parte dos jovens já se engajou em experiências ditas pré-sexuais, como carícias e toques mais íntimos.

Assim como neste estudo, o beijo e o namoro mostram-se quase universais, provavelmente porque tendem a ocorrer nos primeiros anos da juventude, ou seja, antes do período compreendido entre os 15 e 19 anos de idade (BORGES; SHOR, 2007). Esse fato parece sugerir que as primeiras manifestações afetivo-amorosas e, provavelmente, as primeiras experiências pré-sexuais, que normalmente estão presentes em relacionamentos de namoro, ocorrem predominantemente antes dos 15 anos de idade. Além disso, foi observada a importância do evento ficar, traduzida pelo intervalo de tempo entre o primeiro beijo e o primeiro namoro, revelando que é um tipo de relacionamento que não pressupõe compromisso

entre as partes, fazendo parte do roteiro de experimentação sexual dos jovens (BORGES; SHOR, 2007).

Neste estudo, os jovens fazem distinção entre o namoro e o ficar, referindo-se ao namoro como uma experiência séria e ao ficar como uma situação sem compromisso. Ambos representam experiências passageiras, com uma curta duração e a presença marcante do imprevisível. Associam a experiência com o sentimento da paixão e enfatizam que implica apenas em beijos, ou seja, sem a realização da relação sexual. Alguns trechos das falas dos jovens que confirmam essa situação.

*Estou namorando sério, faz alguns meses, já fiquei com outros, mas namorado é o primeiro. (J4)- dezembro de 2011.*

*Eu estou namorando um homem de 22 anos há quase 3 anos, minha relação é estável. (J18) - março de 2012.*

*Fico com as gurias, sem compromisso, para mim é bom, não fica isolado. (J7) -janeiro de 2012.*

*Já tive uma paixão e fui correspondido, namorei. Só beijinho. Fui ficando com outras. (J19)- março de 2012.*

A denominação de namoro significa um sentido oposto à brincadeira. Namorar sério é ter a responsabilidade no contexto relacional e é um ensaio de aquisição de autonomia. (BRANDÃO, 2003; BRANDÃO;HEILBORN, 2006). Quando o jovem experimenta situações que possibilitam o exercício da liberdade é possível vivenciar contrapontos à tutela parental, observando-se o exercício de construção de si.

A diferença entre namorar e ficar é descrita pelos jovens. Eles relatam que “ficar é uma coisa”, mas partir para um namoro significa assumir um compromisso sério e não muito simples. O namoro é complexo e parece ocupar uma dimensão um pouco maior nas experiências dos jovens, ou seja, é viver algo que não é “tão simples” como o ficar. O ficar não inclui, necessariamente a relação sexual, pois os jovens ficam uma ou duas vezes e não se vinculam à pessoa, caracterizando relações rápidas e passageiras. Os trechos citados caracterizam essa diferenciação.

*Eu falei que eu não estava namorando, que eu estava ficando, mas tipo eu acho assim que ficar é uma coisa e, partir para uma coisa mais séria, já não é uma coisa tão simples. (J5) - dezembro de 2011.*

*Os ficantes que eu tive não tive relação sexual, fiquei uma ou duas vezes e tchau. (J1) - dezembro de 2011*

*Ele quer compromisso e eu quero também. Por isso assumimos o namoro. (J9)- janeiro de 2012.*

Assumir o namoro pode significar o compromisso, indicando que o curso do namoro poderá gerar a relação sexual, em especial para as meninas. Conforme o relato da jovem o compromisso gradual e firmado pelo namoro favorece outras experiências, pois se trata de uma situação mais séria. Assim como na investigação de Brandão (2003) o adjetivo “sério” é mencionado em oposição a “ficar”, atribuindo outro valor à relação, ou seja, é considerado algo diferente. Nesta direção, namorar apresenta um vínculo de natureza nova, um grau de compromisso entre o casal, que assegura certa autoconfiança e confiança na relação com o outro (BRANDÃO, 2003).

Segundo Gonçalves (2001) ficar é uma experiência de estar com o outro, trocar carícias, intimidades, descobertas e sensações sobre o corpo e sobre si mesmo. Rolam beijos, abraços, e, eventualmente, pode-se chegar a uma relação sexual. Os limites do ficar são determinados pelo próprio casal. Em geral inclui afetividade, porém não há um compromisso de continuidade ou exclusividade, mas o ficar poderá se transformar em namoro (HEILBORN, 2012).

Nos discursos dos jovens o ficar configura-se, de certa forma, como uma interação afetiva e sexual e uma forma alternativa ao namorar. A diferença se concentra basicamente na liberdade dos acordos, permitindo um relaxamento das combinações mais complexas, pertinentes às relações estáveis.

Essa subcategoria apresenta, com destaque, a diferenciação entre as experiências de namorar e de ficar. As duas situações são relatadas sem a ocorrência da relação sexual e despertam possibilidades relevantes na construção de si. Os jovens destacam com ênfase que namoram e ficam, no entanto os carinhos são centrados apenas nos beijinhos. Ocorrem aproximações graduais, com a exploração do corpo, o desenvolvimento do desejo e do prazer. Nesse sentido, as experiências relatadas são desencadeadoras do processo de autonomia juvenil, uma vez que revelam o que de fato acontece com os jovens na construção de si. As experiências permitem aos jovens estar com os outros, em contínua relação de aprendizado e descobertas. Esse movimento inaugura sensações importantes para a construção da identidade juvenil.

Como relatado pelos jovens tanto o namoro quanto o ficar e os beijinhos são considerados por eles experiências no campo da sexualidade, indicando que os aprendizados extrapolam os limites da primeira relação sexual. Deste modo, pode ocorrer a troca de carícias, expressões de carinho, paixões, conhecimento e exploração do seu corpo e do outro,

conversas com o parceiro, sentimentos novos e descobertas. Conforme mencionado, essas experiências fazem parte do exercício de autonomia juvenil e estão inscritas, sobretudo no social, nas questões culturais e de gênero.

Nesse sentido, a quais situações de vulnerabilidade estão expostos os jovens quando caracterizam suas experiências sexuais dentro da perspectiva do ficar, do namorar e beijar? Pode-se refletir de maneira macro que, a sociedade, em muitos momentos percebe o namoro de forma proibitiva e disciplinadora, em especial para meninas. Os serviços de saúde e a escola pouco falam sobre essas experiências quando tratam do tema da sexualidade. Em geral, os esforços se concentram em orientações pontuais e objetivas direcionadas ao ato sexual em si. Esses podem ser motivos interessantes para contestar a medicalização da sexualidade e a difusão de prescrições e comportamentos. Percebe-se que as circunstâncias que envolvem os relacionamentos (o momento, as pessoas, seu contexto) operam, às vezes, de forma decisiva, podendo não favorecer o uso de medidas protetivas, em especial nas primeiras experiências. Os investimentos técnico-científicos estão focados na ordem biológica e informativa da relação sexual como um ato isolado. Por exemplo, o que insere concretamente o tema da sexualidade na escola são os livros didáticos de ciências. Desse modo, a educação sexual acaba sendo desenvolvida de modo disciplinar, sobretudo, dentro da disciplina que está mais próxima do discurso médico (ALTMANN, 2007; MOIZÉS; BUENO, 2010).

Em nome da saúde, os profissionais ingressaram na escola com o objetivo de educar os jovens e suas famílias com concepções médico-higienistas (MOIZÉS; BUENO, 2010). Esses investimentos perdem o sentido se não estiverem relacionados com as experiências dos jovens.

### 5.1.2 Experiências das relações sexuais: diferentes modos de gerir o cotidiano

No que se refere às experiências dos jovens com a relação sexual pode-se perceber que essa vivência aconteceu sobretudo de duas formas: como uma situação inesperada, sem programação ou ligada a pessoa com vínculos afetivos. Os jovens que relataram suas primeiras relações sexuais um pouco distanciadas do compromisso ou mesmo da paixão, contaram estar numa festa e a relação sexual aconteceu sem programação e distante do que imaginavam, conforme as falas a seguir:

*Tive minha primeira relação sexual com 15 anos. Tava numa festa, numa casa, mas só de momento, aconteceu, se rolar rolou. (J7) - janeiro 2012*

*Na minha primeira relação, na hora deu medo, mas daí aconteceu, até disse para a mãe, não foi nada como eu imaginava, achava que seria bem diferente, tipo planejar, não deu tempo. (J2) - março 2012*

A iniciação sexual é destacada como um rito de passagem, envolvendo distintos trânsitos entre a infância, a juventude e a juventude. Em tal caminho acontece a afirmação da virilidade, a construção de modelagens sobre feminilidade e masculinidade e a busca por autonomia. Para o senso comum se traduz com o “tornar-se homem” e o “fazer-se mulher” (CASTRO, ABRAMOVAY, SILVA, 2004, p.34). No entanto, as relações sexuais têm significados distintos e acontecem de formas diferentes entre as pessoas. Essa variação é efeito de processos sociais que se originam no valor que a sexualidade ocupa nos diferentes espaços sociais e culturais.

A ocorrência da primeira relação sexual de maneira não programada pode ser associada a certa pressão experimentada pelos jovens. O estudo de Borges e Shor (2007) pode concluir que há, muito possivelmente, um código de conduta prescrevendo que, em determinado momento ou a partir de uma certa idade, a virgindade passa a ser um peso na vida dos jovens, servindo também como elemento de pressão para que haja a iniciação sexual. Ou seja, alguns jovens iniciaram a vida sexual claramente porque se sentiram pressionados pelas(os) suas(seus) parceiras(os), outra parte pode ter sido estimulada a iniciar sua vida sexual sob uma outra forma de pressão, sutil e, muitas vezes, inquestionável, portanto um modelo de comportamento sexual ditado pelos seus pares.

Além da pressão da iniciação sexual também se associa um nível de conversa bastante baixo entre os parceiros no que se refere à proteção e à contracepção nessa fase de entrada na vida sexual (BOZON, HEILBORN, 2006). Situações como a não programação, a falta de diálogo com os parceiros contribuem para afirmar as diferenças de gênero e podem estar associadas a outras situações de vulnerabilidade, como por exemplo, uma gravidez não planejada.

A primeira relação sexual não é um evento que seja sistematicamente planejado com antecedência (BOZON, HEILBORN, 2006). Esse é um indicativo importante para o debate em saúde, uma vez que a imprevisibilidade da relação pode ser responsável pela vulnerabilidade individual (dúvidas sobre como se prevenir, inseguranças e nervosismos), pela vulnerabilidade social (construção social dos papéis de gênero, condições de cuidado familiar, violência) e pela vulnerabilidade programática (invisibilidade do fenômeno das relações sexuais, inexistência de canais de diálogo e cuidado). Todas essas implicações

relacionam-se ao modo próprio de cada um gerir seu cotidiano e são caracterizadas nas experiências.

Um estudo internacional que examinou a relação entre experimentação sexual e risco ao HIV entre jovens identificou que muitos não tinham o conhecimento correto ou suficiente a respeito dos comportamentos sexuais específicos de risco, por exemplo, não sabiam que podiam se infectar por sexo oral/anal, ou durante o período menstrual ou que o vírus pode ser transmitido durante a gestação ou no parto. Além disso, apresentaram equívocos quanto às estratégias da prevenção que não envolviam o uso do preservativo como as crenças sobre procedimentos que poderiam protegê-los da infecção pelo HIV: praticar coito interrompido tomar um antibiótico, realizar uma ducha ou tomar uma vitamina após a relação sexual (MORRISON-BEEDY; CAREY; ARONOWITZ, 2002).

A partir dessas reflexões há possibilidades de pensar que os estudos têm como pontos de partida situações que contribuem para o conhecimento sobre a temática em si, mas possuem dificuldades para acessar o lugar dos acontecimentos. Percebe-se que o relato dos jovens associa à sexualidade às condições sociais e culturais, revelando muitas situações de vulnerabilidade. São os acontecimentos, as experiências de fato que precisam ser consideradas para os processos de cuidado em saúde, cabendo estudar as relações de namoro, as relações sexuais como um processo de autonomia juvenil dotado de interfaces sociais, culturais e individuais.

Por exemplo, reflexões da dimensão individual da vulnerabilidade tomam como disparador a concepção do indivíduo como ser em relação. Parte-se do princípio que toda pessoa pode experimentar um processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão de sua constituição física a sua maneira de gerir seu cotidiano. Esse último aspecto desafia a compreensão das diferentes intensidades e processos de vulnerabilidade. Sem desprezar as dimensões biológicas, a tarefa é compreender a dinâmica psicossocial expressa no grau e qualidade da informação de que uma pessoa dispõe, nos modos como ela elabora essas informações e no poder que tem para incorporá-las às práticas cotidianas (AYRES et al. 2012).

Para aqueles que tiveram suas experiências com as pessoas que estavam namorando, o relato anuncia tranquilidade, diálogo com o parceiro e, em especial, o fato de estar com a pessoa que gostava. Nesse contexto, relataram prazer, desejo, respeito e, também, a vontade de que seja o único parceiro na vida. Segue o relato dos jovens.

*A primeira vez foi bom, tinha 14, 15 anos, ele esperou direitinho, ele falou que ia esperar, quando eu quisesse, nós ia conversando, ele ia me explicando como era, se ia doer ou não. (J4) - dezembro 2011*

*Só tive essa experiência sexual, sinto prazer, desejo e quero que seja minha única experiência. Ele tá comigo, ele me respeita. Eu fui a primeira namorada séria dele. Eu gosto de estar com ele, não tenho necessidade de estar com os outros. (J4) - dezembro 2011*

*Em questão da primeira relação sexual, acho que para mim foi super tranquilo, porque eu tava com uma pessoa que eu gostava, realmente me senti bem, não forçada a nada e eu me senti melhor porque teve uma proteção, que eu sabia que não ia me prejudicar depois, foi calmo. Eu tava com essa pessoa há seis meses, daí acabou acontecendo, eu tinha 16 anos. (J5) - dezembro 2011*

A literatura sobre iniciação sexual feminina tem destacado ser recorrente que esta aconteça subordinada a um vínculo afetivo, em conformidade à hierarquia de gênero que organiza as relações sociais no país. A vinculação da iniciação sexual ao namoro é bastante expressiva entre as meninas (BOZON, 2004; BOZON; HEILBORN, 2006; BORGES; SHOR, 2005; RIETH, 2002). Esse traço não costuma ser assinalado nos estudos que contemplam a iniciação masculina, frequentemente balizada pela desassociação entre sexualidade e sentimento amoroso (BOZON; HEILBORN, 2001; RIETH, 2002). Aqui se situam fortes atravessamentos de gênero que apontam os papéis tradicionais da submissão feminina. A representação sobre o lugar do amor nas relações são unânimes para as mulheres, é como se o amor validasse o sexo (HEILBORN, 1999; RIETH, 2002; MEYER, KLEIN; ANDRADE, 2007).

A primeira relação é relatada cercada de grande expectativa, como a perda da virgindade, o direito ao prazer masculino, uma possibilidade de transição de status, o valor e a construção de vínculos nos relacionamentos. Isso estampa como as relações de gênero articulam-se com os modos de experimentar a sexualidade e gerir o cotidiano. A cultura é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por intermédio de redes de significado que abarcam categorizações de gênero, de orientação sexual, de escolhas de parceiros. Valores e práticas sociais modelam, orientam e esculpem desejos e modos de viver a sexualidade, originando as diferentes trajetórias dos jovens (HEILBORN, 1999; KNAUTH et al. 2006; HEILBORN, 2012).

Autores como MATOS et al. 2005; CAMARGO et al. 2010 indicam que, embora o ficar seja, atualmente, a forma de relacionamento em destaque entre os jovens, a prática de relações sexuais em contextos de relações afetivas aparece com forte expressão e pode significar diferenças interessantes para homens e mulheres. Rieth (2002) e Borges e Shor (2005) perceberam que as mulheres iniciam a vida sexual predominantemente em contextos e

relacionamentos afetivos estáveis (namoro), enquanto os homens em relações esporádicas, como amizades.

Estudo que teve como objetivo investigar a vulnerabilidade de jovens afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids revelou que o namoro pode ser um elemento vulnerabilizante para ambos, pois as relações amorosas, entre elas o namoro, facilitam práticas de risco entre os jovens (CAMARGO et al. 2010). Os pesquisadores identificaram uma forte associação entre práticas sexuais desprotegidas e o namoro (CAMARGO et al. 2010, BORGES; SHOR, 2007).

A relação sexual no âmbito do namoro pode representar uma situação de vulnerabilidade para os jovens. Além de ser responsável por conflitos sobre si mesmo, valores e desejos pessoais, inscritos no plano individual, também podem ser considerados aspectos como as relações de gênero, crenças e os diferentes contextos relacionais que demandam situações relacionadas à dimensão social. Neste estudo, a primeira relação sexual vinculada ao namoro revela as relações de gênero e confirmam a submissão e o romantismo das meninas.

Segundo Toledo, Takahashi e De-la-Torre-Ugarte-Guanilo (2011) confiar no parceiro pode significar que só devem manter práticas sexuais com este, podendo ser um elemento de vulnerabilidade. O comportamento feminino ainda se encontra vinculado à subalternidade na relação da mulher com o homem. Quando o relacionamento envolve o afeto, é comum a sensação ilusória de invulnerabilidade, como se o amor garantisse “proteção” contra a infecção às DST/HIV. Esse pensamento permeia todos os grupos etários, mas pode ser particularmente problemático para os jovens, visto que mantém relacionamentos geralmente instáveis e de curta duração. Assim, a confiança não seria o sentimento apropriado para resguardá-los da infecção. As relações de namoro são exemplares dessas situações.

Os homens apresentam a concepção de que é esperado e normal que a relação sexual aconteça em todos os relacionamentos afetivos, sejam casuais ou estáveis e, ainda acrescentam que os homens, geralmente, definem o momento e a forma das relações. Destaca-se a concepção das relações sexuais vinculadas à normalidade, refletindo a proximidade com o prazer e o desejo. Também, a intensa influência de gênero na construção desses relacionamentos. Os trechos mostram tal informação.

*Sexo é normal, você nasceu para fazer isso, vamos dizer assim. Senão a gente caía no meio do muro e ficava ali. (J3) - dezembro 2011.*

*Tive várias namoradas e tal, com todas as namoradas que eu tive, sempre transava com elas. (J3) - dezembro 2011.*

*Se não tivesse terminado o namoro eu acho que ia rolar rrsrrsrrsr, tava quente a coisa. Ela já tinha experiência, já tinha namorado. (J11) - março 2012.*

Os jovens consideram a relação sexual como parte indissociável do ser humano, destacando ser importante considerá-la como um evento esperado. Nesse sentido, a proibição que, geralmente, cerca a temática e conduz as estratégias de cuidado escolhida pelos serviços de saúde, pode ser responsável pela dificuldade na abordagem do tema pela saúde e pelo afastamento dos profissionais do conhecimento das experiências dos jovens.

Percebe-se que o aprendizado que envolve a iniciação sexual dos jovens é resultado apenas de suas experiências, ou seja, é no cotidiano de suas relações que eles aprendem e produzem conhecimentos sobre o assunto. Os jovens consideram a iniciação sexual como um exercício de liberdade e um espaço onde legitimam os significados de ser homem e ser mulher, com predomínio da significação atrelada ao prazer (RIETH, 2002).

Nas culturas em que vivemos, principalmente na atualidade, o amor e a sexualidade têm sido compreendidos como dimensões indissociáveis da vida humana. Assim, o prazer e a felicidade tornarem-se imperativos fundamentais do ser humano que utiliza a sexualidade como um canal importante para essa conquista. Isso significa problematizar uma relação histórica, sobretudo da saúde, que coloca a sexualidade em contato direto com as definições de perigo (MEYER, KLEIN, ANDRADE, 2007). A concepção de sexualidade associada ao prazer é pouco tematizada nas práticas de cuidado em saúde. O que se enfatiza, todo tempo, é a relação entre sexualidade e perigo, entre sexualidade e doença, entre sexualidade e pecado ou culpa e as respostas dos serviços de saúde caminham nessa direção.

Nesta direção, uma pesquisa realizada com jovens homens sobre o sentido atribuído à iniciação sexual os autores identificaram definições como algo complicado, prazeroso, afetivo e espaço de aprendizagem (NASCIMENTO; GOMES, 2009). Todos esses sentidos declaram que, embora a primeira vez seja difícil, tanto para homens como para mulheres, ela pode se revestir de aprendizados e de técnicas corporais que possam favorecer o prazer (FELICIANO, 2005; HEILBORN, 2006; LEAL, KNAUTH, 2006; NASCIMENTO; GOMES, 2009).

No intuito de salientar as diferentes formas de gerir as experiências sexuais na juventude, os autores afirmam que a experiência masculina traduz-se, no mínimo em duas atitudes: em uma o desempenho sexual é visto como um ganho, sustentando o poder da masculinidade, na outra, a atitude é decididamente romântica, em que o homem busca entregar-se no momento certo e à parceira certa (BORGES; SHOR, 2007).

Retomando alguns dos aspectos discutidos nesse tópico, especialmente considerando o cuidado em saúde como um horizonte propositivo, destaca-se algumas das contribuições de Ayres (2002) para as propostas de ações para os jovens no campo da sexualidade, quais sejam: o caminho do terror não funciona (o terrorismo não tem efeito nas estratégias de prevenção); o risco é um conceito útil, mas limitado (o isolamento epidemiológico rotula e generaliza); prevenção não se ensina (todos aprendem com todos); os sentidos estão na relação consigo e com o outro (a efetiva presença de um sujeito diante de outro).

As experiências das relações sexuais assumem diferentes significados para os jovens. Tanto as situações relacionadas com a imprevisibilidade da relação sexual, como aquelas vinculadas à dimensão afetiva mostram diferentes formas de gerir o cotidiano e destacam os atravessamentos culturais, de gênero e sociais como imperativos para o cuidado em saúde. A discussão do tema da sexualidade é importante e urgente no cenário da saúde, principalmente reconhecendo a necessária renovação das práticas de cuidado em saúde.

Precisa-se de ações contínuas e projetos do próprio serviço de saúde, da escola e da comunidade. Ainda, é importante direcionar o foco para as experiências afetivo-sexuais dos jovens, buscando conhecer os acontecimentos, qualificar o conhecimento técnico-científico e buscar estratégias que proporcionem condições de acesso aos serviços.

### 5.1.3 Projetos de vida: expectativas profissionais e afetivas

Os projetos de vida podem ser caracterizados pelas intenções da juventude para o futuro, compreendendo o que desejam para sua vida, na perspectiva profissional e afetiva. O projeto não deve ser entendido como resultado de um cálculo matemático, estrategicamente elaborado de forma linear. Tais elaborações dependem de um campo de possibilidades inscrito no contexto sociocultural e como parte das experiências (LEÃO et al. 2011).

O termo projeto de vida remete, ainda, à consciência que o jovem adquire sobre sua existência no decorrer das suas experimentações. Dito de outro modo relaciona-se com o estar no mundo, com a consciência de temporalidade e com a capacidade de estar continuamente projetando-se (HEIDEGGER, 2005). A ideia de tempo é inerente à compreensão de projeto, especialmente na perspectiva de pensar o futuro (LEÃO et al. 2011).

Embora imagine-se que os projetos de vida sejam individuais, necessariamente não se constituem como escolhas, uma vez que as pessoas não têm o mesmo acesso a bens culturais e de consumo, as mesmas condições de saúde, o mesmo grau de instrução. Além disso, as

expectativas são sociais e atravessadas por marcadores como gênero, classe social, raça/cor, local de moradia (SILVA, 2012).

Os jovens mencionam o desejo de estudar e casar antes de se envolver em compromissos sérios. Em muitos casos se remetem ao estudo em primeiro lugar, por acreditar que dará uma base para seu sustento, representando a possibilidade de ingressar numa universidade e ter uma profissão. Nesse sentido, organizam-se para estudar e ter uma formação para depois namorar e casar. Os relatos trazem essa descrição.

*Projeto de vida: terminar o ensino médio, falta bem pouquinho, daí vou fazer o vestibular, vou terminar a faculdade e daí vou ter dois filhos, depois que eu me estabilizar. (J2) - dezembro 2011.*

*Primeiro estudar, fazer uma faculdade, depois pensar em namorar, casar. (J7) - janeiro 2012.*

*Tem tanta coisa para acontecer, tem a faculdade, tem emprego depois da faculdade, quero me estabilizar, para depois ter um filho. (J4) - março 2012.*

Os jovens vislumbram projetos de vida como a formação profissional, representada, principalmente pelo estudo, considerando o envolvimento numa relação estável como um plano seguinte a sua afirmação econômica. Os projetos de estudar e casar estão relacionados com a sexualidade e traduzem os reflexos sociais e culturais do meio e da sociedade que projeta na juventude tais expectativas. A fase da juventude parece caminhar muito próxima dos assuntos que focam as perspectivas de futuro e o campo da sexualidade e a construção de si possibilitam a manifestação desses desejos. Nessa mesma direção, SOARES (2005) constatou que apesar de diferenças de classe, de raça e gênero a juventude é uma época de realizações, de descobertas, de experimentações e de definições, sejam elas profissionais ou mesmo sexuais.

Constata-se que as aspirações de futuro são similares com outros contextos conforme resultados de estudo com jovens do ensino médio do Pará. Neste estudo os projetos de vida centraram-se em torno das expectativas de escolarização articuladas com o mundo do trabalho, bem como a constituição de uma família e a aquisição de estabilidade (LEÃO et al. 2011).

Brandão (2003) identificou que o percurso de formação escolar e profissional vem se alongando e a independência juvenil - tomada como auto-suficiência econômica e residencial - se efetiva cada vez mais tardiamente. A autora constatou que existe um descompasso entre a instalação de relações afetivo-sexuais, geradoras de autonomia pessoal e as condições sociais que possibilitam sua independência.

Nesse sentido, o desejo de estudar é a motivação que está em primeiro lugar na expectativa dos jovens. Alguns acreditam que não seria possível estudar namorando ou casado. Para outros, a formação profissional pode ser uma experiência de vida que de condições de acreditar na paixão e na estabilidade de uma relação. Os trechos ilustram essas afirmações:

*Penso em casar, mas não sei se eu poderia estudar casado. Primeiro eu penso em estudar, não sei se eu poderia fazer isso namorando. (J6)- dezembro 2011.*

*Penso em casar, mas não agora, porque eu ainda acho que, eu tenho que tirar da minha mente que se apaixonar é ilusão, entendeu, daí é melhor estudar. (J3)- dezembro de 2011.*

O casamento aparece como uma motivação da infância, por meio das brincadeiras e também pelo impulso familiar dimensionado pela aquisição do “enxoval” e da realização do “noivado”, principalmente pelas meninas. As falas a seguir caracterizam essa situação.

*Eu penso em casar bem bonitinho, na igreja e no cartório. Quando eu era pequena eu brincava com as barbies de casamento. (J2)- dezembro 2011*

*Pensamos em casar, morar junto, até porque lá em casa já estão cobrando isso, noivado, já faz um tempinho. A mãe já começou a fazer o enxoval pro casamento. (J4) - dezembro 2011*

O casamento é revelado como um dos projetos de vida dos jovens, principalmente pela possibilidade de mudança no status social. Muitos jovens desejam a independência da casa dos pais, sendo que o casamento autorizaria tal liberdade. Além dessas questões, observa-se em alguns estudos que a gravidez também pode significar a liberdade da tutela parental e ser alvo do desejo para sair de casa e até mesmo casar-se (BERQUÓ et al. 2008; RESTA et al. 2010; GARCIA et al. 2012). Esse resultado foi identificado em jovens com menos anos de estudo e mais baixa classe econômica. Desta forma, o acesso à melhor educação, condições de vida e de oportunidades favorecem a multiplicidade de escolhas quanto às trajetórias juvenis (BERQUÓ; GARCIA, 2012).

Verifica-se um atravessamento de gênero registrado pelo desejo romântico do casamento, principalmente pelas meninas. O mesmo fato foi encontrado por Silva (2012) quando os jovens desejavam como projetos de vida a constituição de família, especialmente, nas entrevistas com as jovens mulheres e com os jovens gays. Além disso, existem as expectativas sociais da maternidade ou paternidade (CABRAL 2003, BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Além das questões de gênero é percebido nos projetos de vida dos jovens a presença do discurso adulto, demarcado especialmente pela questão profissional e independência financeira (SILVA, 2012). Talvez a necessidade de imaginar um futuro relativamente distante recebe influências desse discurso. Isso não é uma crítica aos projetos de vida dos jovens, mas uma maneira de significá-los como transitórios, flexíveis e indefinidos. Nesta direção, é interessante destacar que, também na construção dos projetos de futuro, as condições sociais, culturais e existenciais moldam os desejos e as possibilidades dos jovens.

Os jovens com fragilidades existenciais podem ter seus projetos de vida ameaçados, constituindo-se, por vezes, situações de vulnerabilidades. Essa situação foi identificada entre jovens com HIV/AIDS que têm seus acessos ao trabalho, à saúde, à escola prejudicados, desta forma suas possibilidades de realização acabam ficando restritas (PAIVA et al. 2011). Os mesmo autores evidenciaram que em classes sociais mais favorecidas os jovens têm acesso à informação e aos insumos, e também existem outros suportes para ancoragem da auto-estima que não apenas a realização sexual/amorosa (PAIVA et al. 2011). Assim, a consciência da existência e da condição de finitude é fundamental para a elaboração dos projetos de vida e das situações que proporcionam a construção de si.

Neste estudo as aspirações dos projetos de vida dos jovens se misturam às experiências no campo da sexualidade. Os mesmo jovens que provaram das experiências de namoro, ficar, beijar e aqueles que tiveram as relações sexuais e inauguraram sua liberdade de experimentação afetiva manifestam seus desejos de independência econômica por meio da perspectiva da formação profissional. É possível perceber que a experimentação, o amadurecimento e a construção dos projetos de vida na juventude estão associados na medida em que os jovens provam das experiências e traçam metas para o futuro.

Nessa direção, permeados de descobertas, emoções, ambivalências e conflitos os jovens, possivelmente se questionam: quem sou eu? Para onde vou? Qual o rumo que devo dar para minha vida? O espaço das produções dos projetos de vida pode ser um horizonte para o cuidado, uma vez que os projetos tendem a ser elaborados na medida da experimentação, representando oportunidades de aproximação e conhecimento sobre o jovem por meio do assunto cuidado de si.

## **5.2 Informações em saúde recebidas por jovens: a voz da experiência**

As informações em saúde estão sendo compreendidas como os conhecimentos de base técnico-científicos que, em geral, partem de orientações profissionais, seja nos serviços de

saúde, na escola e comunidade, bem como as informações produzidas por meio das experiências dos jovens com outros jovens. Considera-se informações de ordem científica as relacionadas aos métodos anticoncepcionais, gravidez, sexo seguro, DSTs, entre outros. O tema a ser desenvolvido nesse tópico tem foco no que os jovens sabem e como elaboraram as informações.

A informação não é sinônimo de conhecimento e pode inviabilizar as possibilidades de experiência, embora vivamos numa “sociedade de informação” (BONDÍÁ 2002, p.22). Nessa categoria constatou-se que a experiência, tanto a sua, como a dos outros, tem mais significado para o jovem do que as informações isoladas, sem sentido e que lhe não toca. Nesta direção, os jovens aprendem com a família e com os amigos, tendo dificuldade de lembrar das informações advindas dos profissionais de saúde. Ainda, aprendem consigo mesmos a partir das suas experiências.

### 5.2.1 Experiências e conversas com outros jovens e com a família: um espaço de informações

Na juventude os amigos representam figuras importantes para o aprendizado e a construção da identidade juvenil. Também, a família desenvolve seu papel de cuidadora, considerando as diferentes organizações e relações familiares. Nesse sentido, os amigos e a família aparecem como demarcadores de aprendizado para os jovens, transformando-se em espaços concretos de informação.

Os jovens elaboram seus processos de informação sobre algumas questões relacionadas à saúde por meio das experiências dos amigos, sobretudo a partir do exemplo deles. A gravidez na juventude é uma das situações mencionadas como experiência de aprendizado com os amigos. Nessa perspectiva, aprendem que um filho demanda e precisa de cuidados e que educá-lo não é uma tarefa fácil. Ainda, relatam que um pai ausente serve de exemplo para eles naquilo que não desejam para suas vidas. As experiências tristes de abandono que acontecem com os amigos servem de informação e aprendizado e mostram as lacunas de cuidados direcionados aos jovens e as inúmeras vulnerabilidades. O trecho ilustra:

*Eu tenho amigos que tem filhos e amiga também. Namoraram, moraram juntos e engravidaram e ele abandonou ela. Hoje ele sabe que tem filho e não procura, nem para ver. Não conhece a criança, mas sabe que ela existe. Hoje a guria cuida da criança, mora com a mãe dela. Ele ficou legal, ele acha que a criança não é dele, se eu tivesse um filho eu não faria. Para mim isso serve de exemplo [...] Eu penso nela, não é bom criar uma criança sozinha, loucura dele também, um pai que não cuida do seu filho. (J6) - dezembro de 2011.*

As situações que geram informação se caracterizam como alertas e têm significado especial para o aprendizado quando vêm das experiências dos amigos, uma vez que representam pessoas significativas para os jovens, como por exemplo, a experiência da gravidez. O sentido que os jovens dão às informações advindas dos amigos permite traçar mapas que se diferenciam entre si segundo o lugar atribuído à família, aos grupos de pares e às fontes de informação coletivas (BOZON, HEILBORN, 2006).

A escolha de interlocução com os jovens é confirmada por outros estudos nos quais os amigos ou grupo de pares são os preferidos para o diálogo de temas relativos a sua sexualidade (NASCIMENTO; GOMES, 2009, TORRES et al. 2007 ;BORGES, NICHATA e SHOR, 2006; RUA; ABRAMOVAY 2001; LYONS, 2011; ONYEONORO, 2011). Os autores acrescentam como possíveis motivações para essas conversas a troca de experiências, visando um aprender com o outro e também a possibilidade de exibição da sua virilidade e das suas experiências sexuais. Assim, constata-se que as experiências dos jovens no campo da sexualidade e seus movimentos com os interlocutores servem para a produção de autonomia juvenil (BRANDÃO, 2003), sendo o diálogo um recurso indispensável.

O comportamento e as experiências da turma de amigos nas “baladas” ou festas servem como espaços de aprendizado e informação, considerando que nesses lugares existem contatos com elementos que favorecem as relações sexuais como, por exemplo, as drogas. Nesse caso, a gravidez ou outras situações como doenças sexualmente transmissíveis, servem de exemplo para os amigos que procuram elaborar informações em saúde que venham a favorecer suas escolhas. Utilizando a expressão de uma das jovens “conhecer um gatinho, bonitinho e querido” que não prestará o apoio e a parceria necessária para cuidar de um filho funciona como experiência para os jovens pensar sobre o assunto e aprender com as informações e as experiências dos amigos. A fala a seguir representa essa situação:

*Já aconteceu com amigas minhas que, numa balada, conheceram gatinho, bonitinho, querido, acabaram bebendo para caramba e tiveram uma relação, num momento e isso prejudicou ela, muito, porque ela ficou grávida. E o pior é que ele não quis assumir, sabe? Forçou para ela para tirar o filho, porque ela não ia ter o apoio dele. Ele assumiu, mas ele não convive com a criança. (J5) - dezembro 2011.*

Os amigos representam pessoas significativas e podem assumir relações de cuidado de maneira efetiva e responsabilizada. Cuidar é estar com, estar em relação consigo mesmo e com o outro (WALDOW, 2006). Eles podem significar um elo de diálogo contínuo, confiante e interessado entre os jovens, a comunidade, a família e os serviços. Trabalhar na perspectiva de formação de multiplicadores ou facilitadores, oportunizando que pessoas da comunidade

construam vínculos com os jovens, pode ser uma possibilidade de cuidado para esse público. Dialogar com seus pares, com as pessoas significativas fortalecerá vínculos e permitirá a produção de subjetividade. Em contrapartida, um estudo revelou que o conhecimento advindo dos amigos por ter uma repercussão negativa para os jovens, que deve ser analisada (ONYEONORO, 2011).

Nesta direção, a decomposição e análise das experiências sexuais é um recurso que possibilita ao jovem perceber o amplo conjunto de fatores em jogo no momento do encontro sexual (VILLELA; ARILHA, 2003). Incluir as cenas e as experiências que fazem parte dos aprendizados dos jovens, motivando-os para falar sobre suas informações e concepções pode ser uma diretriz interessante a ser pensada pelos serviços e família.

Destaca-se que neste estudo os profissionais de saúde não foram lembrados como fonte de informação para os jovens. Percebe-se que são inúmeras as situações de vulnerabilidade, sobretudo a invisibilidade ou a inexistência de serviços com o foco no cuidado em saúde para a juventude. Essa situação é confirmada pelo estudo de Borges, Nichiata e Shor (2006) que revelou que existe uma parcela de jovens que, mesmo vinculados a uma estratégia de saúde da família, não procuravam ninguém para conversar e esclarecer suas dúvidas.

Com relação às informações em saúde oriundas das experiências em família, os jovens consideram a figura de familiares próximos e que vivem experiências parecidas. Referem ter mais facilidade de dialogar com os tios que, por uma aproximação etária, passaram por essa fase há pouco tempo. Relatam ter dificuldade de dialogar com os pais sobre essas temáticas, tendo mais facilidade de conversar com as mães. As falas mostram essa situação.

*Não converso com meus pais sobre isso, converso com meu tio, ele é mais experiente, explica mais, ele tem 32 anos. (J7) - janeiro de 2012.*

*O pai e a mãe não falam nada, a mãe é mais cabeça aberta que o pai. (J8) - janeiro de 2012.*

*Minha tia já me aconselhou muito. Eu contei primeiro para a minha tia que eu estava namorando. Ela aconselha, ela diz que a primeira vez tem que usar camisinha, tudo. (J1) - dezembro 2011.*

*A minha tia ele me explica tudo, tudo. Ela mora do lado da minha casa. Agora quando eu tava namorando eu falei com a minha tia, não sabia como falar com a mãe. (J1) - dezembro 2011.*

Essa situação é confirmada por outros estudos que identificaram que os jovens, com certa frequência, utilizam como fonte de conhecimento para suas dúvidas e conversas sobre sexualidade, um membro da família que seja mais velho, mas ainda jovem, como por

exemplo, tios e tias, primos e primas (BORGES et al. 2006; BRÊTAS et al. 2009). Constatase a concepção dos pais em atribuir a responsabilidade pela orientação sexual de seus filhos à escola e, esta, por sua vez, apresenta dificuldade em cumprir tal tarefa (BRÊTAS; PEREIRA, 2007). São raros os estudos que citam os serviços de saúde como local de informação e referência para o jovem (FRANCISO et al. 2004).

Esses achados contribuem para a reflexão de que temos muito para avançar no cuidado em saúde dos jovens. Autores como Brandão et al. (2001) consideram que, sem ignorar a influência da Aids como propulsora do diálogo na sociedade e na família, as conversas sobre sexo e sexualidade ainda são incipientes na maior parte das famílias dos jovens.

Uma das dificuldades de diálogo com os pais se deve a diferenças geracionais. Nesses casos, os pais podem apresentar comportamentos mais rígidos, apelando para punições e castigos. No entanto, há discursos de pais em outra linha, destacando a facilidade do diálogo com os filhos, o prazer no sexo, eliminando culpas e preconceitos (BRANDÃO et al. 2001).

Vale destacar que uma jovem menciona que a conversa em família é aberta. Pode-se perceber que o fato de poder conversar livremente em casa sobre sexualidade, traz tranquilidade para a construção de seus aprendizados. Segue a fala que ilustra essa situação:

*Lá em casa o papo rola solto, só com o pai é menos, mas converso. (J4) - dezembro de 2011.*

Muitas famílias compreendem a importância dos momentos de descoberta e aprendizado da sexualidade na juventude. Algumas famílias apoiam e incentivam os filhos, lidando com espontaneidade e naturalidade com esse assunto. Outras posicionam-se de maneira mais discreta ou silenciosa, não explicitando uma interdição verbal ao exercício sexual dos filhos. Mas há também os que reprovam o exercício sexual na juventude, tornando a interação com os filhos mais distanciada (BRANDÃO, 2003). O distanciamento familiar é um elemento que fragiliza os aprendizados e as experiências dos jovens. A modalidade de relacionamento vigente nos diálogos entre pais e filhos encontra-se, por sua vez, diretamente articulada ao funcionamento e dinâmicas familiares, bem como ao estilo educativo adotado pelos pais, que podem gerar situações de maior proximidade ou distanciamento.

Falar de sexo entre parceiros, entre pais e filhos, entre pesquisadora e informante é uma tarefa difícil. Estudos têm mostrado que, no Brasil, a princípio, falar de sexualidade com um estranho se constitui em um tabu (BOZON; HEILBORN, 2001, BRANDÃO, 2003; HEILBORN, 2012). As dificuldades em dialogar com os filhos sobre as questões de sexualidade também foram reveladas no contexto internacional (ONYEONORO, 2011).

Assim, segredos, interdições e não-ditos são inerentes à comunicação social, principalmente ao se tratar da intimidade pessoal (BRANDÃO, 2003).

Em razão disso, prevalece a tendência de abordar os assuntos sobre DST/Aids e sexualidade limitados aos aspectos físicos do ato sexual, ao funcionamento do corpo e às consequências adversas de atos sexuais desprotegidos, com forte abordagem de risco (BORGES et al. 2006). Acredita-se que quanto mais o jovem conversar sobre as questões de sexo e sexualidade e quanto mais participar de meios educativos em saúde, os resultados serão mais benéficos para a vida dos jovens e os espaços de cuidado a eles irão se expandir e diversificar. A parceria com as escolas podem significar uma grande oportunidade de aprendizado. Em um estudo realizado em três capitais brasileiras foi destacado o importante papel da escola como propulsora de conhecimentos, pois a prevalência da gravidez foi menor em jovens que mencionaram a escola como fonte de primeira abordagem sobre o tema. (AQUINO et al. 2003)

Desta forma, investir na promoção da saúde de pessoas que se encontram na fase da juventude significa investir, propriamente, em educação formal de qualidade. Esse argumento confirma-se no estudo realizado por Aquino et al. (2003) que constatou que as meninas que tiveram a oportunidade de conversar com seus parceiros sobre os métodos anticoncepcionais, ou que tiveram acesso nas suas famílias ou na escola à assuntos que oportunizassem aprendizados neste tema engravidaram menos.

Paradoxalmente, o estudo de Borges, Nichiata E Shor (2006) que buscava identificar com quem os jovens compartilhavam informações e diálogos sobre sexualidade revelou que um número pouco expressivo referiu ter participado de atividades de promoção da saúde no campo da sexualidade promovida por unidades de saúde. Todos os jovens entrevistados pertenciam à unidade de saúde da família, denunciando o grande desafio e necessidade dos serviços em promover uma efetiva e contínua ação sobre saúde reprodutiva e sexual. A vulnerabilidade programática dos jovens no segmento da saúde é alarmante, devido à invisibilidade e à inexistência dos serviços. O espaço da escola, como ambiente de aprendizado, enfrenta situações de vulnerabilidade, pois de algum modo os jovens, nessa fase, se afastam precocemente dos vínculos escolares, podendo repercutir nas suas informações em saúde. (AQUINO et al. 2003; VILLELA e DORETO, 2006).

Além do mais, tanto os profissionais da saúde, quanto os professores e família necessitariam ser capacitados a ir, em suas intervenções, além do modelo biológico, e iniciar discussões e incitar reflexões acerca da sexualidade enquanto uma dimensão socialmente construída, contemplando as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais.

Um elemento desencadeador desse processo é a possibilidade de conhecer as experiências dos jovens no campo da sexualidade. Conhecer as diferentes experiências permite identificar os elementos citados e poderá trazer efeitos positivos para a construção do cuidado em saúde.

Os estudos mostram que, cotidianamente os jovens vêm construindo suas experiências e que, cada vez mais, elas acontecem de maneira distanciada dos serviços de saúde (PAIVA et al. 2011). De acordo com o que se observa a sexualidade está presente como desejo e como dificuldade, emergindo e sendo gerida sem informações e apoio necessários, ou seja, na contramão do que vem se buscando na construção do Sistema Único de Saúde. As informações em saúde revelam uma série de situações de vulnerabilidade como o despreparo tanto dos jovens como dos seus familiares, a desinformação sobre prevenção da transmissão do HIV nas suas relações de namoro e a falta de apoio para lidar com as situações e demandas que surgem, o modo como construir as relações afetivas e familiares e seus projetos de vida.

Fica evidente a importância da experiência para a significação das informações dos jovens. Nessa subcategoria os jovens destacam que são as experiências, com os amigos e familiares, as responsáveis pelas informações que possuem. Parece que um dos aspectos de carência dos serviços de saúde é o conhecimento e aproximação com a experiência dos jovens. Os serviços de saúde estão tendo experiências de cuidado? Eles cuidam valorizando as experiências dos jovens?

Nesta direção, as experiências acontecem no processo existencial, no espaço relacional. Deste modo, a informação não é experiência. E mais, a informação pode não deixar lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência (BONDÍA, 2002). Acredita-se que para cuidar é necessário estar com, ou seja, relacionar-se. Nesse sentido, pode-se pensar que nos serviços de saúde, em meio a tanta informação as experiências não acontecem. Percebeu-se que, para os jovens, as experiências são importantes, eles valorizam os acontecimentos e provam deles de maneira vital. Talvez por isso os recursos informativos mais significativos nas suas experiências são os amigos e familiares.

### 5.2.2 As informações tem sentido: “na hora H escapam”

Nessa unidade temática os jovens consideram as informações em saúde de base técnica importantes, mas são as suas experiências que lhe trazem aprendizados. Neste sentido, no momento do namoro as informações “escapam” e seus aprendizados são determinados pela sabedoria prática.

Para os jovens “escapar” significa não serem lembradas e não serem aplicadas, por não ter tempo suficiente para isso ou por não pensar nas consequências. No momento do namoro e das relações sexuais as informações absorvidas pelos jovens se misturam a outras sensações que produzem, em especial, o efeito do esquecimento de algumas orientações, como por exemplo, o uso da proteção nas relações sexuais. Os jovens relatam as sensações de: nervosismo, medo da reação do outro, instinto e impulso. Referem lembrar algumas informações, mas o medo da reação do outro, ou mesmo o medo de perder a oportunidade e a pessoa, fazem com que as informações não se apliquem na prática. De algum modo, o fato de escapar, conforme relatado pelos jovens representa as influências sociais e culturais inscritas no campo da sexualidade e presentes na experiência. As falas caracterizam essa descrição.

*As informações são importantes, porque de certa forma as pessoas já passaram por isso. As vezes elas não são lembradas por impulso, por nervosismo, talvez, por medo da reação do outro, talvez pode até lembrar, mas tem medo da reação do outro, tipo assim: ai não isso é chato, vamos desse jeito que é melhor. Medo de perder a oportunidade, ou a pessoa. (J8)- janeiro de 2012.*

*Depois que eu fiz (relação sexual) eu fiquei pensando em tudo que elas falaram, daí eu pensei: isso eu fiz igual, isso não, daí alguma coisa a gente tenta aplicar depois, na próxima. Na primeira vez algumas escaparam. (J2) - dezembro de 2011.*

*Nem lembro das informações, na hora eu hajo mais pelo instinto mesmo. A camisinha para prevenir a doença, geralmente sempre tem, só quando vai sem. (J7) - janeiro de 2012.*

Conforme os relatos dos jovens a valorização do seu cotidiano é responsável pelos aprendizados. Entretanto, percebe-se que as práticas de cuidado em saúde que ganharam hegemonia, nas últimas décadas apoiam-se na objetividade, na neutralidade e na universalidade da ciência, apesar de todas as críticas já produzidas (MEYER et al. 2006; OLIVEIRA, 2004). Diante disso, esse resultado, permite problematizar que as formas de comunicação com caráter cognitivo/racional das práticas de cuidado são insuficientes, uma vez que as pessoas se produzem diante de si mesmo e o mundo, num movimento que caracteriza sua construção na relação com os outros (HEIDDEGER, 2005).

Um exemplo disso é percebido na chamada hora “H” que, representa para eles, o momento no qual agem sem pensar nas consequências, que provam das experiências como um meio de desafiar a si mesmo. É neste momento “H” que as informações em saúde são, muitas vezes, esquecidas e o tempo pode ser pouco para pensar em tudo.

*Na hora H deixa as informações de lado (dinâmica “Primeiro Contato”). (J12) - março de 2012.*

*Muitos agem no ato, sem pensar nas consequências (dinâmica “Primeiro Contato”). (J8) - janeiro de 2012.*

*Algumas informações a gente pode aplicar na prática, mas tem outras que não dá tempo (rsrsrs). É igual a Camila (jovem da dinâmica “Primeiro Contato”). [...] Agora com esse eu já sei alguma coisa, talvez seja diferente. (J2) - dezembro de 2011.*

Os jovens atribuem ao tempo, ou à falta dele as dificuldades relacionadas às práticas seguras nas relações sexuais. Segundo Bondiá (2002) a velocidade com que nos são dados os acontecimentos e a obsessão pela novidade, pelo novo, que caracteriza o mundo moderno, impedem a conexão significativa entre os acontecimentos.

Tudo o que se passa, passa demasiadamente depressa, cada vez mais depressa. E com isso se reduz o estímulo fugaz e instantâneo, imediatamente substituído por outro estímulo ou por outra excitação igualmente fugaz e efêmera (BONDIÁ, 2002, p.23).

Nesta direção, para o campo da saúde seria interessante também, além da compreensão da relatividade do tempo, rever o pressuposto de que a existência de elementos de informação de base científica é suficiente para proporcionar conhecimentos às pessoas (MEYER et al. 2006). Percebe-se que em paralelo às informações em saúde surgem as condutas não-ditas pela ciência, fortemente influenciadas pelos construtos sociais e culturais, assumindo significado nas experiências dos jovens.

Com relação às dificuldades em lembrar das informações em saúde, alguns elementos foram destacados, pelos jovens, como favorecedores para tal situação, como o consumo de álcool e o “calor da hora”. Os jovens consideram que esses elementos atrapalham o uso das informações em saúde. Na ausência deles, se consideram como pessoas controladas, se arriscando com menos frequência.

*Eu ia me arriscar porque tava bêbado, tava alcoolizado, senão sou meio tímido. (J11) - janeiro de 2012.*

*Segundo a diretora da minha escola se a cabeça de cima não funciona a de baixo não funciona e vice-versa – (dinâmica “Primeiro Contato”). (J5) - dezembro de 2011.*

Essa subcategoria evidencia a fragilidade das informações em saúde e denuncia que o aprendizado acontece mesmo por meio das experiências. Nesse sentido, é pertinente repensar os mecanismos de abordagem das informações e os conteúdos informativos, em especial

quando nos direcionamos a jovens. Qual o sentido das informações que os serviços de saúde oferecem? Em que momento a informação se encontra com a experiência?

Um modo de tentar entender por que os jovens (mas não apenas os jovens) muitas vezes lidam com a sexualidade de modo a serem considerados irresponsáveis (tendo práticas sexuais sem proteção, com pessoas desconhecidas ou sob efeito de substâncias) tem sido o uso do conceito de vulnerabilidade (VILLELA; ARILHA, 2003). As reflexões sobre as situações de análises de vulnerabilidade permitem a inclusão de outras condições de modo a contemplar a pluralidade de vivências da juventude, considerando, por exemplo, recortes de gênero, etnia, classe social, cultura.

Alguns estudos sugerem que a maior incidência de gravidez entre jovens pobres e de menor escolaridade está relacionada com a dificuldade de acesso a informação sobre contracepção. No entanto, outros estudos afirmam que o conhecimento sobre os métodos contraceptivos não garante seu uso (GERA, 2004). Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, com jovens puérperas mostrou que 79% conheciam um método anticoncepcional, classificando seu conhecimento entre alto e regular. Pesquisa realizada em São Paulo revelou que embora 87% dos jovens tenham declarado conhecer algum método anticoncepcional, 70% tiveram suas primeiras relações sexuais desprotegidas. Tal situação pode estar relacionada com um modelo de socialização que impede as mulheres de falar sobre sexo, em especial com seus parceiros (GERA, 2004; TAKIUTI, 2011). A amplitude dessas reflexões decorre da análise das situações de vulnerabilidade e podem se associar ao distanciamento das informações em saúde das experiências dos jovens.

Uma consideração interessante de ser feita com relação aos resultados dos estudos mencionados é a vulnerabilidade programática dos jovens. Independente do contexto de cuidado é notável a fragilidade de alcance das orientações dos serviços de saúde. A atuação de muitos programas de educação sanitária tem abordagem centrada, muitas vezes, nas questões relativas a comportamentos de risco. Alguns autores, entre eles, Ayres (2002), Feliciano (2001) e Oliveira (2005), apontam a insuficiência da abordagem centrada nos comportamentos de risco: a prevenção é tratada como uma questão de controle racional - diante de uma situação dada, de forma racional, a pessoa escolhe os meios mais adequados para se proteger, tomando a decisão que convém ao programa; a ideia de prevenção se apoia no individualismo e na culpabilização individual e coloca uma fronteira moral entre pessoas responsáveis e não-responsáveis; o fato de considerar as pessoas como receptoras passivas das informações dificulta que o profissional entenda que as mesmas podem adotar diferentes pontos de vista, movendo-se por outros caminhos.

### **5.3 As situações de vulnerabilidade dos jovens a partir das suas experiências existenciais**

A aproximação com as experiências dos jovens no campo da sexualidade permitiu a identificação de algumas situações de vulnerabilidade. São elas: circunstâncias de violência, as relações de gênero e familiares e a organização dos serviços de saúde. As situações de vulnerabilidade identificadas estão associadas às condições existenciais dos jovens e principalmente relacionadas à fragilidade das instituições sociais como a família, os serviços de saúde e as escolas.

A compreensão das diferentes situações de vulnerabilidade traz recursos teóricos para a construção do cuidado em saúde, uma vez que revelam principalmente as condições que extrapolam as evidências científicas dos estudos, trazendo para a discussão as situações do cotidiano das pessoas. As situações de vulnerabilidade moldaram as experiências dos jovens e construíram algumas de suas memórias no processo de identidade juvenil. A partir do conhecimento dessas condições e da valorização delas é possível vislumbrar perspectivas para a renovação do cuidado em saúde. A constatação de aspirações reconstrutivas para o cuidado favorece mudanças nos modos de encontros entre as pessoas e caminha em direção ao fortalecimento do espaço intersubjetivo (AYRES, PAIVA, BUCHALLA, 2012).

#### **5.3.1 As situações de violência como elemento vulnerabilizante**

A violência aparece como uma unidade temática importante nas experiências dos jovens no campo da sexualidade, sobretudo como um elemento de vulnerabilidade. Os relatos dos jovens têm foco na violência sexual, no abandono e na negligência. As situações de violência a que estão submetidos podem acarretar seu envolvimento com as drogas e a criminalidade, estando presente na forma como os jovens vivem suas primeiras experiências no campo da sexualidade.

Existe uma diversidade de definições para o termo violência, tornando-se difícil caracterizá-la por uma ótica. Nesse sentido, a violência é considerada um fenômeno complexo e multifacetado, exigindo, principalmente um exame das relações sociais (MARTINS; JORGE, 2010, MINAYO, 2002, SANTOS; COSTA, 2011). Para a compreensão do fenômeno da violência é fundamental considerar as diferentes perspectivas de classe social, gênero, etnia e cultura.

Embora não exista um consenso entre os teóricos sobre o conceito de violência, utiliza-se, aqui, a definição da Organização Pan-Americana de Saúde (2002), segundo a qual a violência pode ser definida como o uso deliberado da força física ou de poder, seja em grau de ameaça ou efeito contra si mesmo, contra outra pessoa, um grupo ou a comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações, auto-agressão interpessoal e coletiva.

A violência sexual é um tipo de violência e é considerada como o envolvimento de crianças e jovens dependentes em atividades sexuais com um adulto ou com qualquer pessoa um pouco mais velha ou maior, em que haja uma diferença de idade, de tamanho ou de poder, em que a criança é usada como objeto sexual para a gratificação das necessidades ou dos desejos, para a qual ela é incapaz de dar um consentimento consciente por causa do desequilíbrio no poder, ou de qualquer incapacidade mental ou física (SANTOS; COSTA, 2011, SANDERSON, 2005; RIBEIRO; FERRIANI; REIS, 2004).

O abuso sexual, apesar de sua crescente incidência, da relevância do diagnóstico para a identificação precoce de fatores de risco e para a implantação de programas preventivos, ainda constitui-se o tipo de violência contra crianças e jovens de menor notificação. A violência sexual está envolvida num profundo pacto de silêncio e tabus culturais, o que contribui para o desconhecimento de sua real incidência e mecanismos de perpetuação (MACHADO et al. 2005). Desta forma, estudos localizados podem contribuir para que se conheça melhor a ocorrência deste evento na população infanto-juvenil (MACHADO et al. 2005; ROQUE; FERRIANI, 2002; MINAYO, 2001, MARTINS; JORGE, 2010)

Com relação à violência sexual, as histórias contadas pelos jovens são frequentemente perpetradas por familiares, como irmãos, primos e padrastos. A violência sexual é a forma como ocorreu a iniciação sexual de alguns dos jovens. Além de ser uma situação, praticamente invisível para os serviços de saúde, quando relatada por jovens se torna ainda mais crítica, em função de grande vulnerabilidade programática desse segmento social. As falas demonstram as diferentes situações de violência sexual contra os jovens.

*Eu já tive relação sexual, eu tive com 9 anos, só que eu fui abusada pelo meu irmão. Ele tinha 18 anos. (J10) - janeiro de 2012.*

*Os meus padrastos abusavam de mim e a minha mãe não acreditava em mim. Eu tinha que ficar quieta. Eles me pegavam em casa, um deles esperava a mãe sair para mexer comigo. (J10) - janeiro de 2012.*

*Faz 4 anos isso, eu tinha 11 anos. Foi horrível, eu conto como se não fosse, não senti tesão nenhuma, nada, eu era uma criança. Me senti abusada, eu não contei para ninguém, eu tenho medo dele (primo), assim me “embola”, eu não aguentava mais de tanta tortura. (J1) - dezembro 2011.*

Conforme os relatos, outras pesquisas confirmam que os autores da violência eram, principalmente, os pais e os padrastos (SANTOS; COSTA, 2011; OLIVEIRA et al. 2012). As pessoas que deveriam desempenhar a função parental revelaram-se agressores das crianças e jovens que dependem de sua proteção (SANTOS; COSTA, 2011). As experiências de violência sexual com as figuras parentais pode se constituir uma das mais estressoras e traumáticas experiências de um indivíduo, pois os posiciona entre a confiança e a insegurança, entre o amor e o ódio, entre o prazer e a repulsa.

A violência sexual contra crianças e jovens está situada no campo das relações sociais e familiares, com fortes componentes culturais e de valores (SANTOS; COSTA, 2011). Percebeu-se que a violência é silenciosa, invisível e provoca muitos prejuízos ao jovem. Tanto as famílias como as crianças e os jovens violentados permanecem em silêncio, ocultando sua dor, afastando-se de seus pares e vivenciando intenso sofrimento sem a devida significação e valorização do que se passou e está se passando (SANTOS; COSTA, 2011).

As situações relatadas acima revelam o sofrimento dos jovens que, além de violentados sexualmente, deviam ficar quietos, por não ter alguém que acolhesse essa demanda. São histórias diferentes que guardam alguns aspectos em comum, como as questões do silêncio, o descrédito da família e o sofrimento. A infância, objeto de proteção da família, da sociedade e do Estado, conforme promulgado na Constituição da República (BRASIL, 1988) e no Estatuto da Criança e do Jovem (BRASIL, 1990), instrumentos que regem as ações e intervenções das instituições sociais, é o alvo principal da violência sexual.

*Eu tinha que ficar quieta. Eles me pegavam em casa, um deles esperava a mãe sair para mexer comigo. Uma vez a mãe saiu bem pertinho e ele me levou pro quarto a força, daí a minha mãe me bateu por causa dele. Ela sabia do meu irmão. Eu não gosto muito de falar. (J10) - janeiro de 2012.*

*Ele fincava a minha cabeça na parede e a mãe dele nunca falou nada, isso que me indigna. Ela via ele me socando a minha cabeça na parede e nunca falou nada. (J1) - dezembro de 2011.*

A vivência de um conflito social e familiar que submete os jovens a cenas dolorosas e frustrantes de cuidado, pode instaurar o aparecimento de traumas. Em especial, quanto a esse último caso, a figura da mãe, que testemunhava as agressões, ficava em silêncio e, ainda, replicava a violência contra os filhos. Pode-se refletir que a violência, independente de sua

classificação está alojada, principalmente, na dimensão social. Lopes et al. (2008) mencionam que o estado de vulnerabilidade social é produzido na interface da precariedade do trabalho com a fragilidade do vínculo social, sendo uma categoria capaz de descrever a situação de uma grande parcela da população brasileira. Um dos resultados desse processo são crianças e jovens em situação de rua, vítimas da exploração do trabalho infantil, da violência doméstica (física, sexual e/ou psicológica), da violência urbana ou mesmo de formas mais ocultas de violência, como a negligência, que os impedem de usufruir seu lugar de sujeito e de cidadão de direitos.

Os jovens estudados estão imersos nesse contexto social e vulneráveis individualmente, pelas dificuldades de elaborar o processo de violência e pela solidão em que vivem tais condições. Além disso, vivenciam também a vulnerabilidade programática, uma vez que não possuem acessos para sua demanda. Deste modo, são vários os elementos vulnerabilizantes, sobretudo as precárias condições socioeconômicas e a impossibilidade do exercício dos direitos inerentes à cidadania, somadas com as fragilidades do vínculo social no âmbito mais nuclear, ou seja, na família.

Muitas dessas histórias aconteceram e se repetiram pela situação de abandono e negligência em que viviam estes jovens. Recortes das falas demonstram o abandono e a negligência ainda na infância: “eu era uma criança”, “eu não sabia o que fazer”. Essas são expressões do abandono familiar, das dificuldades e das limitações da família em cuidar dos filhos. A violência vivida por eles pode ser responsável pela sensação de rejeição e outras dificuldades. Ainda, a ausência de uma família ou de um responsável provocou nos jovens apelos como a busca pelo conselho tutelar. Os trechos apresentam essa descrição.

*Eu tenho vontade de ter um namorado, alguma coisa acontece, esse guri que eu gosto, ele não quer me corresponder, ele fica com outras meninas na minha frente, daí eu fico triste com ele. Me sinto rejeitada. (J10) - janeiro de 2012.*

*Eu era uma criança, nem sabia o que estava acontecendo, eu nem menstruava ainda, não sabia o que fazer, daí com 13 anos que eu já tinha uma cabeça mais formadinha, daí eu fui no conselho tutelar para falar. (J10) - janeiro de 2012.*

Essas sensações também foram relatadas em outro estudo que constatou que as situações de violência geram sentimentos como desamparo, rejeição, medo, culpa, raiva que podem ser transformados em comportamentos distorcidos, perpetuando-se por gerações seguidas (MONTEIRO et al. 2007). Também, podem ainda contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos que afetam o indivíduo nas suas relações, inclusive familiares e afetivas (NOLL et al. 2011; MONTEIRO et al. 2007). Além disso, os atos violentos contra

crianças e jovens são responsáveis por altas taxas de mortalidade e de morbidade nessa faixa etária.

Foram encontrados, também, relatos nos quais a violência sexual foi realizada pela empregada da família. Essa situação aconteceu precocemente, ainda na infância. O jovem diz que não sabia o que estava acontecendo, apenas cumpria as ordens da empregada.

*A primeira relação que eu tive foi com a empregada, então eu era bem pequeno, tipo não tinha noção das coisas. Era uma vizinha de casa que ela cuidava nós, num certo momento, assim do nada, ela tirou minha roupa assim e fez eu pegar ela. Eu tinha 8 anos! Eu não sabia o que fazer, só que daí ela ensinava. (J3) - dezembro de 2011.*

A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. As agressões domésticas incluem: abusos físicos, sexuais e psicológicos, a negligência e o abandono (SILVA et al. 2010). Deste modo, incluem-se nesse tipo agressores como as babás que batem nas crianças, ou praticam algum tipo de abuso dentro de casa.

Os jovens relataram que o mundo das drogas é uma porta de entrada para a violência física, pois quando se está sob efeito da droga, existe a ideia de que nada de mal acontecerá, possibilitando a sensação de imunidade com relação às situações da vida. Os jovens, no uso das drogas dizem entrar num mundo virtual, ou fictício. Com o passar do tempo, a dependência da droga pode trazer perdas para o jovem, como por exemplo, o afastamento escolar, a perda do namorado e do casamento. O abandono familiar pode ser responsável pelo envolvimento dos jovens com as drogas e com a criminalidade. Segue a fala dos jovens.

*Eu para mim eu entrava num mundo virtual, onde você faz o que você quiser, todos estão do mesmo lado e não vai acontecer nada. Já aconteceu de amigo meu tomar tiro, já aconteceu de amigo meu tomar facada. Várias coisas aconteceram nas festas por causa da droga, nunca a gente sabia se comportar e sair ileso, sempre tinha que arrumar alguma confusão, por causa de mulher, de algum jeito, por ser de outra vila, a gente não fosse com a cara do cara, alguma coisa assim. (J3) - dezembro de 2011.*

*Porque se você é pobre e esta nessa porcaria de vida, eu acho que é uma porcaria de vida quando você entra para a droga. Você não vai pensar em outra coisa a não ser aquilo ali, se você tiver na escola, você sai da escola, se você tiver namorada, você perde a namorada, casamento, você se separa de tudo por causa daquilo ali, a vida inteira que você tinha pela frente, você destrói, por causa que é a mesma coisa que você estar em depressão, entendeu? (J20) - março de 2012.*

A experiência das drogas aparece, no relato dos jovens, frequentemente, vinculada às histórias de violência. O consumo de drogas na juventude constitui grave problema social e de saúde pública, apresentando como fatores predisponentes os relacionados com o ciclo de

amizade, relações familiares, aspectos individuais, a comunidade de convivência e a mídia. Em concordância com os autores o primeiro contato com as drogas ocorre principalmente pelo fato dos jovens terem amigos que usam drogas, ocasionando uma pressão de grupo na direção do uso. No que concerne à situação familiar, trauma familiar, separação, brigas e agressões estão associados ao grupo de jovens com maior probabilidade de se tornarem dependentes (SILVA et al. 2010). Os jovens estudados, em geral são oriundos de famílias reestruturadas e que convivem com conflitos e relações desfavoráveis entre os membros.

O álcool é a substância mais consumida entre os jovens, sendo que a idade de início de uso tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura. O uso de álcool na juventude está associado a uma série de comportamentos de risco, além de aumentar a chance de envolvimento em acidentes, violência sexual, participação em gangues, queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do jovem (SILVA et al. 2010). Além disso, os autores apontam para uma associação entre uso de álcool, maconha e comportamentos sexuais de risco com o início precoce de atividade sexual, não uso de preservativos, pagamento por sexo e prostituição (PECHANSKYA et al. 2004).

O consumo de álcool e drogas ilícitas por jovens foi identificado como condição que os colocam mais vulneráveis a situações de risco, pois o estado alterado de consciência compromete a capacidade de decisão para o uso do preservativo (TOLEDO et al. 2011). Percebe-se também que além de não favorecer práticas sexuais seguras, o consumo de drogas é um grande potencializador para os diferentes tipos de violência (LOPEZ et al. 2011).

Neste estudo confirmam-se as características dos maus-tratos contra jovens mencionados por outros estudos, destacando-se o abuso sexual e físico. Também se localiza nesse conjunto de possibilidades o abandono que expõe o jovem a situações de risco e à negligência. Nesse caso, os jovens são privados do que precisam para seu crescimento e desenvolvimento (alimentos, vestimenta, habitação, medicamentos, escola, lazer, segurança, afeto, entre outros) (SILVA, et al. 2010; TOLEDO et al. 2011; SANTOS; COSTA, 2011). Também, além da privação familiar e da violência intrafamiliar, do abandono e maus tratos, os jovens encontram dificuldades para compartilhar sua problemática nos serviços que, porventura, acessam.

Apesar da existência de várias instituições de enfrentamento ao abuso sexual (Delegacias, Delegacias de Proteção à Criança e ao Jovem, Varas da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, Centros de Referência em Assistência Social, Serviços de Atendimento à saúde física e mental em hospitais públicos, programas governamentais, entre outros) os

jovens não conseguem resgatar sua dignidade e buscar ajuda para reorganizar sua vida, com base naquilo que é garantido legalmente (SANTOS; COSTA, 2011). Na pesquisa sobre jovens que sofreram abuso, os autores consideram que programas de prevenção e de intervenções devem primar por um ambiente seguro para que desenvolva ações de cuidado (LANG et al. 2011). As informações reveladas nesse estudo são importantes para a consolidação dessas instituições e para a organização e construção do cuidado em saúde. As situações de violência integram uma complexa rede de atores e contextos e são potencialmente melhor compreendidas por meio das experiências dos jovens.

As situações relatadas chocam pesquisadores e profissionais. Deparar-se com relatos desse tipo dispara algumas reflexões sobre as diferentes situações de vulnerabilidade dos jovens e alerta para pensar sobre possibilidades de cuidado compatíveis com essas realidades. Conviver com esse contexto de violência pode ser muito pesado para os jovens, além de desestimular seus projetos de vida. Pode-se perceber que a pesquisa serve como alerta para serviços e profissionais, além de funcionar como um espaço de cuidado para esse tipo de demanda. A fala dessa jovem revela um pouco dessas possibilidades.

*Que bom que eu estou tendo a oportunidade de contar para alguém, tirar esse peso das minhas costas. (J1) - dezembro de 2011.*

O cenário da violência não anula os sonhos e os desejos dos jovens. Mesmo aqueles que sofreram violência sexual, permanecem com a vontade de encontrar alguém que a respeite, idealizando começar suas experiências a partir dali. Para isso, tentam elaborar, mesmo que de maneira solitária, a situação de violência vivida e projetar outras oportunidades que poderão surgir. A fala que segue caracteriza essa situação.

*Bem dizer, eu conto como se não tivesse acontecido, porque eu fui obrigada, se não eu apanhava. Eu prefiro esquecer, mas fica a angústia. (J1) - dezembro de 2011.*

As pessoas em situação de violência percorrem um difícil caminho, que se inicia com a própria ocorrência do abuso e que não deveria se encerrar, necessariamente, com a revelação e denúncia. Após a notificação, os jovens e por vezes as famílias transitam entre várias instituições, recebendo duplicidade ou sofrendo a interrupção das ações porventura já iniciadas (SANTOS; COSTA, 2011). Criam-se instituições isoladas que pouco dialogam com a escola, com a comunidade, com a família, confirmando o caráter normativo do atendimento institucional. Deste modo, é interessante disparar discussões que apontem uma prática de

intervenção que efetivamente promova os direitos decorrentes da condição de cidadãos dos usuários (LOPES et al. 2008).

Como revelou-se nesse estudo, os jovens pobres no Brasil se deparam com situações em que seus direitos fundamentais da cidadania são violados, entre eles o direito à educação, à convivência familiar, à saúde, ao lazer, à cultura e ao esporte. Nesse sentido, crescem e se formam em um contexto de ausência de direitos e de respeito. Como cobrar desses mesmos jovens o reconhecimento do direito do outro, o respeito mútuo em sociedade (LOPES et al. 2008)?

Se o campo da sexualidade é um oportuno espaço para o exercício da autonomia juvenil a questão é pensar como ela ocorre tendo como pano de fundo a violência? Esse tópico traz a temática da violência como uma importante situação de vulnerabilidade inscrita do cotidiano dos jovens e que precisa ser considerada nos projetos de cuidado em saúde, principalmente no campo dos direitos humanos.

### 5.3.2 As relações familiares: as fragilidades dos vínculos

As relações familiares aparecem como um elemento importante de vulnerabilidade dos jovens. Torna-se um elemento vulnerabilizante, sobretudo por apresentar características como violência intrafamiliar, desorganização interna para cuidar e se responsabilizar pelo jovem, poucas demonstrações de carinho e apego e situações de descaso. Assim, as famílias dos jovens, em algumas situações, não contribuem para a vivência de experiências benéficas, mantendo-se como elemento entranho e com pouca referência de cuidado. Essas características podem estar relacionadas aos diferentes arranjos familiares que se apresentam atualmente e se concretizam nas frágeis relações familiares.

Os jovens são oriundos de famílias expandidas, possuindo membros, entre eles, irmãos que não têm convivência familiar. Em geral, são filhos de casais que vivem relações desgastadas pela falta de respeito, carinho, compromisso e pelas dificuldades financeiras. Muitos residem com as mães que são viúvas ou separadas. É frequente parar de estudar para trabalhar e ajudar em casa. Deste modo, o cenário descrito mostra elementos indicativos da vulnerabilidade familiar a que estão submetidos os jovens. As falas retratam essa realidade.

*Tenho um irmão por parte de pai e uma irmã também, só que a gente não se dá bem, nenhum mora aqui. Moro com a mãe, o pai se separou quando eu tinha 3 anos. (J2) - dezembro de 2011.*

*Eu moro com a minha mãe, meu pai é morto, tenho que morar com ela para ajudar ela. Faz um mês que eu estou em casa para ajudar. Quando meu pai era vivo ele fazia festa, então o dinheiro que mal e mal ele ganhava dava para uma comida, o almoço, a janta ou o café. Ele fazia o rancho, minha mãe pagava água e luz. O resto da casa assim eu tinha que ajudar, então eu fiquei 5 anos sem estudar, para ajudar em casa.(J3) - dezembro de 2011.*

Os jovens assumem responsabilidades com o trabalho, ou mesmo com sustento da família precocemente. De acordo com o contexto, o que motiva o abandono escolar e a inserção precoce no trabalho são as fragilidades familiares. Neste período se espera que o jovem esteja na escola, construindo sua formação para o ingresso na vida adulta, mas as desigualdades sociais e as dificuldades familiares os impõem um amadurecimento antecipado.

Nesta direção, a família possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento dos membros, apresentando algumas funções primordiais como as funções de sobrevivência, as funções psicológicas e as sociais (OSÓRIO, 1996). Segundo Osório (1996) entre as funções psicológicas podem ser citadas a tarefa de servir de suporte e continência para as ansiedades existenciais do desenvolvimento humano, auxiliando na superação de “crises” as quais todos os seres humanos passam e, ainda, criar um ambiente adequado que permita o aprendizado empírico que sustenta o processo de desenvolvimento humano. Pratta e Santos (2007) complementam afirmando que a família é um lugar privilegiado de afeto. No interior da família o indivíduo mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais, construindo bases de suporte afetivo importantes para quando o indivíduo vivencia a fase adulta.

Os jovens pesquisados denunciam sinais da fragilidade desses vínculos e da carência de afeto, união e compromisso familiar. No contexto brasileiro, marcado pela extrema desigualdade social, as famílias têm encontrado dificuldades para cumprir com as tarefas destinadas a ela como, por exemplo, os vínculos fundamentais de pertencimento a um grupo, em decorrência das situações de vulnerabilidade nas quais se encontram. Alguns estudos revelam que as situações de vulnerabilidade fragilizam as relações familiares, contribuindo para o abandono e o descaso (GONTIJO, MEDEIROS, 2009; SCHWONKE, FONSECA, GOMES, 2009). A situação de miséria e a privação de direitos básicos leva o indivíduo à descrença de si mesmo, tornando-o frágil e com baixa auto-estima, podendo perder a capacidade de amar e de ser amado, incorporando um sentimento desagregador. Outros aspectos das situações de vulnerabilidade podem ser citados, entre eles: a desintegração da sociedade civil, gerando a exclusão social, a violência e pobreza; o preconceito e a intolerância à diversidade e à opção sexual e, principalmente, o limitado diálogo com as novas

gerações e conseqüente incompreensão de seus valores e projetos (AYRES 2002, BORGES, NICHATA; SHOR 2006).

A vulnerabilidade familiar é revelada nas situações de abuso e violência. Entre os problemas relacionados à juventude a literatura mostra a violência sexual, emocional e física que muitas vezes é praticada por pessoas de estreita relação com os jovens, destacando-se familiares e parceiros (MONTEIRO et al. 2007). Situações como essa provoca nos filhos o descrédito na família. Percebe-se que existem dificuldades na compreensão do significado e da responsabilidade de ser pai e mãe de um jovem. As falas confirmam essa situação.

*Os meus padastros abusavam de mim e a minha mãe não acreditava em mim. (J10) – janeiro de 2012.*

*A minha mãe uma vez disse bem assim: lia vai ali transar com o fulano. Daí eu fiquei pensando: que cabeça a minha mãe tem para me mandar fazer isso. (J10) – janeiro de 2012.*

Cuidar de um filho é tarefa dos pais que precisam prover condições para educação, crescimento e desenvolvimento dos filhos. A negação destes elementos fundamentais acarreta grande vulnerabilidade familiar, que repercutirá na vida dos jovens de maneira significativa. Esse fato é confirmado pelo ECA, que afirma, no artigo 19, que toda criança ou jovem tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990). Por meio da fala dos jovens constata-se que o espaço familiar é um importante produtor das experiências relatadas por eles. Em decorrência disso, os jovens são impulsionados a buscar suprir na rua as deficiências da ausência da família. Na medida em que buscam aprendizados fora de casa, acabam encontrando situações que favoreçam a exposição às drogas e à violência.

Sentir-se seguro é uma experiência fundamental para os jovens. Ela começa na convivência familiar e comunitária que, se vivida de forma saudável, é crucial para oferecer as bases necessárias ao amadurecimento e a constituição de uma vida também saudável, para a garantia do direito de ser jovem. Por isso, a privação do direito à convivência familiar e comunitária, assim como a pobreza, a exclusão da escola e a exploração do trabalho, deixa os jovens desprotegidos e representa enormes riscos para meninos e meninas (UNICEF, 2011).

Dados do Levantamento Nacional de Crianças e Jovens em Serviços de Acolhimento, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, estimam que, em 2009, 54 mil crianças e jovens viviam nessas instituições no Brasil. Ali veem-se privados da convivência

com os pais, irmãos, avós e outras pessoas que com eles troquem afeto, que os protejam e os apoiem em seu processo de construção de suas identidades (UNICEF, 2011)

Aqueles jovens que vivem em instituições distantes das famílias têm mais dificuldade em estabelecer vínculos afetivos como os que ocorrem em família. Seus recursos se esgotam mais rapidamente quando as dúvidas não são atendidas, pela escassez de vínculo afetivo, ou seja, existe uma maior limitação no estabelecimento do diálogo. Segue uma fala que ilustra um pouco essa situação.

*Minhas duvidas eu pergunto para uma das tias do lar, daí elas me respondem, se elas não sabem, daí?! (J10) – janeiro de 2012*

Além de meninos e meninas internados em abrigos, entre os jovens privados do direito à convivência familiar e comunitária, estão os 24 mil meninos e meninas em situação de rua no Brasil, segundo dados de um estudo do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Jovem (CONANDA). Entre eles, 70% são meninos. Vendem balas e frutas, engraxam sapatos, lavam carros, separam material reciclável no lixo, pedem dinheiro ou simplesmente perambulam pelos centros das médias e grandes cidades do país (UNICEF, 2011). Acredita-se residir uma polêmica discussão sobre os direitos dos jovens e na forma de colocá-los em prática, tendo em vista as organizações familiares.

Vale destacar que a estruturação da família está intimamente vinculada com o momento histórico e cultural que atravessa a sociedade da qual ela faz parte, uma vez que os diferentes tipos de composições familiares são determinados por um conjunto significativo de variáveis ambientais, sociais, econômicas, culturais, políticas, religiosas e históricas. Nesse sentido, para abordar a família hoje é necessário considerar que a estrutura familiar, bem como o desempenho dos papéis parentais, modificou-se consideravelmente nas últimas décadas (PRATTA; SANTOS, 2007).

Para contextualizar é interessante fazer um retrocesso nas maneiras como as famílias se organizam e se organizavam desde o início do século XX. Neste período, meados dos anos 60 havia o predomínio de famílias chamadas “famílias tradicionais”, nas quais homens e mulheres possuíam papéis específicos, social e culturalmente estabelecidos. Nesse modelo o homem é o “chefe da casa”, ou seja, o provedor da família, responsável pelo trabalho remunerado, com poder sobre as mulheres e filhos. Os pais, nesse período, tinham controle absoluto sobre os filhos, sendo extremamente exigentes, principalmente em relação às normas e regras sociais. As crianças usufruíam de imensos espaços para suas brincadeiras (o espaço

infantil se estendia para ruas, praças, quintais e a convivência com primos e amigos era grande, mas sempre vigiada pelo olhar atento das mães). Vale destacar também que as práticas educativas dos pais estavam focadas em referenciais religiosos, patrióticos e no higienismo médico.

A partir da segunda metade do século XX a família passou (e continua passando) por um processo de intensas transformações econômicas, sociais, culturais e trabalhistas. Diversos fatores contribuíram para essas mudanças, entre eles: a urbanização e a industrialização, o avanço tecnológico, o incremento das demandas de cada fase do ciclo vital, a maior participação da mulher no mercado de trabalho, o aumento no número de separações e divórcios, o empobrecimento acelerado, as transformações nos modos de vida e nos comportamentos das pessoas, as novas concepções sobre o casamento, entre outras. Nos dias de hoje convivemos com os mais variados arranjos familiares que interferem nos modos das pessoas levarem a vida.

Pode-se dizer então que a família corresponde a um todo complexo e integrado, dentro do qual os membros são interdependentes e exercem influências recíprocas uns nos outros. Além disso, a família pode ser considerada ao mesmo tempo, como um sistema dentro de um outro sistema, o sistema social, sofrendo influências constantes desse último, além de influenciá-lo também (PRATTA; SANTOS, 2007).

Nesta direção, da ideia de desvincular, didaticamente, a perspectiva da família, da dimensão da vulnerabilidade social passa-se a adotar a expressão vulnerabilidade familiar. Caminha-se na direção de afirmar que, nas experiências do ser humano a família funciona como um sistema de fortes influências. A família está inserida no sistema social, mas possui condições marcadamente suficientes para criar diferentes situações de vulnerabilidade e por isso ser estudada em profundidade. Em termos acadêmicos e didáticos já mencionou-se a vulnerabilidade individual, a vulnerabilidade social e a vulnerabilidade programática. No entanto, nessa análise, se percebe como uma importante vulnerabilidade a vulnerabilidade familiar.

Vulnerabilidade familiar entendida como a carência de afeto, de aconchego, de apego e pertencimento. Sentir-se seguro, protegido, amado e desejado é importante para as vivências dos jovens. Por isso a vulnerabilidade familiar, somada à pobreza, a exclusão da escola, a exploração no trabalho, deixa os jovens vulneráveis nas situações relacionadas à sexualidade. Potencializar a inclusão do jovem no aconchego da família é permitir que ele acredite na vida e nas possibilidades de felicidade, acreditando nas paixões e no amor.

Para complementariedade do quadro conceitual da vulnerabilidade, a contribuição da vulnerabilidade familiar se destaca no ponto de encontro com a saúde da família. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma das possibilidades para organizar o processo de trabalho na Atenção Básica, tendo como importante critério o vínculo familiar. A ESF trabalha com uma população adscrita e precisa se responsabilizar pelos processos de saúde e de adoecimento na família. Isto significa que, em algum lugar do processo é possível conhecer e estabelecer vínculos com as famílias e criar estratégias para desenvolver um trabalho preocupado em cuidar dessas fragilidades como os temas da violência, da sexualidade e a própria produção de subjetividades.

Sexualidade é um assunto carregado de dispositivos de poder, que desencadeiam proibição, culpa, pecado, prazer, desejo. Nesse sentido, é um assunto que se insere no contexto familiar com dificuldades. Nos jovens que convivem com uma privação das interações familiares, esse tema assume uma dimensão maior ainda, pois os acessos são menores e a exclusão do aconchego e das orientações familiares são significativas.

### 5.3.3 Relações de Gênero e compreensões sobre homossexualidade

Gênero como uma categoria de análise está presente em todas as experiências em torno da sexualidade dos jovens do estudo, ganhando destaque nessa subcategoria como uma das situações de vulnerabilidade. As relações de gênero e as compreensões sobre homossexualidade foram reveladas como situações de vulnerabilidade para a juventude. As implicações e as dificuldades na compreensão das questões de gênero como uma categoria analítica, com atravessamentos sociais e culturais, que permite pensar no conjunto de processos pelos quais indivíduos são transformados ou se transformam em homens e mulheres são condições que vulnerabilizam os jovens nas suas experiências relativas à sexualidade.

O conceito de gênero remete a todas as formas de construção social, cultural e linguísticas implicadas com processos que diferenciam mulheres de homens, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade (MEYER, 2004). A submissão feminina, a dominação masculina na construção dos relacionamentos afetivos e as implicações das diferentes orientações sexuais aparecem como marcadores de gênero nos participantes do estudo.

Deste modo a iniciação sexual e o namoro são experiências culturais e sociais que permitem delimitar modos de ser e de viver. Os acontecimentos que se inauguram na juventude não têm o mesmo alcance para homens e para mulheres. Um dos elementos teóricos

importantes para essa análise são as questões de gênero. Por exemplo, a iniciação sexual para os homens corresponde à obrigação cultural tradicional de ter que provar sua masculinidade com uma parceira, seja ela quem for e o mais cedo possível. A iniciação sexual feminina, até pode iniciar mais cedo, mas está ligada a construção de relacionamento estável e com sentimentos amorosos (BOZON, HEILBORN, 2006).

Nesta direção, os jovens manifestam a fragilidade da menina que, nas situações de namoro, fica submissa às decisões masculinas. Os meninos referem que as meninas podem até propor ou insinuar uma possibilidade de namoro, mas quem decide é o homem. As falas ilustram essa subcategoria.

*As meninas vão lá e se assanham, mostram, inticam, mas quem decide se pega ou não pega é o guri, daí não tem mais o que fazer, se ele disser, não, não quero, ela vai parar. Ela provoca, mas quem decide é o menino. (J8) – janeiro de 2012.*

*A história da Camila (dinâmica), mostrou que o menino se sobressai na decisão, ele que decidiu. (J8) – janeiro de 2012.*

Uma demarcação de gênero semelhante foi encontrada por Almeida e Hardy (2007) ao estudar a vulnerabilidade da gravidez na juventude analisando as relações de gênero. Os autores identificaram ideias-chave desse processo organizadas em torno da socialização de gênero, dos papéis de gênero e as influências de gênero no exercício da sexualidade. Com relação à socialização de gênero surgiram situações como aprendizagem de valores, funções e comportamentos diferenciais para meninos e meninas por meio de brincadeiras na infância, aquisição de traços de masculinidade com outros jovens e adultos. Sobre os papéis de gênero foram destacadas a dominação masculina e as atribuições próprias de homens e de mulheres legitimadas pelas instituições sociais. Além disso, no que se refere às influências de gênero na sexualidade aparecem, marcadamente, as exigências de heterossexualidade ativa e os estereótipos de gênero masculino na iniciação sexual. Nesta mesma direção, os meninos se consideram “garanhões”, pois além de determinar se o namoro vai rolar ou não, definem se irão se apaixonar pela menina. Em geral, os meninos referem que namoram as meninas sem apego, ou seja, conseguem controlar suas paixões. Quando assumem o compromisso de namorar, permanecem com relacionamentos externos ao namoro, para evitar a rotina de estar sempre com a mesma pessoa. Os trechos sinalizam estes achados.

*Tipo eu fico com as gurias e tal, mas sem apego. Elas podem se apegar em mim, mas eu não me apego a elas. Posso até namorar com elas, mas de eu gostar assim delas, não! (J3) – dezembro de 2011*

*Vai do momento. O máximo que durou foi um ano, só que nisso daí eu pegava outras, daí por fora. Por fora eu pegava outras loucas. Porque não sei, tipo, o cara é jovem, o cara enjoa. (J3) – dezembro de 2011*

Em consonância com esse achado verificou-se que os padrões hegemônicos de comportamento de gênero masculino e feminino se mantêm, com predominância do poder do homem sobre a mulher (TAQUETTE, 2010). A mulher é desvalorizada pela sociedade quando perde a virgindade e tem variados parceiros, enquanto o homem é prestigiado pelos mesmos motivos. Ela se submete com frequência a ter relações sexuais atendendo à vontade do parceiro (TAQUETTE, 2010).

Em outros contextos, os resultados das pesquisas (TORRES et al. 2007; TAQUETTE et al. 2004) relatam que a família reproduz a condição de que os garotos devam ser sexualmente capazes e potentes e que a garota deva ser passiva, dependente e sensível. Assim, os jovens refletem igualmente a condição da sociedade em tratar os gêneros de forma diferenciada. Os depoimentos citados exemplificam o caráter estruturante do gênero nas relações sociais. A mulher está em posição de menor poder que o homem e é vista como objeto de satisfação de seus desejos. Em geral, é submissa na relação sexual. O homem tem intensa intimidade com o prazer sexual e liberdade de seu exercício. Age como se não fosse possível controlar sua sexualidade. Por isso têm muitas parceiras e se arrisca.

As construções de gênero e homossexualidade aparecem como elementos vulnerabilizantes, sobretudo por serem aceitos pelas pessoas com certa naturalização sem a problematização necessária. Essa condição é confirmada na etnografia realizada com crianças de uma ilha na Baía de Todos os Santos (RIBEIRO, 2003), uma vez que os comportamentos de crianças e professoras de uma escola se processam nesse contexto de submissão. As explicações dadas pelas professoras no que se refere à diferença entre meninos e meninas afirmam a naturalização do aparato biológico como razão única da diferença, com base na anatomia e fisiologia corporal, sem dimensionar outros aspectos, como o cultural e o social. As crianças não conseguem acessar os meios necessários para a sua reflexão e formulação de identidade, sendo que essa situação as vulnerabiliza.

Também neste estudo é destacado um aspecto curioso na fala dos professores sobre a utilização do preservativo. Eles deixam transparecer o interesse em manter as crianças ignorantes quanto à sexualidade, com receio de que elas se tornem muito conhecedoras do

assunto, além de evitar possíveis reclamações dos pais (RIBEIRO 2003). Essas posturas revelam formas de poder exercidas pela escola no controle do aprendizado da sexualidade das crianças. Junto a essas concepções, manifestam um desconhecimento ou dificuldade de trabalhar com essas questões, incluindo a dimensão de gênero.

Nesta direção, a forma como os meninos e as meninas aprendem seus papéis sexuais poderá determinar comportamentos que favoreçam seu aprendizado e livre escolha, ou que os aprisione. As explicações que ouvimos desde criança são aceitas naturalmente como afirmativas verdadeiras e únicas. Deste modo, na fala dos jovens as meninas se assanham, entretanto mesmo se assanhando quem decide é o homem. Eles não se apaixonam, apaixonar-se é uma ilusão feminina. Percebe-se por meio dos depoimentos, que as construções de gênero e suas interfaces culturais e sociais estão implicadas na identidade da juventude estudada.

Os meninos acreditam que se apaixonar é coisa de menina e que o homem namora por namorar, sem envolvimento e sem ilusões. Complementam dizendo que a menina deve ser mais recatada, pois podem ser consideradas assanhadas se saírem com vários meninos. Já dos homens, é esperado que eles namorem muito para confirmar sua masculinidade.

*As vezes eu namoro gurias que se apaixonam por mim, mas eu não gosto delas, entendeu, eu fico por ficar, namoro por namorar. Uma pessoa vai e se apaixona por você, mas você não é apaixonada por ela, você namora assim com ela, na hora assim, é bom para ti, mas depois que acaba ela vai ficar com aquela ilusão na cabeça, pensando em você e você está pensando em outra coisa, você não pensa na pessoa. (J3) – dezembro de 2011*

*No caso da Camila (história da dinâmica) fica feio para a menina que fica com vários, ela é china, puta, o cara é garanhão. (J8) – janeiro de 2012*

Essa concepção foi encontrada na pesquisa Gravad realizada em três capitais brasileiras. Identificou-se que os sentimentos declarados em relação ao parceiro atual foram divididos em duas categorias, quais sejam: gostar e estar apaixonado. Embora possa haver um sentimento muito próximo entre as duas expressões há uma diferença significativa nas declarações masculinas e femininas. O gostar foi mais frequentemente utilizado por homens, ao passo que estar apaixonado é uma expressão mais referida pelas mulheres (KNAUTH et al. 2006; BORGES; SHOR, 2005). Quando os autores avaliam a expressão de sentimento associada à questão social, percebe-se que a paixão é mencionada pelos jovens cujas mães têm nível superior de escolaridade e o sentimento de gostar aparece com mais frequência entre os jovens com mães de baixa escolaridade.

Ainda no que se refere à construção das emoções nas relações afetivas, os autores concluíram que a articulação entre pertencimento social e gênero é particularmente reveladora da situação dos sentimentos declarados pelos jovens com relação ao parceiro (KNAUTH et al. 2006). Neste estudo, os meninos atribuem a paixão às meninas, acreditando que seus envolvimentos afetivos são centrados, basicamente nas práticas sexuais, independente do sentimento. As questões de gênero revelam pluralidade e conflitualidade de processos construídos culturalmente, definindo e distinguindo sujeitos femininos e masculinos. Nesta direção, esse processo se expressa na articulação de gênero com outras marcas sociais, tais como classe, raça/etnia, sexualidade, geração, religião, nacionalidade.

Nesse sentido, o gênero sinaliza não apenas para as mulheres e nem mesmo toma exclusivamente suas condições de vida como objeto de análise. A proposta do conceito é que se considere como referência as relações de poder entre mulheres e homens e as muitas formas sociais e culturais que constituem os sujeitos (MEYER, 2004). Para isso, está implicada uma análise completa dos processos, das estratégias, dos saberes e das práticas sociais e culturais que educam mulheres e homens nos diferentes contextos.

Em alguns estudos os pesquisadores se interessam em entender como meninas e meninos adquirem os chamados papéis sexuais nos diferentes contextos sociais (HEILBORN, 2012; TAQUETTE, 2010, TORRES et al. 2007). As falas das crianças aparecem impregnadas dessas construções quando na sala de aula referem que as meninas devem sentar de pernas fechadas e não devem brincar com os meninos, pois eles são ousados (RIBEIRO, 2003). Ainda segundo a autora, uma questão a ser considerada é que no discurso das pessoas adultas está a ideia de que a criança não se interessa pela sexualidade e que ela só adquire conhecimentos sobre as questões sexuais por intermédio da família e da escola. Não sem contradições, as pessoas acreditam numa infância inocente, onde a sexualidade está ausente e que os jovens, nessas idades, não aprendem sobre eroticidade, intimidade do corpo e relacionamentos afetivos de outra forma que não seja pelos agentes socializadores credenciados, tais como os pais e os professores (RIBEIRO, 2003).

Nesta direção, quando se pensa em cuidado em saúde durante a juventude vivemos um grande vazio, um espaço em aberto, por onde os pais, os profissionais e professores não conseguem transitar. Quais os aprendizados dos jovens sobre suas sexualidades e de que maneira é permitido a eles se expressarem? As questões de gênero, homossexualidade acabam sendo silenciadas, sobretudo por serem naturalizadas e cristalizadas.

Os jovens referem-se às questões de homossexualidade com curiosidade, medo e preconceito. Contam que tem curiosidade sobre o assunto e que seus amigos que tiveram

experiências homossexuais ficaram satisfeitos. Deste modo, consideram a homossexualidade um assunto que causa medo e desejam que fosse considerado “normal” entre as pessoas. A curiosidade e a vontade de saber mais sobre o assunto é freada pelos preconceitos da família e da sociedade.

*Eu já tive uma amiga minha que já ficou com outra menina, ela disse que foi por curiosidade, que foi muito boa a experiência, que foi normal, a mesma coisa de ficar com guri. Ela achou até melhor no caso, mas ela fica com guri. (J8) – janeiro de 2012.*

*Tenho medo de debater esse assunto (homossexualidade) com a pessoa errada. (J8) – janeiro de 2012.*

*Esses dias eu vi um programa de TV da MTV de namoro, ela fica de costas para os guris e ele ficam vendo ela. Esses dias deu de gays (homem com homem), daí o que ele escolheu ele não gostou, daí ele trocou e esse que ele escolheu quis outro. Rede nacional e mostrou. aqui o preconceito é muito grande, se as pessoas enxergam, olha lá (se espantam)!!! No caso as pessoas tentam se proteger. (J8) – janeiro de 2012.*

*Já me despertou vontade de buscar, mas nunca fui assim correr atrás, tenho preconceito dentro da própria família, vamos supor, qualquer uma família tem. (J8) – janeiro de 2012.*

A homossexualidade e a bissexualidade ainda são vistas como anormalidade pela maioria das pessoas. Nesta direção, é sério o problema da homofobia presente na sociedade contemporânea, que reflete o paradigma da masculinidade estereotipada com a aversão aos homens que não respondem as premissas desse modelo (TORRES et al 2007; HEILBORN, 2012). A ideia de identidade sexual é um produto de crenças específicas de sociedades modernas ocidentais. Assim, o pressuposto é que cada pessoa traduz e interpreta, com base em sua materialidade corpórea, as características do que sua cultura considera como masculino e feminino, sendo possível uma constante recriação dessas normas (VILLELA; ARILHA, 2003).

Nesse sentido, percebe-se que a classificação homo, bi ou heterossexual está longe de esgotar as possibilidades de comportamentos, identidades e práticas sexuais. Como exemplos da complexidade e das inúmeras possibilidades destas definições podem ser citados: se um homem tem relação sexual com outro homem e o penetra, se identifica, nesse ato, com a posição ativa atribuída ao masculino, não seria conceituada sua prática como homossexual. Já homens que se consideram homossexuais por se sentirem atraídos por outros homens, sem que, de fato, tenham tido alguma relação com alguém do mesmo sexo (VILLELA; ARILHA, 2003).

A complexidade e diversidade de concepções implicadas na construção das identidades sexuais foi estudada entre jovens de três capitais brasileiras. Suas concepções sobre práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo foram agregadas em torno de três possibilidades: uma que exprime tolerância em relação à homossexualidade e duas outras que expressariam menor tolerância ou até rejeição. Nas duas últimas podem ser associadas posições que se referem a uma dimensão moral e outra que está ligada a disfunção psíquica (HEILBORN et al. 2006). Segundo os autores, a avaliação da opinião associada ao meio social assinala diferenças interessantes. A tolerância aumenta no mesmo sentido em que se elevam os níveis de escolaridade. No meio popular há menor intolerância à homossexualidade.

Em geral, o gênero e as influências do meio social revelam uma atitude masculina de rejeição à homossexualidade. Assim, a homossexualidade se reveste de um caráter ameaçador para a identidade masculina na sociedade brasileira (HEILBORN et al. 2006). Villela e Arilha (2003) complementam dizendo que o rechaço ao homoerotismo tem suas raízes na cultura de gênero, devendo ser reconhecido, por trás da homofobia, o temor da perda das identidades de gênero.

Conforme uma situação descrita por um jovem, a pressão sobre a sexualidade dos meninos vem de duas formas: ele pode ser considerado ousado, por se interessar pelas meninas, ou também pode ser visto como homossexual, por andar no meio das meninas (RIBEIRO 2003; HEILBORN, 2012). Ao invés de machão, ativo, dominador, viril, é visto como um menino passivo sexualmente, que é usado eroticamente pelos colegas e que se interessa por assuntos de meninas. Aqui se situa um tema complexo e necessário de discussão em muitos meios a começar pelas famílias, escolas e serviços de saúde. Com esses resultados podem-se desencadear outras formas de ver tais situações, buscando especialmente um acolhimento para essa demanda.

*Eu fico imaginando eles, as mulheres eu olho com outro olhar, como comentário! Eu não me considero como um gay, eu acho as gurias bonitas, mas também acho os guris. (J8) – janeiro de 2012.*

Percebe-se demonstrações das construções sociais e culturais das questões de gênero nos jovens além da carência e das dificuldades de expressão e da invisibilidade do tema na saúde. Há necessidade de construir com os jovens uma relação em que sua sexualidade seja reconhecida e valorizada, principalmente por suas dimensões sociais e culturais. Assim, é relevante construir um caminho em que o jovem não precise esconder ou esconder-se da

sexualidade, estando seguro que o sexo é um domínio humano não ligado à culpa, ao pecado, ao segredo e à mentira. Dessa forma, ele pode buscar o usufruto seguro da sua sexualidade.

A implicação e a contribuição das análises de gênero é fundamental para a formulação das práticas de cuidado para a juventude. Além das questões da homossexualidade, Torres et al. (2007) levantam outras a serem discutidas como, por exemplo, o sexo oral, o sexo anal e a masturbação. Os resultados do estudo mostram os comportamentos sexuais do sexo oral e do sexo anal significando sentimentos de desejo e a possibilidade de prazer e, para outros, a transgressão, o nojo, o pecado, uma experiência envolvendo mitos, medos e mistérios.

A sexualidade é um campo mediador de relações sociais entre os jovens e, ao mesmo tempo, constitutiva da identidade social e de gênero (HEILBORN, 2012). Assim, as reflexões na perspectiva da vulnerabilidade favorecem a compreensão da construção social da sexualidade e sugerem caminhos para a inclusão das experiências dos jovens como aspectos positivos de cuidado. As questões de gênero revelam-se como elementos implícitos nos *projetos de felicidade*, na medida em que constrói possibilidades de autonomia e identidade juvenil, coerentes com suas experiências existenciais.

#### 5.3.4 Os serviços de saúde e a vulnerabilidade programática

No que se refere aos serviços de saúde, pode-se dizer que muitos não possuem agendas de trabalho voltadas ao público jovem e, sobretudo, não apresentam características suficientemente atrativas a eles. A referência aos serviços de saúde é relativa à figura do médico e vinculada a situações de doença.

A ausência dos jovens nos serviços de saúde pode estar relacionada com as demais situações de vulnerabilidades mencionadas e, também pelos acessos limitados e pouco qualificados para suas demandas. As falas que seguem caracterizam essa informação.

*Não vou muito ao médico, só quando tem alguma coisa (doença). (J9) – janeiro de 2012.*

*Eu não vou frequentemente ao posto de saúde, fui em função do trabalho do colégio. (J8) – janeiro de 2012.*

*Eu penso para mim, depois que eu tiver minha primeira vez, a primeira coisa que eu quero é ir numa ginecologista. (J1) – dezembro de 2011.*

Tradicionalmente a ida aos serviços de saúde está condicionada a um problema, um agravamento, ou uma doença. Para os jovens essa busca é, praticamente, inexistente, principalmente, por não representar preocupação do ponto de vista das doenças e também, por não existir um espaço legitimado como seu. Este mesmo distanciamento com as unidades de saúde também foi encontrado na pesquisa de Brandão (2009). Entre os rapazes entrevistados a frequência de idas às unidades de saúde é mínima, ou quase nula e entre as mulheres, a frequência, de maneira geral é baixa.

De acordo com alguns autores (ARECO et al. 2011; TORRES et al. 2007) a vulnerabilidade programática dos jovens ancora-se na lacuna existente entre a legislação, representada em âmbito nacional pelo ECA (BRASIL, 1990), e o cotidiano dos jovens. O ECA, bem como os documentos oficiais anteriores a sua criação, partindo da Declaração de Genebra de 1924, passando pela Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 e por outros compromissos firmados mundialmente, reconhece a necessidade de atenção especial voltada às primeiras etapas da vida, mas não a garante. O ECA (BRASIL, 1990) reconhece a criança e o jovem como sujeito de direitos e não mais alvos da tutela da sociedade e do Estado. Uma das importantes questões é: como operacionalizar essas garantias em meio a tantas situações de vulnerabilidade?

Devido a inúmeros fatores como as dificuldades econômicas, familiares, a pobreza, o desemprego, o abandono, que afirmam cotidianamente as desigualdades sociais, percebe-se que existe uma parcela da população que se encontra à margem da atenção do Estado e da sociedade, se mantendo em condições de vulnerabilidade social e programática, sobretudo em decorrência das fragilidades dos serviços de saúde que deveriam prestar assistência a essa população.

A vulnerabilidade programática é expressiva e segundo Ayres et al (2003) e Abramovay et al (2002), para a conformação da situação de vulnerabilidade, é preciso levar em conta: o controle ou posse de recursos materiais ou simbólicos para se desenvolver em sociedade, as estruturas de oportunidades dadas pela sociedade, Estado e mercado e, por fim, as estratégias usadas pelos indivíduos para lidar com as reestruturações sociais. A configuração de vulnerabilidade programática se daria quando os recursos materiais e simbólicos não fossem compatíveis, seja por insuficiência seja por dificuldade, com o sistema de oportunidades oferecidas pelo contexto, gerando uma relação negativa entre oportunidade e recursos para transformação e aproveitamento das mesmas.

Nesta mesma direção, Abramovay et al (2002) e Traverso-Yépez e Pinheiro (2002) consideram que quanto mais escasso o acesso das pessoas e dos grupos sociais a recursos

materiais e simbólicos de desenvolvimento, como atenção à saúde, educação de qualidade, recursos econômicos e trabalho, mais difícil se torna a aquisição e o aprimoramento de estratégias para lidar com as dificuldades colocadas pelos contextos, e aumenta a dificuldade do aproveitamento de possíveis oportunidades oferecidas pela sociedade, pelo mercado e pelo Estado. Desse modo, passam a vivenciar um círculo vicioso marcado pela tendência de prevalecer condições desfavoráveis para o cumprimento de sua cidadania, aumentando a desigualdade social, exclusão e manutenção de violência nas relações, tornando-os mais vulneráveis socialmente.

De acordo com os resultados do estudo, do ponto de vista dos jovens brasileiros, os serviços de saúde não representam um lugar importante no tocante a sua sexualidade, demonstrando, assim, a sua pouca frequência nas unidades de saúde (TORRES et al. 2007; CASTRO et al. 2004). Esse grupo encontra-se praticamente à margem de uma atenção adequada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em geral, verifica-se que as ações realizadas no nível da atenção básica voltam-se à distribuição esporádica de preservativos masculinos por unidades básicas de saúde, podendo-se afirmar que tal abordagem deixa de atribuir à necessária atenção às questões que envolvem sua saúde sexual e reprodutiva (BORGES; SHOR, 2007).

Os jovens associam as informações científicas em saúde com as instituições como escola e serviços de saúde, mas não vislumbram acessos qualificados nesses locais. Consideram que essas informações têm muita importância, no entanto, destacam que a escola apresenta dificuldades na inserção destes temas nas discussões em sala de aula. Não mencionam os serviços de saúde como responsáveis pela realização de processos educativos em saúde. Ainda complementam dizendo que as informações em saúde são escassas, citando assuntos como métodos anticoncepcionais como temas pouco discutidos.

*As informações tem muita importância, mas na escola eles não falam muito, falo mais com minha mãe. (J9) – janeiro de 2012.*

*Minhas informações são bem poucas, não tenho muito acesso, métodos anticoncepcionais, menstruação. (J12) – março de 2012.*

Essa reflexão é confirmada por Torres et al. (2007) uma vez que os jovens têm muita curiosidade acerca da sexualidade e sentem falta da escola cumprir com esse papel, já que ela detém a importante função de favorecer o pensamento crítico, o convívio com a diversidade e a participação juvenil e comunitária na formulação, gestão e controle social das políticas públicas. A escola e os serviços de saúde carregam-se de uma responsabilidade vital para o

processo de autonomia juvenil, buscando, por meio da interação, a emancipação e inserção crítica e social dos jovens nos espaços privados e públicos. Além disso, é um direito dos jovens receber informações sobre sexualidade no âmbito da escola e dos serviços de saúde (HEILBORN, 2012).

Assim, os serviços de saúde podem ser um local importante para o acolhimento dos jovens e para a construção de vínculos que favoreçam o acesso a informações relevantes no campo da sexualidade. Alguns jovens relatam ir até o serviço de saúde, no entanto, o serviço não está sensibilizado para recebê-los além da ação pontual que motivou a procura do jovem. Para exemplificar pode ser compartilhada a situação em que a jovem procura o serviço para a aplicação do anticoncepcional injetável. A ação e o diálogo entre a jovem e o profissional se limitam a essa finalidade. A expressão marcada no discurso da jovem chama atenção “só vou lá fazer a vacina”. De que forma os serviços de saúde e as escolas podem avançar ao encontro da juventude? Outra situação relatada por um jovem chama atenção para a vulnerabilidade programática. O jovem procura o serviço de saúde para auxiliá-lo na construção de um trabalho da escola e o serviço responde a essa demanda entregando uma revista sobre o assunto. Segue as falas que ilustram as situações mencionadas.

*Eu faço uma injeção de três em três meses para não engravidar no CSU. Só vou lá fazer a vacina. Na escola eu não tenho muita intimidade para falar sobre isso. (J10) – janeiro de 2012.*

*Achei interessante sobre as DST, a gente pesquisou, foi atrás, fomos no posto de saúde, lá as pessoas colaboraram, deram uma revistinha para falar sobre as doenças, a gente apresentou uma pesquisa, bem importante. (J8) – janeiro de 2012.*

Os encontros de cuidado, caracterizados como um processo dialógico e relacional pode ser uma alternativa que proporcione, além de acesso, significados e aprendizados aos jovens. No entanto, ao analisar as características dos serviços de saúde mental e drogadição voltados para jovens de um município do estado de São Paulo os pesquisadores identificaram a ausência da atenção integral de forma articulada, assim como está proposto no ECA. Como consequência, na maioria das instituições, suas propostas e atendimentos oferecidos são comprometidos pela inconstância, pela quase ausência de planejamento das ações que se encontram fragmentadas, havendo ora sobreposição de determinados serviços, ora ausência de outros. Outro ponto relevante é o distanciamento dos Programas e Serviços do público-alvo, não havendo sequer o conhecimento de características básicas dos usuários, como sexo, idade, nem de suas demandas, o que impossibilita a criação de encontros de cuidado que auxiliem os jovens a criar uma relação positiva com os elementos vulnerabilizantes (ARECO et al. 2011).

Segundo Brandão (2009) e Branco (2002) os profissionais concordam que existem limites em suas próprias atuações, o que os impossibilita dar respostas às demandas juvenis. Por isso, reivindicam capacitação para lidar melhor com a imagem idealizada que têm do jovem e com a complexidade das questões desse grupo, exigindo mais tempo para desenvolverem um atendimento integrado.

Com relação a tais dificuldades o Ministério da Saúde formulou a Política Nacional de Atenção à Saúde de Adolescentes, conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, incluindo os preceitos do ECA e da Declaração Universal dos Direitos Humanos. O objetivo dessa política é se desdobrar em planos de ação, programas e projetos em níveis nacional, estadual e municipal, levando em consideração as respectivas responsabilidades institucionais, situações epidemiológicas e demandas sociais com o intuito de promover mudanças na assistência, prevenção e promoção da saúde dos jovens. A implementação desta política iniciou-se em 2005, articulada em torno de três temas centrais: violência; reprodução e sexualidade; crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2005a, 2005b, 2006).

No entanto, percebe-se que existem várias dimensões a serem problematizadas nesse processo de implementação, uma vez que a vulnerabilidade programática dos jovens foi um elemento de destaque na análise. Esse tema serve de alerta, principalmente para profissionais de saúde, sobretudo, aos enfermeiros, que não foram citados pelos jovens em nenhum momento dos seus processos de experiências. Em contrapartida, pode-se destacar no relato de uma jovem que a experiência na participação de grupos de saúde pode representar uma alternativa e também uma sugestão para as escolas e serviços de saúde na organização de propostas de cuidado. Segue o depoimento da jovem.

*Os grupos de saúde são ótimos, devia ter sempre, em todo o lugar. Participava mais meninas. Deveria ter nas escolas também, porque isso quase nunca é tocado e é um assunto importante. (J5) – dezembro de 2011.*

De acordo com Oliveira (2011) uma abordagem sugerida para o trabalho com jovens sobre a temática da sexualidade é a metodologia de grupos focais. Ela se mostra apropriada para explorar diferentes pontos de vista, incluindo as perspectivas sociais e culturais, por meio da interação.

Em consonância às contribuições de Nascimento e Gomes (2009) alguns elementos são importantes para repensar os serviços de saúde voltados para a sexualidade na juventude. (a) a disponibilidade dos serviços de saúde em promover uma escuta que garanta a conciliação entre as informações normatizadas (como as relacionadas à gravidez na juventude

e prevenção as DSTs/aids) com a experiências dos jovens em lidar com sua sexualidade; (b) a estimulação da comunicação entre os diversos setores/profissionais de atendimento/intervenção aos jovens, para favorecer o enfrentamento da complexidade que a sexualidade envolve, aí incluindo a iniciação sexual, não a reduzindo ao simples espaço de prevenção de doença; (c) a sensibilização dos serviços para que suas ações se orientem a partir da perspectiva de gênero e de cuidado em saúde, fazendo com que as conversas e fóruns acerca da sexualidade produzam contextos de intersubjetividades e autonomia juvenil.

As situações de vulnerabilidade programática são expressivas no contexto da juventude, tanto no que se refere à inexistência de serviços, como relacionadas às dificuldades de se estabelecer um cuidado em saúde que valorize as experiências juvenis. Os indicativos mostram que, além da criação de espaços coerentes com as demandas da juventude, é necessária a inclusão de um referencial de cuidado que considere as relações de gênero, as situações de violência, as relações familiares e outras situações de vulnerabilidade próprias dos diversos contextos culturais.

#### **5.4 A invisibilidade da saúde: a concepção biologicista do cuidado**

Neste tópico será discutida a invisibilidade dos serviços de saúde manifestada, principalmente pelas dificuldades de acesso dos jovens a informações e pelo distanciamento delas do contexto das experiências juvenis. De um lado encontra-se a fragilidade das informações em saúde, consideradas restritas, básicas e relacionadas com a concepção biologicista da saúde. De outro, as dificuldades de compreensão das informações, reveladas pela produção de um conhecimento diferente e concretizadas nas atitudes dos jovens. A produção de um conhecimento diferente revela, além da invisibilidade do campo da saúde, o distanciamento com a produção cotidiana da juventude nos diferentes contextos.

Nesse sentido, também foi revelada a invisibilidade da enfermeira que não se constitui como referência para os jovens nos serviços de saúde. Acredita-se que o cuidado é o projeto existencial da enfermagem e é na relação com o outro que se produz a identidade da enfermeira (WALDOW, 2006). Assim, o desafio é criar espaços para a enfermeira estar com os jovens, buscando retomar seu protagonismo nas ações de cuidado. A enfermeira pode contribuir para a organização e construção de propostas de cuidado para a juventude, pois, em alguma medida está sensibilizada para superar os paradigmas biológicos e ingressar no mundo dos jovens (SCHWONKE; FONSECA; GOMES, 2009). O resgate das bases epistemológicas e teóricas do cuidado é uma atividade em potencial para a enfermeira.

#### 5.4.1 Da (des)informação às informações básicas em saúde

Os jovens têm poucas informações em saúde e quando têm são informações consideradas básicas, relacionadas, fundamentalmente, às questões biológicas mais genéricas. Os jovens se consideram desinformados e despreparados sobre a temática da sexualidade e desejam saber mais. Sugerem temas como métodos anticoncepcionais, masturbação, homossexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, para serem aprofundados, por acreditar que essas informações podem contribuir nas suas experiências. Segue as falas que caracterizam essa descrição.

*Eu não me sinto preparada e informada, tenho muitas duvidas, penso nisso quando ficar mais velha. (J9) – janeiro de 2012.*

*O básico todos sabem, mas eu queria saber mais, métodos anticoncepcionais. Acho que da experiência [...]. A questão da masturbação, sobre a homossexualidade: eu gosto de debater sobre esse assunto. (J8)- janeiro 2012.*

Os jovens estão expostos a um contexto de (des)informação em função de uma série de situações de vulnerabilidade. Algumas delas já foram apresentadas brevemente neste estudo como, por exemplo, a dificuldade em dialogar com a família e as barreiras no acesso e elaboração das informações em saúde, as relações de gênero e violência. Nesse sentido, as lacunas relacionadas ao campo da saúde estão situadas no distanciamento das produções técnico-científicas aos construtos sociais e culturais dos jovens.

A (des)informação dos jovens está implicada, sobretudo, em sua vulnerabilidade programática. Os acessos limitados contribuem para a (des)informação em saúde e para ao que chamam de informações básicas. Dito de outro modo, os jovens dizem não saber sobre os exames preventivos oferecidos nas unidades de saúde e o que podem e devem fazer a partir da primeira menstruação ou da relação sexual. Com quem podem falar, aonde ir? Essas falas ilustram um pouco dessa carência:

*Eu não sei sobre o preventivo, se preciso fazer, se dói. (J9) – janeiro 2012.*

*Não sei o que é DST e não sei usar camisinha. (J14) – março de 2012.*

Nesta direção, Ayres et al. (2003) confirmam que a falta de acesso à informação e discussão sobre temas ligados à sexualidade e anticoncepção já vulnerabiliza. No entanto, a forma como essas informações são realizadas, a maneira como são interpretadas e quem as dirige são condições que podem aumentar ou reduzir as situações de vulnerabilidade dos jovens (MEYER et al. 2006). Para exemplificar a limitação das informações em saúde dispensada aos jovens, uma pesquisa realizada com o objetivo de identificar o conhecimento de jovens sobre as formas de transmissão e prevenção das DSTs revelou que a maioria não sabe as vias de transmissão e os sinais e sintomas das doenças. A doença que eles mais referem saber é a Aids, apresentando bastante variação sobre o conhecimento (BRETAS et al. 2009). A realidade do referido estudo mostra que muitos jovens se engajam em práticas sexuais, como sexo oral e anal sem reconhecê-los como fonte de contágio de DST.

Nesse sentido, além destas informações serem básicas, técnicas e de ordem biológica (formas de transmissão e prevenção) não foram impactadas ou, talvez, não foram informadas aos jovens. Pode-se inferir como possíveis razões a falta de sentido que uma informação isolada e de cunho biológico pode trazer.

Estudos como os de (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; CHALEN et al. 2007; INSTITUTO PAPAI, 2005) mostram que existe um descompasso entre a informação e o exercício sexual. Pesquisa que entrevistou jovens de 18 a 24 anos de classes populares do município do Rio de Janeiro destaca que os mesmos reconhecem que existe uma associação entre o exercício sexual e os riscos de contrair alguma doença sexualmente transmissível, mas a atitude de incorporar alguma medida protetiva não acontece (ALVES; BRANDÃO, 2009). Situação semelhante é encontrada nas capitais estudadas pelo Instituto Papai. Nesta pesquisa os autores evidenciaram uma lacuna de diálogo entre os jovens e os possíveis referenciais de cuidado, como a família, a escola e as unidades de saúde, favorecendo as dificuldades no que se refere às informações em saúde (INSTITUTO PAPAI, 2005).

Um campo privilegiado para a circulação de informações acerca da sexualidade é a escola, considerando-se a convivência social e o estabelecimento de relações intersubjetivas favoráveis à promoção da saúde. Essa afirmação foi encontrada nos estudos de Bretas et al. (2009), Nascimento e Gomes (2009) e Camargo et al. (2010) nos quais os jovens pesquisados afirmam que o local onde recebem mais informações sobre sexualidade é a escola, representada pelo figura do professor.

Neste sentido, os estudos mostram a existência de relação entre conhecimento sobre sexualidade e escola. Frequentar a escola pode ser uma via importante de conhecimento. No entanto, dizem haver diferenças entre os tipos de escola (pública e privada), os turnos e as

condições sócio-econômicas (CAMARGO; BOTELHO, 2007; CAMARGO; BERTOLDO, 2006). Autores como Rodrigues et al. (2002) acreditam que as atitudes dos jovens são construídas através da interação social e são passíveis de mudanças e transformações através da informação ou da experiência, sendo indispensável a troca.

Assim, em primeiro plano torna-se importante e necessária a inserção do assunto da sexualidade nos serviços, sobretudo nas escolas. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando em conta aspectos subjetivos, questões relativas às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas e dos direitos humanos. Há uma crítica sobre a maneira como o tema da sexualidade é tratado na escola. Em conversas com os jovens a pesquisa de Nascimento e Gomes (2009) revelou que há um investimento na informação formal, em forma de palestra, mas não existe a troca de experiência no diálogo aberto e livre entre alunos e professores.

Complementando essa informação, Moizés e Bueno (2010) verificaram que os professores que mais orientam sobre questões da educação sexual são os de ciências e o tema não é tratado como tema transversal como preconizado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais. Essa é uma das fragilidades e das vulnerabilidades identificadas neste estudo e sua superação encontra-se no argumento que define a sexualidade como um campo social e cultural, inscrito nas relações de gênero e compreendido por meio das experiências cotidianas.

Os estudos que analisam os espaços dos serviços de saúde, em geral indicam que as unidades de saúde não estão preparadas para acolher os jovens (INSTITUTO PAPAI, 2005, ARECO, 2011). Os profissionais de saúde nem sempre estão habilitados para atender a demanda deste público (ALVES e BRANDÃO, 2009). Uma pesquisa com 117 profissionais de saúde contribui ao destacar que os trabalhadores identificam que existem limites em suas atuações, admitindo ser difícil falar sobre sexo, além de manter a tendência de que distribuir preservativos é um incentivo a práticas tidas como proibidas no julgamento hegemônico (BRANCO, 2002). Com relação aos professores evidenciou-se que 30% deles acreditam que a temática sobre sexualidade deveria fazer parte do currículo de educação sexual na escola, sendo que 14% acham difícil falar sobre esse assunto e 4% sentem-se totalmente incapacitados para abordar o tema (JARDIM; BRÊTAS, 2006).

São no mínimo duas situações importantes: a invisibilidade dos serviços de saúde e as limitações da escola. Os serviços de saúde aparecem citados nas falas dos jovens como um local de falta, de inexistência, ou desconhecimento. A escola aparece, mas é vista com limitação na abordagem do assunto.

Entretanto, a temática da sexualidade desperta muita curiosidade nos jovens. Eles consideram as informações muito importantes para suas experiências, destacando ser interessante saber o “máximo possível”. Esse apontamento mostra a necessidade de suprir a lacuna da (des)informação, potencializando as estratégias na tentativa de conversar mais sobre as doenças, sobre a gravidez, entre outros, pois são assuntos que não se esgotam tão facilmente na transmissão pura e simples de uma orientação. Isso fica claro na fala que segue:

*Ahh!! eu acho que em relação ao sexo tudo é curioso. Tudo, a gente tem que saber o máximo possível, mas mesmo a gente já sabendo, tendo escutado, eu sempre procuro saber mais sobre as doenças e sobre a gravidez, porque é super importante, né? (J5) - dezembro 2011.*

Percebe-se que os jovens entendem os assuntos relacionados ao sexo como algo curioso e tem necessidade de “ir além”. Nesse sentido, avançar pode significar ir além da informação, buscar agregar nela a subjetividade afetiva dos relacionamentos, incluindo elementos a mais na informação, no informante e no processo como ocorre o encontro. Para tanto esses resultados demonstram a necessidade de um processo educativo contínuo dirigido aos profissionais. Primeiro, para que consigam ultrapassar as barreiras da vulnerabilidade programática, ou seja, o movimento de abrir as agendas de trabalhos para os jovens e, segundo, reciclar os meios de abordagem, incorporando estratégias de acolher as demandas das experiências dos jovens, podendo incluir elementos para acrescer às informações básicas.

#### 5.4.2 A resignificação das informações: um conhecimento diferente

A aproximação com as experiências dos jovens no campo da sexualidade permite identificar que os jovens utilizam, de maneira interessante, formas de resignificação das informações técnico-científicas que recebem. Essa resignificação produz um conhecimento diferente, resultado da agregação de muitos elementos, entre eles, culturais, sociais e individuais, que são parte de suas experiências.

Essa categoria inclui algumas situações em que os jovens relatam utilizar compreensões diferentes daquelas autorizadas pelo domínio técnico. Como exemplo, pode ser citada a ocasião em que se decide pelo uso do preservativo. Os jovens relatam que a decisão sobre o uso pode passar por um processo de resignificação, ou seja, a escolha final pode ser totalmente oposta ao esforço informativo dos serviços de saúde. Eles produzem um conhecimento diferente, a partir de suas experiências e de um processo de resignificação particular.

Os jovens relatam que o uso do preservativo pauta-se, em especial, em situações como o momento (a hora) e a pessoa. Consideram que conhecer a pessoa e a sua história em relacionamentos anteriores, pode ser usado para decidir se a relação sexual acontecerá de maneira desprotegida. Se a companheira é casada e o casamento tem uma grande duração, isso garante que as relações sexuais anteriores tenham sido apenas com o marido. Dessa forma é possível que a relação sexual seja desprotegida. Essa forma de ressignificação é muito frequente entre os jovens do sexo masculino. Segue as falas.

*[...] depende da hora, se o cara tá protegido, se o cara conhece a pessoa, daí o cara já sabe como ela é mais ou menos, agora se você não conhece a pessoa o cara tem que estar bem protegido. (J3) – dezembro de 2011.*

*Já tive situações em que eu me expus ao risco de não usar camisinha [...] ela não é uma pessoa [...] que ficava com muitos homens, ela já era casada, desde quando tinha os 17 anos dela, daí quando ela largou do marido, ela ficou comigo. (J3) – dezembro de 2011.*

A reelaboração da informação em saúde permite ao jovem decidir sobre a proteção na relação sexual. A produção de um conhecimento diferente daquele que é orientado, como por exemplo, o uso de preservativo em todas as relações sexuais, centra-se nas questões particulares que circundam o jovem como a crença na garantia de que quando se conhece a pessoa, a relação sexual pode ser desprotegida (VAN DEVANTER et al. 2011). Vale destacar a importante interface com as questões de gênero, sobretudo da dominação masculina.

Nesta direção, Nascimento e Gomes (2009) observaram que, de um lado os jovens valorizam determinadas fontes de informação, em detrimento de outras e, de outro há uma oscilação entre permissão e interdição de assuntos relacionados à sexualidade em geral. Eles destacam os fóruns privados como espaço onde circulam fontes de informação, sendo valorizados outros conhecimentos frutos de experiências de relacionamentos afetivo-sexuais. Por consequência, essas situações assumem uma posição de destaque no grupo de pares e corrobora os achados da investigação, no que se refere à produção de um conhecimento diferente.

Vale destacar que os meninos referem que, se você “garante”, pode rolar a transa, mas se você “não garante”, ou seja, não conhece a pessoa, ou sabe que ela teve e tem muitos parceiros, seguram a vontade de transar, caso não tenham o preservativo no momento.

*Tem gurias que você garante, que ela é uma pessoa que não vai sair dando para todo mundo, daí você garante: não essa aí, se eu não tiver (camisinha) até eu posso fazer com ela, essa você garante. Mas se for uma gurria que você conheça ou não conhece e ela dá para todo mundo, daí não, não, eu prefiro segurar. (J3) – dezembro 2011.*

Assim, a camisinha é substituída pela confiança e a regulação da sexualidade não passa pelo conhecimento dos riscos e dos problemas de saúde que tal prática envolve (BRANDÃO, 2009). O contato anterior, o desejo e a decisão masculina são imperativos para a relação sexual e aumentam ainda mais a vulnerabilidade dos jovens nas diferentes dimensões.

Nesta direção, os profissionais de saúde em seu discurso e prática técnico-científica de cuidado necessitam apreender e ampliar seus modelos de ação, passando a valorizar os condicionantes que determinam as experiências dos jovens durante o desenrolar de suas vidas. Nesse caso, o conceito de vulnerabilidade adquire uma possibilidade concreta de renovação das práticas de saúde, uma vez que é indissociável de uma atitude compreensiva de conhecer, ir ao encontro das condições de vida nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentidos e expressão.

Assim, a sexualidade na juventude não possui caráter processual e não pode ser tomada como percurso linear, dotado de racionalidade, que se manifesta de modo incondicional. As estratégias de cuidado em saúde focadas na proibição de alguns comportamentos não são resolutivas e não se aplicam nas experiências dos jovens. Eles relatam que não adianta proibir, pois existem outros fatores (sociais, culturais, de gênero) nas escolhas e na aplicação das informações na prática.

*Não adianta dizer, proibir, a pessoa que faz, sabe. Escolher a pessoa certa, a hora certa, o momento adequado (J8) – janeiro de 2012.*

Como já mencionado, as questões relativas a vivência da sexualidade são produtos de distintos cenários e não derivam do funcionamento biopsíquico das pessoas. O exercício da sexualidade se dá em diferentes condições que orientam a experiência e a expressão do desejo, das emoções, das condutas e práticas corporais (HEILBORN, 2012).

A exemplo disso, alguns estudos destacam as práticas relacionadas ao uso do preservativo uma boa situação para reflexão e mudanças nos modos de abordagem (TEIXEIRA et al. 2006, MARTINS et al. 2006, SZWARCOWALD et al. 2005). Os jovens apontam a decisão de usar o preservativo como a primeira escolha de prevenção, porém não é usado por todos e em todas as relações sexuais. Existem jovens que referem nunca terem usado o preservativo, apesar de conhecer os riscos a que estavam expostos. Assim, fica evidente que seu uso, depende, entre outros fatores, do envolvimento afetivo do momento, das

questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como do grau de liberdade e autonomia alcançados nessa faixa etária. Nesse sentido, são agregadas às informações outros elementos que produzem um conhecimento diferente, evidenciando outras abordagens no que se refere às práticas relacionadas ao seu uso e as possíveis situações que o inviabilizam. O estudo de Pai, Lee e Yen (2012) revelou que as crenças e atitudes sexuais dos jovens se destacam na comparação com as atitudes protetivas pensadas a partir do sexo seguro.

Talvez, uma estratégia importante na redução das situações de vulnerabilidade dos jovens relativas às informações em saúde seja transformar o conhecimento técnico em caso pessoal, praticar a subjetivação do conhecimento, ou seja, envolver os jovens naquilo que é real e possível a eles.

As relações de namoro são espaços de cuidado que podem ser significativos para os jovens. Nesse sentido, nas relações afetivas os jovens aprendem um com o outro, desenvolvendo habilidades de ser e estar com. Os vínculos de namoro podem representar um espaço de multiplicação de conhecimentos e a consciência de estar no mundo em relação com os outros. Assim, a constatação deste estudo confirma a importância das experiências dos jovens para o cenário propositivo de cuidado em saúde a ser desenvolvido no tópico seguinte.

## **6 CUIDADO EM SAÚDE: UM ESPAÇO PARA CONSTRUÇÃO DE SI MESMO NA JUVENTUDE**

Esse capítulo se propõe a refletir sobre as possibilidades de renovação das práticas em saúde relativas à sexualidade na juventude por meio das contribuições do quadro conceitual da vulnerabilidade. Propõe-se o retorno aos fundamentos da existência humana como modo de dar significados e sentidos ao cuidado em saúde. Nesta direção, a partir da retomada dos pressupostos do estudo, das bases teóricas abordadas e dos resultados busca-se argumentos para a defesa da tese de que o cuidado em saúde se efetiva no ponto de convergência dos conhecimentos técnico-científico com as experiências dos jovens no campo da sexualidade. O cuidado é um espaço relacional-dialógico produtor de subjetividades.

Os resultados confirmaram os pressupostos disparadores da pesquisa, predispondo horizontes de cuidado. Nesse sentido, partiu-se do pressuposto que o cuidado em saúde é uma produção dialógica entre as pessoas, sendo indispensável assumir a presença do outro. O conhecimento, fruto da fusão das informações técnico-científicas com as experiências da vida é o que faz sentido aos jovens e proporciona a construção de suas estratégias de enfrentamento. O processo de cuidar está envolvido de subjetividade, do contrário não há um espaço relacional-dialógico. O conhecimento das experiências dos jovens no campo da sexualidade e a associação com as situações de vulnerabilidade permite construir horizontes de cuidado em saúde, do que trataremos neste capítulo.

Diante disso, as interpretações das situações de vulnerabilidade revelam uma série de características da sexualidade dos jovens. A interpretação das informações do estudo permite considerar que a sexualidade é um assunto fundamentado no social, nas relações de gênero, e, sobretudo, nas relações consigo e com o outro. Retrata formas de ser e estar no mundo, experienciadas por meio da construção de si, projetando-se continuamente no mundo. As situações de vulnerabilidade denunciam as peculiaridades envolvidas no processo de ser e estar na juventude diante das condições existenciais de estar lançado no mundo.

Nesse sentido, fazendo uma retomada constata-se que as situações de vulnerabilidade vinculadas à dimensão individual sinalizam que as experiências e a gestão do cotidiano é um processo solitário e, principalmente, prejudicado pela qualidade das informações e pelas condições de elaboração dos conteúdos. Dessa forma, os diferentes segmentos sociais, em especial os amigos que servem de recursos para as informações estão desarticulados das experiências dos jovens, demonstrando as fragilidades sociais. A família assume destaque entre

as situações de vulnerabilidade, principalmente pelas frágeis vinculações e por não representar um espaço de cuidado para a juventude, em decorrência tanto de condições objetivas do ambiente, quanto das condições culturais e sociais das quais os comportamentos decorrem. Disso deriva a vulnerabilidade programática que, além de ser responsável pela interconexão dos outros componentes oferece poucas oportunidades efetivas de cuidado para a juventude e o alcance qualitativo das relações profissionais/jovens exhibe fragilidades. Assim, apresenta-se um quadro sintético das principais condições manifestadas como situações de vulnerabilidade para os jovens em estudo, destacando-se ao longo do texto elementos propositivos de cuidado.

Quadro 3- As situações de vulnerabilidade e os elementos propositivos de cuidado em saúde na juventude

<b>As situações de vulnerabilidade e os elementos propositivos de cuidado em saúde na juventude</b>			
<b>Vulnerabilidade individual</b>	<b>Vulnerabilidade social</b>		<b>Vulnerabilidade de Programática</b>
	<b>Amigos e Escola</b>	<b>Familiar</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• As experiências acontecem e são significadas no âmbito individual</li> <li>• A gestão do cotidiano é um processo solitário</li> <li>• A significação das informações é frágil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As cenas das vidas dos amigos são expressivas nos aprendizados dos jovens</li> <li>• A escola é um recurso genérico e básico de informação</li> <li>• Diálogo limitado entre professores e amigos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As relações familiares frágeis</li> <li>• A violência intrafamiliar</li> <li>• Famílias chefiadas por mulheres</li> <li>• Diálogo limitado entre pais e filhos</li> <li>• A negligência e o descaso da família</li> <li>• a privação de direitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As instituições (escolas, serviços de saúde) estão desarticuladas as experiências dos jovens</li> <li>• A inexistência de serviços dirigidos à juventude</li> <li>• O distanciamento entre as intervenções técnicas e as experiências dos jovens</li> </ul>

Fonte: RESTA, 2012.

As situações de vulnerabilidade mencionadas, assim como as demais reflexões resultantes das dificuldades dos processos informativos em saúde apontam um empobrecimento do aspecto relacional nas interações de cuidado. A ênfase das práticas de saúde parece recair nos recursos de ordem tecnológica, utilizando os saberes da epidemiologia e as ferramentas materiais (MERHY, 2000; ANÉAS; AYRES, 2011). A interação se resume a uma conversa que é inútil (ANÉAS; AYRES, 2011) que não informa e não tem sentido para as pessoas.

Em complementaridade, Ayres (2006) afirma que as recentes transformações do campo da saúde rumo à progressiva cientificidade apresentam efeitos positivos e negativos.

De um lado, identificam-se importantes avanços na formulação de diagnósticos, precocidade nas intervenções terapêuticas, aumento da eficácia, eficiência e segurança de muitas dessas intervenções, a melhora do prognóstico dos usuários e da qualidade de vida. Em contrapartida, percebe-se que a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites. No campo da sexualidade na juventude esse comparativo não é diferente.

Acredita-se que, para uma superação de tais modos de se considerar o cuidado em saúde, deve-se retomar a ontologia do ser, com a potencial ajuda do quadro conceitual da vulnerabilidade. Um retorno aos fundamentos mostra-se essencial, na medida em que revela o sentido ontológico de que o homem sempre cuida, independente das fragilidades existenciais (HEIDEGGER, 2005; AYRES, 2006; ANÉAS; AYRES, 2011). Assim, o conhecimento filosófico configura-se como um potente elemento crítico, enriquecendo as reflexões em torno da saúde, devido ao seu caráter questionador, seu convite a pensar conceitos, possibilitando o repensar das práticas (MARTINS, 2004).

Nesta direção, os resultados do estudo apontam que o referencial da vulnerabilidade se constitui de um eixo re-articulador das práticas em saúde, uma vez que demanda um esforço de reconhecimento e de tensão de elementos associados e associáveis ao modo de experienciar a sexualidade na juventude (AYRES, 2003). Assim, aposta-se que esse caminho empreende forças capazes de vislumbrar outros horizontes de cuidado por meio do retorno aos fundamentos do ser.

Desde a perspectiva teórica, continuaremos a tratar aqui do cuidado como um construto filosófico, uma categoria com a qual se quer designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações em saúde adquirem nas diferentes situações e experiências (AYRES, 2006, ANÉAS; AYRES, 2011). Para isso é necessário retomar as definições de experiência e de sabedoria prática. A experiência segundo Bondià (2002) é a abertura sensível para que algo nos aconteça. Deste modo se associa a concepção existencial do cuidado, na medida em que requer movimento, um encontro ou uma relação com aquilo que se experimenta. Assim como a experiência, a sabedoria prática não representa a universalidade da ciência, nem a permanência e reprodutibilidade da técnica, é singular, vem do vivido e caracteriza compreensões e aprendizados mediados pela capacidade de negociação e escolha (GADAMER, 2006; MEYER et al. 2006). Ela vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo (AYRES, 2006).

O cuidado é sabedoria prática na medida em que busca uma relação estreita com saberes tecno-científicos e as escolhas compartilhadas de modos de vida compreendidos como desejáveis, adequados e corretos para determinada situação. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objetos, a antecipação, a escolha e a negociação do melhor possível a fazer diante do *projeto de felicidade* que se coloca em questão em um dado momento (AYRES, 2006).

Diante disso, o saber da experiência ganha sentido nas perspectivas de cuidado, uma vez que se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana (BONDIÀ, 2002). Para compor o horizonte de cuidado é necessária a recuperação da experiência. Os serviços de saúde estão carentes de experiências. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto, ou seja, ele não existe fora dele. Não está como o conhecimento científico, fora de nós (BONDIÀ, 2002).

A importância desse argumento pode ser observada nos diferentes resultados do estudo, uma vez que se percebe, nitidamente o isolamento e o distanciamento das concretas experiências dos jovens dos discursos que representariam os conhecimentos científicos, inviabilizando a sabedoria prática. A análise das informações em saúde dos jovens mostrou que a participação dos profissionais é incipiente e, mesmo nos poucos momentos, há o domínio de informações tecno-científicas. As situações de vulnerabilidade indicam um vazio de recursos de cuidado e o processo solitário do jovem para a compreensão das informações e das experiências relativas à sexualidade, além da exclusividade do uso dos saberes de natureza técnico-científica.

Para a compreensão da proposta de cuidado em saúde, a ser apresentada, nada melhor do que reportar-se à complexa construção heideggeriana da alegoria de Higino sobre o cuidado.

Certa vez, atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. O Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno proporcionou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: Tu, Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém

foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (HEIDEGGER, 2005, p. 263 264).

Há diversas e riquíssimas aproximações que podem ser feitas a essa alegoria. Não é a intenção esgotar e aprofundar todas elas, mas é importante destacar alguns aspectos relevantes que, alicerçados nos resultados do estudo mostram possibilidades para o cuidado no âmbito específico da saúde. De acordo com o exposto, o cuidado exige movimento, interação, identidade e alteridade representados pela oportunidade do encontro, das interlocuções em ato que permitem a cada um se construir na presença do seu outro. São necessárias, também, características como plasticidade, projeto, desejo. Assim, na base de todo movimento e de todas as identidades e alteridades por ele criadas, encontra-se a capacidade de transformação e a possibilidade de lhe dar forma por meio de encontro desejante das condições existenciais. Há ainda que se pensar na temporalidade, na não-causalidade e na responsabilidade. O cuidado tem sentido enquanto seguir sendo, no fluxo do tempo, deixando a racionalidade que se aprende sobre a existência e então, responsabilizando-se pelo devir, representando o tomar-se para si (AYRES, 2006).

Apesar do grau de abstração da conceituação filosófica do cuidado ele não pode ser confundido como uma adaptação às regulações da ciência, ele é, pois criação. O sentido está na possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecno-ciências da saúde e a construção livre e solidária de uma vida que se quer (AYRES, 2006).

Do diálogo com os jovens foi possível observar que são as experiências que os constroem, o movimento é deles, com eles e com os outros. Sendo assim, as experiências se aproximam de ser-no-mundo e de estar com os outros e estes são indicativos para o cuidado. De maneira breve e sintética apresenta-se alguns dos significados e dos sentidos atribuídos aos modos de viver a sexualidade na juventude produzidos no encontro com os jovens com o intuito de apontar perspectivas e horizontes de cuidado. Dito de outro modo projeta-se a arquitetura de uma proposta que tenha menos o compromisso de enquadrar ou normatizar, e sim que sirva como algo a ser perseguido. Assim, os parágrafos que seguem trazem a síntese dos resultados com relação às experiências, às informações e às situações de vulnerabilidade dos jovens e a seguir a proposta de cuidado em saúde que emergiu dessas reflexões.

As experiências acontecem no processo da existir e se caracterizam diante do que é possível, de acordo com os exemplos e com as vivências que os jovens têm relativos aos relacionamentos, à família e aos amigos, marcados pelas dimensões sociais e culturais. As experiências são resultados dos seus conhecimentos e dos outros e, geralmente têm pouca

intervenção técnica profissional, tanto da escola, quanto dos serviços de saúde. Percebe-se que existem movimento e desejo que caminham na direção da construção de si. A valorização das experiências dos jovens pode dar sentido aos encontros de cuidado.

Com relação às informações em saúde identificou-se que a maior parte delas vem da interação com os amigos e com a família, e quando se referem aos serviços são consideradas básicas e limitadas às dimensões biológicas. Algumas perdem o sentido quando colocadas na concretude da vida, ou seja, nos espaços sociais e culturais criam outras significações. As vulnerabilidades se relacionam principalmente à inexistência, à invisibilidade e às dificuldades em acessar os serviços de qualidade e que, sobretudo reflitam as perspectivas de construção de si. Também, estão relacionadas às fragilidades das relações familiares, as implicações de gênero e as situações de violência.

Diante do vivido e inspirado na filosofia heideggeriana será apresentada uma proposta de cuidado em saúde que resgate os pressupostos do cuidado ontológico, com vistas a despertar nos profissionais a renovação das práticas de saúde. Pretende-se apresentar pressupostos e criar possibilidades e espaços de questionamento e desnaturalização. Ainda, almeja-se que possa refletir identidades eu-outro e as mútuas responsabilidades frente ao *projeto de felicidade*. Nesta direção, com uma perspectiva emancipadora denomina-se a proposta de cuidado como “Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado”.

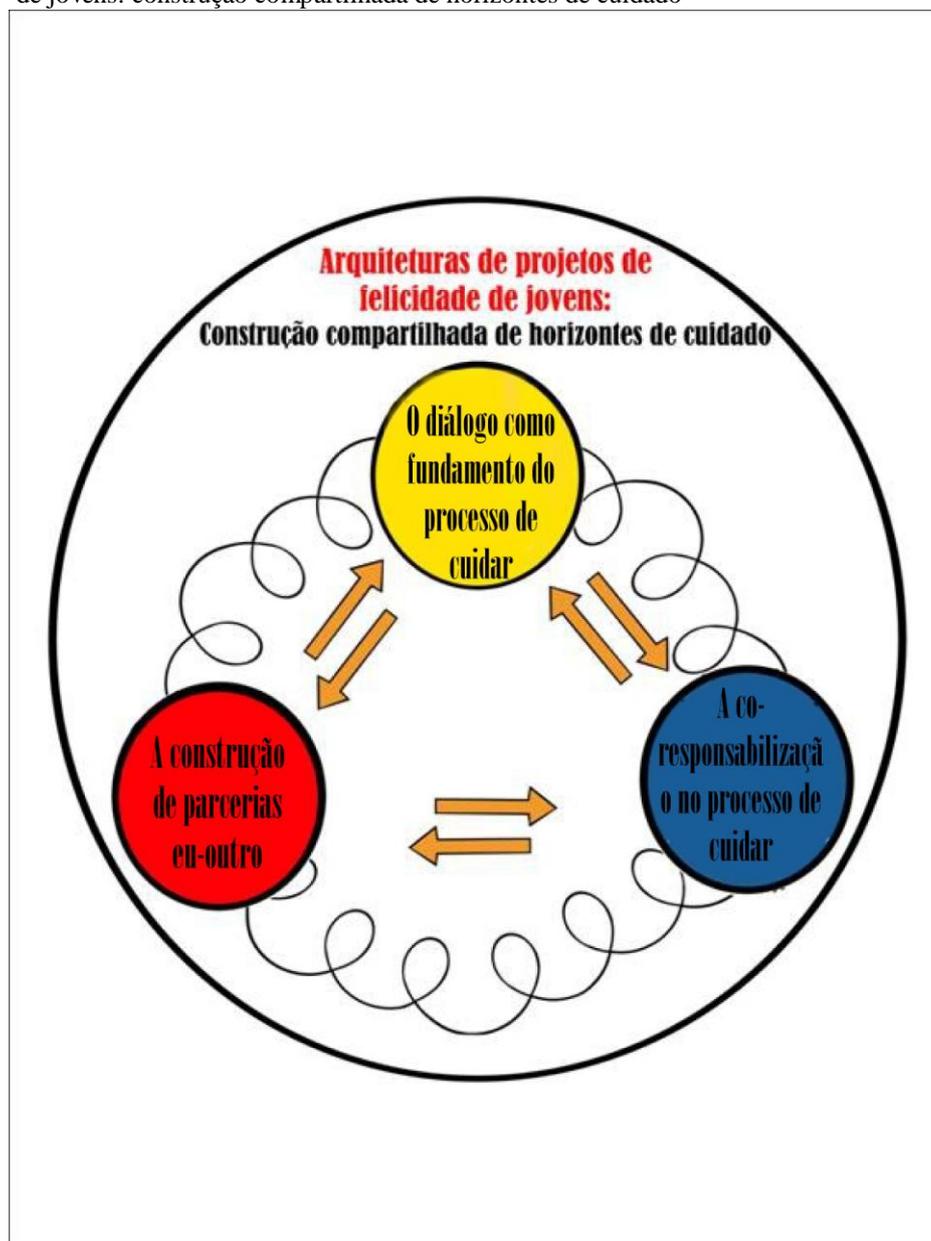
### **6.1 Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado**

A proposta é construída pela criação de um cenário que permita aos profissionais e aos jovens vislumbrar perspectivas efetivas para encontros de cuidado, considerando que na inter-relação com os outros é possível acessar os *projetos de felicidade*. Destaca-se a enfermeira como protagonista nessa proposta de cuidado aos jovens, buscando bases epistemologias e teóricas para ressignificar o cuidado de jovens nos serviços de saúde.

A proposta tem como desenho a descrição de três eixos de sentidos, fundados na perspectiva do cuidado ontológico, com foco nos *projetos de felicidade*. São eles: 1. O diálogo como fundamento do processo de cuidar; 2. A construção de parcerias eu-outro; 3. A co-responsabilização no processo de cuidar. Os eixos servem de apoio para as discussões e como possibilidades de vislumbrar os fundamentos do cuidado e as possíveis interfaces teóricas, sobretudo as situações de vulnerabilidade.

Nesse sentido, cada eixo será apresentado a partir de uma breve descrição, seguido de propostas para sua concretização. Os eixos apresentam uma circularidade, têm uma relação de interdependência, especialmente por serem horizontes, os quais não têm início e fim. A figura abaixo mostra a interdependência relacional deles para a realização do cuidado em saúde.

Figura 1 – Eixos da proposta de cuidado em saúde Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado



Fonte: RESTA, 2012.

a) O diálogo como fundamento do processo de cuidar;

**Descrição:** a dimensão dialógica é a mais básica condição para um processo de efetivo de cuidado. Nesse sentido, um passo fundamental para cuidar de jovens é ir ao encontro deles,

mostrar interesse, disponibilidade e abrir-se ao diálogo. Nesta direção, o termo movimento é entendido como a possibilidade de encontro, de interação, a partir da presença do outro. Nesse processo, não existe uma rotina pré-estabelecida, com diálogo e liberdade, as identidades vão se construindo na presença e na relação com o outro. O movimento, a interação e a identidade são horizontes que devem mover-se continuamente, num constante devir. Para acessar esse horizonte é importante a valorização do diálogo e da juventude como um espaço legítimo de cuidado, considerando tratar-se de uma etapa que reflete a construção de si na relação com o outro e nos sentidos atribuído as suas experiências.

### **Propostas:**

- Buscar espaços que sirvam para esses encontros, seja na comunidade, na escola ou nos serviços de saúde. Espaços físicos e humanos que respondam às expectativas para a interação e a construção de identidades. Podem ser lugares abertos ou fechados que primem por encontros individuais e coletivos, mas, sobretudo, que se legitimem como espaços permanentes e concretos de cuidado dirigidos a juventude.
- Realizar a aproximação efetiva com os jovens, por meio de uma escuta sensível, na presença do outro, face a face. A aproximação e abertura de um autêntico interesse em ouvir o outro é balizado pelo respeito aos direitos humanos e à cidadania.
- Utilizar de recursos audiovisuais, dinâmicas, atividades lúdicas, podem servir de importante recursos para o diálogo, como potencializador no relato das experiências relativas a sexualidade dos jovens.
- Favorecer a construção de identidades na interação e na percepção de si e do outro, como recurso para acessar os *projetos de felicidade*.
- Fomentar discussões nas equipes de saúde sobre o cuidado em saúde na perspectiva epistemológica e teórica, resgatando a dimensão dialógica e a produção de subjetividades.

b) A construção de parcerias eu-outro;

**Descrição:** a construção e negociação são elementos intrínsecos à concepção de cuidado como ontologia do ser. Além de supor a presença diante de outro, compreende a

noção de construção e negociação sem um lugar de chegada pré-estabelecido. As experiências vividas, as condições ou situações que se almejam alcançar ou manter são negociadas, construídas e desenhadas por meio do que chamamos de *projeto de felicidade*. Segundo Ayres (2004, 2006) o *projeto de felicidade* pode ser compreendido como um contínuo devir, aberto, em negociação na medida em que os procedimentos, ou resultados das tecno-ciências da saúde encontram-se articulados aos valores associados a uma vida boa. Nesse sentido, justifica-se a necessidade de plasticidade, ou seja, a capacidade de transformação dos projetos de vida e da aposta intensificada pelo desejo de um vir-a-ser.

### **Propostas:**

- Considerar que a construção e a negociação incluem as relações de identidade entre profissionais e jovens, que são complexas e por vezes conflitantes. O processo de construção e negociação passa pela percepção de quem se é ou se busca ser e é carregado de significados.
- Identificar nas relações de cuidado as potencialidades tecnológicas e as sabedorias práticas que as mediam. Avaliar o sentido das orientações nas experiências relatadas e as adequações aos *projetos de felicidade*.
- Valorizar a sabedoria da experiência dos jovens e reinventar as práticas de saúde estabelecidas em nível programático, buscando o surgimento de outras e novas propostas.
- Dar visibilidade a dimensão subjetiva no processo de diálogo, uma vez que é reveladora da sabedoria da experiência.
- Estabelecer metas, projetos e desejos que mantenham o espaço de estar com os jovens em contínua produção.

c) A co-responsabilização no processo de cuidar;

**Descrição:** as relações de cuidado estabelecem compromissos que se tornam inseparáveis entre as pessoas que negociam e os constroem. Assim, os projetos de vida adquirem sentido enquanto puderem seguir sendo no tempo, para além da racionalidade técnica. Nesse sentido, cuidar por meio de um espaço dialógico de construção mútua, exige responsabilização com o *projeto de felicidade*. Quando se decide escutar e dialogar com o

outro é necessário assumir a responsabilidade pelo outro. A responsabilidade também pode garantir confiança e motivação para as ações em saúde, compartilhadas ao longo do tempo.

### **Propostas:**

- Buscar a permanência de uma agenda de cuidado à saúde para a juventude, nos diferentes níveis de atenção à saúde.
- Favorecer que a temporalidade possa ter reflexos sobre o *projeto de felicidade* dos jovens, incentivando à escolarização, à aquisição de competências profissionais, desenvolvimento de talentos, atividades de lazer e socialização e a consciência, promoção e defesa de direitos humanos e cidadania.
- Buscar interfaces entre as experiências de vida dos jovens e os conhecimentos tecnológicos, evitando que as informações e as pactuações percam o sentido no decorrer do tempo.
- Destacar nas relações de cuidado a responsabilidade assumida entre os jovens e os profissionais com os *projetos de felicidade* ao longo do tempo. Na relação dialógica com o outro os *projetos de felicidade* passam a ser produções coletivas.

Nessa perspectiva, como um apontamento, sem caráter de finalização o cuidado está sempre a exigir de nós uma atitude de verdadeira abertura para o outro. Como contribuição construiu-se essa proposta como um espaço para reflexão e um horizonte para as práticas de saúde relativas à juventude. É um desafio que exige cautela, sobretudo nos campos conceituais da ontologia fundamental do cuidado (HEIDEGGER 2005; AYRES, 2011). Nesse sentido, esperando as potencialidades dos resultados do estudo chegou-se à arquitetura desse cenário, que representa o horizonte de cuidado aos jovens no que se refere à sexualidade. O desenho apresenta a enfermeira como protagonista desses horizontes de cuidado. O profissional enfermeiro além de sua competência para cuidar dos jovens, também é um articulador do conhecimento teórico e prático no processo de cuidar nas equipes de saúde.

Figura 2 – Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de Horizonte de cuidado.



Fonte: RESTA, 2012.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do estudo foi conhecer e interpretar as experiências dos jovens em relação à sexualidade, na perspectiva da vulnerabilidade, compreender as informações recebidas por eles e as situações de vulnerabilidades implicadas nesse processo.

As abordagens teóricas e metodológicas utilizadas permitiram a compreensão das experiências, das informações e das vulnerabilidades dos jovens inscritos, principalmente nas dimensões sociais e de gênero, destacando a grande vulnerabilidade programática, vinculada às ofertas de cuidado em saúde. Nesse sentido, o desempenho das estratégias escolhidas se mostrou satisfatório diante do propósito de defender a tese de que o cuidado em saúde se efetiva no ponto de convergência dos conhecimentos técnico-científicos com as experiências relacionadas à sexualidade dos jovens.

As entrevistas realizadas oportunizaram o acesso aos jovens e mostraram que a produção subjetiva é um elemento fundamental para o cuidado em saúde, possibilitando a criação de uma relação dialógica. O processo de coleta de informações se revelou como um espaço concreto de cuidado, na medida em que a abertura ao diálogo e a construção coletiva nortearam sua realização.

Vale destacar que o conhecimento e as experiências prévias da pesquisadora com a temática permitiram uma melhor aproximação com as informações e a contextualização teórica para a análise. Incitar discussões com a juventude exige uma postura de acolhimento, abertura e sensibilidade, indicativos para o cuidado em saúde. Contudo, a cada contato com os jovens surgiam elementos novos de fazer pesquisa e de relacionar-se com os jovens. Foram muitos aprendizados e desafios tanto acadêmicos como profissionais e pessoais.

A perspectiva teórica utilizada possibilitou reflexões significativas ao logo do estudo. O quadro conceitual da vulnerabilidade proporcionou um olhar ampliado das experiências relativas à sexualidade dos jovens. As definições de cuidado em saúde permitiram a compreensão das situações de vulnerabilidade e as reflexões sobre uma proposta de cuidado que sirva de horizonte para os serviços de saúde. O enfoque social adotado para compreensão da juventude e da sexualidade favoreceu as reflexões no contexto estudado.

Deste modo é possível fazer uma avaliação da adequação teórica e metodológica, destacando como contribuição a compreensão de um tema complexo e polêmico como a sexualidade na juventude para os serviços de saúde. As reflexões apresentadas no capítulo Cuidado em saúde: um espaço para construção de si mesmo na juventude e a proposta Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de horizontes de

cuidado, mostraram-se como um ponto de destaque do estudo e um repensar para as práticas de saúde.

As experiências dos jovens no campo da sexualidade estão implicadas na construção de si, relevando-se fundamentais no processo de autonomia juvenil. Permitem as sensações de estar construindo seus relacionamentos fora de casa, com os amigos e com os vínculos afetivo-sexuais. As experiências oportunizam aos jovens estar com os outros, em contínua relação de aprendizado e descobertas. Esse movimento é marcado, principalmente pelas construções sociais, culturais e de gênero que circunscrevem as características do jovem e da família. A identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento na relação com o outro no mundo.

Nesta direção, constatou-se que as experiências dos jovens estão desarticuladas dos saberes técnico-científicos. São consideradas como um caminho solitário, com poucas oportunidades de ressignificação e apoio dos serviços de saúde. Acontecem, em geral, fora de casa e também distanciadas do cuidado profissional. Assim, agregar as experiências dos jovens no cotidiano dos serviços se mostrou como um horizonte de cuidado.

Como desdobramentos das experiências apareceram as vivências do namoro, dos beijinhos e do ficar consideradas os primeiros ensaios nas relações afetivo-sexuais. Ocorre a troca de carícias, expressões de carinho, paixões, conhecimento e exploração do seu corpo e do outro, conversas com o parceiro, sentimentos novos e descobertas. Constituem-se o terreno mais emblemático da experimentação e da construção de autonomia e se revelaram pouco explorados pelos profissionais de saúde e educação. O namoro e o ficar são espaços que se associam à construção da juventude, mostrando suas movimentações e suas aspirações enquanto possibilidades de estar no mundo.

A ocorrência das relações sexuais foi revelada em torno de duas situações, assumindo diferentes significados para os jovens. Elas estão associadas ao não planejamento e à imprevisibilidade ou se vinculam à dimensão afetivo-relacional. Nessa direção, revelam as diferentes formas de gerir o cotidiano, sobretudo com destaque aos atravessamentos culturais, de gênero e sociais. Nesse caso, a relação sexual subordinada aos relacionamentos afetivos apareceu predominantemente nas experiências das jovens, embora a imprevisibilidade represente vivências de ambos. As implicações das relações de gênero são evidenciadas com forte expressão entre as experiências relatadas, merecendo uma análise em profundidade, sugerida como seguimento do estudo.

As aspirações dos projetos de vida dos jovens, além de revelar suas condições de estar no mundo se aproximaram consideravelmente dos aspectos do cuidado em saúde, uma vez

que se revelaram muito próximas das concepções de temporalidade, responsabilização, *projetos de felicidade*. As perspectivas de futuro, também foram associadas aos desejos de independência econômica por meio da perspectiva da formação profissional. Ainda, a vontade de efetivar o casamento, também, aparece como uma das metas dos jovens. Nesse sentido, percebeu-se que as experiências relativas à sexualidade estão muito próximas dos projetos de vida, confirmando a concepção de que o ser humano pode ser compreendido como um contínuo projetar-se a partir e para o vivido.

No que se refere às informações relativas à sexualidade percebeu-se que os significados atribuídos são construídos, sobretudo nas relações com os amigos ou familiares que se revelaram os principais informantes. Os serviços de saúde e os profissionais não foram listados como representantes desses conhecimentos, principalmente em função de não ultrapassarem o sentido biológico das orientações. Há um descompasso entre as informações em saúde e as experiências dos jovens, que podem estar relacionadas às dificuldades de abertura para o diálogo e a criação de encontros de cuidado. Assim, identificou-se a necessidade de uma discussão ampliada entre os atores, atentando, especialmente, para o conteúdo das informações e a forma como são elaboradas e dirigidas.

As situações de vulnerabilidade identificadas se relacionam especialmente à fragilidade dos serviços, das instituições sociais e da família. Ainda, estão assentadas nas relações de gênero, na estruturação familiar, nos casos de violência e na invisibilidade dos serviços, principalmente no segmento saúde.

As situações de vulnerabilidade familiar, entendida como a carência de afeto, de aconchego, de apego e pertencimento, emergem com destaque entre as demais situações de vulnerabilidade. As situações de vulnerabilidade familiar exigem atenção a esta instituição social que se encontra em crise, especialmente, no que se refere à responsabilidade, promoção e defesa dos direitos juvenis. A temática da sexualidade se revelou como uma das situações que se inserem no contexto familiar com dificuldades. Nos jovens que convivem com uma privação das interações familiares percebeu-se uma repercussão negativa, que interfere nos processos de identidade e autonomia.

As relações de gênero e as situações de violência foram condições de vulnerabilidade marcantes, na medida em que seus reflexos ultrapassam as dimensões deste estudo. A subordinação, o descaso e negligência com esses jovens revelam suas fragilidades existenciais e quanto ainda é necessário avançar para a compreensão de algumas possibilidades de ser e estar no mundo, sobretudo a partir das noções de dignidade, igualdade e proteção de direitos.

A mediação para esse desafio será sempre garantir encontros de cuidado que primem pela valorização do processo e vislumbrem horizontes capazes de discutir os direitos humanos, pactuando abordagens norteadas pela igualdade quando ela se mostrar indispensável, assim como orientadas pela diferença, nos momentos em que consiga aproximar-se de uma perspectiva emancipatória.

As situações de vulnerabilidade programática mostraram que os jovens estão institucional e politicamente desprotegidos, revelando a conexão dessa vulnerabilidade com as demais. Nesse sentido, sugere-se que ela seja útil para situar a limitação das ações programáticas e para despertar a necessária valorização das experiências dos jovens. Os indicativos mostram que, além da criação de espaços coerentes com as demandas da juventude, é necessária a sensibilização das equipes de saúde para inclusão de um referencial de cuidado direcionado aos fundamentos do ser, destacando as relações de gênero, as situações de violência, as relações familiares e outras situações de vulnerabilidade próprias dos diversos contextos culturais. Considera-se de suma importância a inserção da enfermeira nas práticas de cuidado aos jovens, sobretudo da sua potencialidade para o resgate do cuidado humano.

Esses resultados demonstram a necessidade de um processo educativo contínuo dirigido aos profissionais, que ouse transformar o conhecimento técnico em caso pessoal, buscando a subjetivação do conhecimento e as efetivas relações de cuidado. Nesse sentido, espera-se que o desenho mostrado no capítulo anterior sirva de propulsor dessas reflexões e que vislumbre oportunidades para renovação das práticas de saúde, minimizando, em alguma medida as situações de vulnerabilidade.

O desenvolvimento do estudo teve a intenção de aprofundar o conhecimento sobre a temática, lançando-se a olhares ampliados sobre o processo e incluindo uma diversidade de referenciais que podem possibilitar sua exploração. Nesse sentido, buscou-se, mesmo que de maneira breve, recursos teóricos na perspectiva da vulnerabilidade, do cuidado em saúde, da sexualidade, de gênero, as construções sobre família e violência, além de toda complexidade que cerca a temática da juventude.

Acredita-se que os resultados poderão servir de base para pesquisas posteriores que discutam a temática da sexualidade na juventude e as possibilidades de cuidado em saúde. Nesta direção, tem-se a intenção de divulgar os resultados desse estudo e buscar oportunidades para propor mecanismos que viabilizem a concretude das relações de cuidado. O espaço da docência e da pesquisa proporcionam borrimentos, criação, expressão da criatividade e da sensibilidade por meio da produção de conhecimentos. O retorno a esse

ambiente faz desse momento de considerações finais uma janela de oportunidades, assim como a ideia da afirmativa utilizada no título do estudo: “em relação ao sexo tudo é curioso“(J5).

Encaminhando, então, para o final do estudo quero enfatizar o potencial renovador do cuidado em saúde, revelado como resgate da dimensão humana por meio das experiências dos jovens. Ao buscar responder aos objetivos do estudo, o cuidado assumiu uma perspectiva reconstrutiva das práticas de saúde. Assim, investiu-se na aposta de que existe uma potencialidade reconciliadora entre os conhecimentos da ciência e as experiências dos jovens, construindo *projetos de felicidade* no mundo. Desta forma, este desejo se incorpora e me fortalece para encarar os desafios pessoais e profissionais na perspectiva do encontro comigo e com o outro.

## 8 RECOMENDAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados apresentam potencialidades para o tema de estudo. Diante disso é possível traçar algumas recomendações para o aprimoramento das práticas de cuidado em saúde para a juventude. A seguir são apresentadas recomendações para o ensino, as práticas de cuidado em saúde, a pesquisa e extensão.

### Ensino

- Valorizar a juventude como um campo de saber e produção de experiências.
- Inserir temas sobre juventude e sexualidade nos cursos de graduação e pós-graduação, incluindo abordagens teóricas e práticas.
- Sensibilizar, ainda na formação acadêmica, a abertura de espaços nos processos de trabalho da enfermagem para o cuidado dos jovens.

### Práticas de Cuidado em saúde

- Criar espaços para os jovens no ambiente da Atenção Básica, nas internações hospitalares e nos ambulatórios.
- Viabilizar a aplicação dos pressupostos de cuidado em saúde para a juventude.
- Oportunizar processos de Educação Permanente em Saúde aos profissionais de saúde e educação, sensibilizando-os para estabelecer relações de cuidado com os jovens.
- Construir, a partir dos resultados do estudo e das diferentes realidades, intervenções que se aproximem das necessidades dos jovens.
- Motivar os enfermeiros para abrir suas agendas de trabalho para os jovens.
- Implementar a proposta de cuidado Arquiteturas de *projetos de felicidade* de jovens: construção compartilhada de horizontes de cuidado, buscando avaliar a sua aplicabilidade.

### Pesquisa e extensão

- Desenvolver outros estudos que avaliem a aplicação dos pressupostos de cuidado nas práticas de saúde.
- Ampliar as discussões sobre as relações de gênero, família e violência, por meio da realização de outros estudos.
- Estabelecer parcerias com as instituições sociais como escolas, programas educativos e famílias.
- Desenvolver ações de extensão que possibilitem o retorno dos resultados para a juventude estudada.
- Fomentar outras questões de pesquisa que possam intensificar a valorização do espaço da juventude no campo da saúde
- Discutir com as enfermeiras a construção de horizontes de cuidado em saúde para a juventude.

Diante do exposto, fica o desejo que este estudo possa ser inspirador de outras reflexões e aventuras para o ensino, as práticas de cuidado em saúde, a pesquisa e extensão, sobretudo como espaços de criação e não apenas de contestação.

## REFERENCIAS

- ABRAMO, H.W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Campinas, v. 6, n. 5, p. 25-36, set. 1997.
- ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002. 192 p.
- ALMEIDA, A.F.F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 4, n. 41, p. 565-572, ago. 2007.
- ALTMANN, H.; MARTINS, C.J. Educação sexual: ética, liberdade e autonomia. **Educar**, Curitiba, v.1, n.35, p.63-80, jul. 2009.
- ALVES, C.A.; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidade no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.661-670, abr. 2009.
- ALVES, R. **Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras**. 14. ed. Loyola: São Paulo, 2009, 223 p.
- ANÉAS, T.V.; AYRES, J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde. Interface comunicação saúde educação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.15, n.38, p.651-662, jul.-set. 2011.
- AQUINO, E.M.L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 377-388, nov. 2003.
- ARCANJO, C.M.; OLIVEIRA, M.I.V.; BEZERRA, M.G.A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza – Ceará. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Fortaleza, v.11, n.3, p.445-451, set. 2007.
- ARECO, N. M. et al. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 1, n. 23, p. 103-113, maio 2001.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1981.
- ÁVILA, M.B. Cidadania, direitos humanos e direitos das mulheres. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S.G. **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Editora 34, 2002. p. 121-142.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, SF. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2006, 416p.
- \_\_\_\_\_. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface –Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 117-120, fev. 2000.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do)humano e as práticas de saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.

\_\_\_\_\_. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 11, p.11-24, ago. 2002.

\_\_\_\_\_. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 237 p.

\_\_\_\_\_. Uma concepção hermenêutica da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 43-62, jan.-abr. 2007.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003, p. 117-139.

AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J. AIDS, Vulnerabilidade e prevenção. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **II Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de Aids**. 1997, p. 20-37.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; JR, I.F. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, JR.; BUCHALLA, C.M. (Orgs). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro I Da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. 320 p.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.; Curitiba; Juruá. 2012. 320p.

BERQUO, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, ago. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 out. 2012.

BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, jan. 2002.

BORGES, A.L.V. **Adolescência e vida sexual**: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do Município de São Paulo. 2004.185 f. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, L.Y.I.; SHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sóciofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 14, p. 422-427, maio-jun. 2006.

BORGES, A.L.V.; SHOR, N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 23, p. 225-234, jan. 2007.

BORGES, A.L.V.; SHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 499-507, mar.-abr. 2005.

BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 172 p.

BOZON, M.; HEILBORN, M.L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p:156-205.

BRANCO, V.M.C. **Emoção e razão: os sentidos atribuídos por profissionais de saúde à atenção ao adolescente**. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BRANDÃO, E.R. Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 14, p. 1063-1071, jul.-ago. 2009.

\_\_\_\_\_. **Individualização e vínculo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência**. 2003. 320 folhas. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_. Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil. In: HEILBORN, M.L. (Org). **Família e sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 63-86.

BRANDÃO, E.R et al. Juventude e família: reflexões preliminares sobre a gravidez na adolescência em camadas médias urbanas. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 159-180. 2001.

BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 47 p.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: Senado Federal, 1990. 96 p.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça: **Lei número 9610/98 de 19 de fevereiro de 1998**. Lei dos Direitos Autorais. Disponível em: < <http://www.mdic.gov.br>>. Acesso em: 24 jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**, Brasília 1999. Disponível em: < [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_juventude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_juventude.pdf)>. Acesso em: 15 set. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: DF, 2004. 82 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco legal.** Saúde, um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial.** Saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens.** Orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Marco teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão.** IBGE. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/crianca\\_adolescentes](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/crianca_adolescentes)> . Acesso em: 30 de out. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids.** Brasília, DF, 2008. Disponível em <: <http://www.aids.gov.br/main.asp>>. Acesso em: 30 out. 2008.

BRASIL, Projovem Adolescente. **Adolescências, juventudes e socioeducativo: Conceções e fundamentos.** 1. ed. Brasília, 2009.

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, DP; MUROYA, RL. Conhecimentos de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis: subsídios para prevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 786-792, nov.-dez. 2009.

BRÊTAS, J.R.S.; PEREIRA, S.R. Projeto de extensão universitária: um espaço para formação profissional e promoção da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 317-327, jun. 2007.

BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde.** Curitiba: Editora Juruá, 2012, 320 p.

CABRAL, C.S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 283-292, ago. 2003.

CAMARGO, B. V.; BARBARÁ, A. Efeitos de panfletos informativos sobre a Aids em adolescentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 30, n. 3, p. 279-387, set.-dez. 2004.

CAMARGO, B.V.; BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v.41, n.1, p. 61-68, set. 2007.

CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Comparação da vulnerabilidade em relação ao HIV de estudantes da escola pública e particular. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 4, n. 23, p. 369-379, out.-dez. 2006.

CAMARGO, B.V.; GIACOMOZZI, A.I.; WACHELKE, J.F.R.; AGUIAR, A. Relações amorosas, comportamento sexual e vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e brancos em relação ao HIV/Aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 19, p. 36-50, dez. 2010.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Editora Cultrix, 1982, 447 p.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004, 426p.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S.S.; FERRI, C.P.; BARROS, M.C.M.; GUINSBURG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.177-186, dez. 2007.

COIMBRA, C.C.; BOCCO, F.; NASCIMENTO, M.L. Subvertendo o conceito de adolescência. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 02-11, jun. 2005.

COSTA, M.C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. 2012. 317 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

COSTA, M.V. Uma agenda para jovens pesquisadores. In: COSTA, MV. **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. 83-109.

CROSSETTI, M.G.O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial da enfermagem**. 1997. 167 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

DAADORIAN, D. A gravidez e o desejo na adolescência. **Femina**, Brasília, v.30, n.2, p. 133-134, 2002.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept vulnerability. **Social Science e Medicine**, Bethesda, v. 11, n. 50, p. 1557-1570, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

DE LOOZE, M. et al. Practices and Adolescent Risk Behavior: Rules on Smoking and Drinking Also Predict Cannabis Use and Early Sexual Debut. **Prevention Science**, v.6, n. 13, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.springerlink.com/content/m55q5483074n687u/>>. Acesso em: 15 out. 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.(Org.). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa – Teorias e Abordagens**. 2.ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2006.

FELICIANO, K.V.O. **Prevenção da aids entre jovens: conflitos entre os discursos técnicos e a prática cotidiana de escolares da Região Metropolitana do Recife**. 2001. 107 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva ) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

FELICIANO, K.V.O. Prevenção da Aids entre os jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 5, p. 429-438, out.-dez. 2005.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. 528p.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988, 176p.

FRANCISCO, M.T.R. et al. O carnaval vai contagiar: DST/AIDS e práticas sexuais no Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro v. 1, n. 12, p. 30-37, abr. 2004.

GERA, N.F. **Gravidez na adolescência: conhecimentos e usos de métodos anticoncepcionais entre adolescentes de baixa renda**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

GEVERS, A. 'I think it's about experiencing, like, life': a qualitative exploration of contemporary adolescent intimate relationships in South Africa. **Culture, Health and Sexuality**, Cape Town, v.14, n.10, p.1125-1137, set. 2012.

GONTIJO, D.T.; MEDEIROS, M. Crianças e adolescentes em situação de rua: contribuições para a compreensão dos processos de vulnerabilidade e desfiliação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 14, p. 467-475, abr. 2009.

HEIDEGGER, M. **Ensaio e Conferências**. Trad. Emmanuel Carneiro Leão, Gilvan Fogel, Marcia Sá Cavalcante Schuback. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2010, 269 p.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 13. ed. Petrópolis: Vozes. 2005

HEILBORN, M.L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M.L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999, p. 40-59.

HEILBORN, M.L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; BOZON, M.; KNAUTH, D.R. (orgs). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2006. p. 30-59.

HEILBORN, M.L, BRANDÃO, E.R. Introdução: Ciências Sociais e Sexualidade, In: HEILBORN, M.L (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999,17p.

HEILBORN, M.L.; AQUINO, E.M.L.; KNAUTH, D.R. Juventude, sexualidade e reprodução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p. 1362-1363, jul. 2006.

HEILBORN, M.L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.57-68, abr. 2012.

HENSHAW, S.K. Teenage abortion and pregnancy statistics by state, 1992. **Family Planning Perspectives**, New York, v.29, n.3,p.115-122, jun. 1997.

HOGA, L.A.K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n.2, p.280-286, abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2007**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 27 maio 2009.

INSTITUTO PAPAÍ. **Exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Caminhos para a construção de outros olhares sobre a adolescência**. Recife: Instituto Papai, 2005.

JARDIM, D.P.; BRÊTAS, J.R.S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira-SP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 59, p. 157-162, mar.-abr. 2006.

KNAUTH, D. et al. As trajetórias afetivo-sexuais: encontros, uniões e separação. In: HEILBORN, M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 269-306.

KNAUTH, D. et al. Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In: HEILBORN, M.L. et al. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006, p. 269-306.

KONIG, A.B.; FONSECA, A.D; GOMES, V.L.O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n.2, p. 405-413, jun. 2008.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**, 4. ed.São Paulo: Atlas, 2004.

LANG, D.L. et al. Rape victimization and high risk sexual behaviors: longitudinal study of african-american adolescent females.**Western Journal of Emergency Medicine**, Atlanta, v.12, n.3, p.333-342, jul. 2011.

LEAL, A.F.; KNAUTH, D.R. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 (supl 7), p. 1375-1384, jul. 2006.

LEÃO, G.; DAYRELL, J.T.; REIS, J.B. Juventude, projetos de vida e ensino médio. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.32, n.117, p.1067-1084, out.-dez. 2011.

LIMA, C.T.B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação a gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 71-83, jan.-mar. 2004.

LOPES, R.E. et al. Juventude pobre, Violência e Cidadania. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 17, p. 63-76, jul.-set. 2008.

LOPEZ, V. Pathways to sexual risk taking among female adolescent detainees. **Journal of Youth and Adolescence**, Tempe, v.40, n. 8, p.945-957, ago. 2011.

LOURO G. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma abordagem pósestruturalista. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.179 p.

LYONS, H. et al. Identity, peer relationships, and adolescent girls' sexual behavior: an exploration of the contemporary double standard. **Journal of Sex Research**, Oakland, v.48, n.5, p. 437-449.2011.

MACHADO, H.B.; LUENEBERG, C.F.; RÉGIS, E.; NUNES, M.P.P. Abuso sexual: diagnóstico de casos notificados no município de Itajaí-SC, no período de 1999 a 2003, como instrumento para a intervenção com famílias que vivenciam situações de violência. **Texto e Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 14 (Esp.), p. 54-63, nov. 2005.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1807-1816, nov.-dez. 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 246-255, abr.- jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 Out. 2010.

MARTINS, L.B.M et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo/Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 22, p. 315-323, fev. 2006.

MATOS, M.; FERES-CARNEIRO, T.; JABLONSKI, B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 1, n. 9, p. 21-33, jan.-jun.2005.

MENANDRO, M.C.S.; TRINDADE, Z.A.; ALMEIDA, A.M.O. Representações sociais da adolescência/juventude a partir de textos jornalísticos (1968-1974 e 1996-2002). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 42-55, jun. 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura, 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006, 662p.

MEYER, D.E. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 57, p. 13-18, jan.-fev. 2004.

MEYER, D.E.E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MEYER, D.; KLEIN, C.; ANDRADE, S.S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.1, n.46, dez. 2007.

MILBURN, N.G. et al. A family intervention to reduce sexual risk behavior, substance use, and delinquency among newly homeless youth., **Journal of Adolescence Health**, Califórnia, v.50, n.4, p.358-364, abr. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S, org., DESLANDES. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 1, n. 1, p. 91-102, maio-ago. 2001.

MOIZÉS, J.S.; BUENO, S.M.V. Compreensões sobre sexualidade e sexo nas escolas segundo professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 44, p. 205-212, mar. 2010.

MONTANARI, P.M. Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Cadernos da juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, v. 1, n.1, p.97-108, ago. 1999.

MONTEIRO, C.F.S. et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.4, p.373-376, jul. 2007.

MOREIRA, T.M.M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.2, p. 312-320, jan. 2008.

MORRISON-BEEDY, D.I.; CAREY, M.P.; ARONOWITZ, T. Psychosocial correlates of HIV risk behavior in adolescent girls. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 32, p. 94-101, jan.-fev. 2002.

MOTTA, M.G.C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família, hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais.** 1997. 207 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Florianópolis: UFSC/Centro de Ciências da Saúde, 1997.

MOULIN, A.M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A; COURTINE, J.J; VIGARELLO, G. (Orgs). **História do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2008, p.14-21.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R. Iniciação sexual masculina: conversas íntimas para fóruns privados. **Ciência e Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 1101-1110.2009.

NOLL, J.G. et al. Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, Providence, v. 36, n.7, p. 743-52, ago. 2011.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p. 185-188, jan.-fev. 2011.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.3, p. 423-431, maio-jun. 2005.

OLIVEIRA, D.L.L.C. The use of focus groups to investigate sensitive topics: an example taken from research on adolescent girls' perceptions about sexual risks. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3093-3102, jul. 2011.

OLIVEIRA, M.T.; SAMICO, I.; ISHIGAMI, A.B.M.; NASCIMENTO, R.M.M. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 15, p. 166-178, mar. 2012.

ONYEONORO, U.U. et al. Sources of sex information and its effects on sexual practices among in-school female adolescents in Osisioma Ngwa LGA, south east. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, Nigeria, v.24, n.5, p.294-299, out. 2011.

OSÓRIO, L.C. **Família hoje.** 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156p.

PAI, H.C.; LEE, S.; YEN, W.J. The effect of sexual self-concept on sexual health behavioural intentions: a test of moderating mechanisms in early adolescent girls. **Journal of Advanced Nursing**, Tainan, v. 68, n.1, p. 47-55, jan. 2012.

PAIVA, V. et al. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? **Cuadernos Mujer Salud**, Caribe, v. 3, p.34-38.1998

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 16, p. 4199-4210, out. 2011.

PAIVA, V. Cenas da vida cotidiana: metodologia para compreender e reduzir a vulnerabilidade na perspectiva dos direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J.R.;

BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Editora Juruá, 2012, 320 p.

PECHANSKYA, F.; SZOBOTA, C.M.; SCIVOLETTOB, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26 (supl 1), p. 14-17, maio, 2004.

PERSONA, L.; SHIMO, A.K.K, TARALLO, M.C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** Ribeirão Preto, v.12, n.5, p.745-750, out. 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 5. ed., 2004.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.2, p. 247-256, maio-ago. 2007.

PRATES, C.S. **Autonomia nas experiências de anticoncepção de múltiparas pobres**. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RESTA, D. G. **O adolescer e as formas de cuidado com a saúde: a voz de jovens e familiares**. 2006. 147 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, 2006.

RESTA, D. G.; MARQUI, A. B. T; JAHN, A. C.; COLOMÉ, I. C. S. **Conhecendo o contexto de vida de adolescentes grávidas**. 2008.17f. (Projeto de Pesquisa). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, 2008.

RESTA, D. G.; MOTTA, M. G. C. Compreendendo o adolescer empregando o Método Criativo e Sensível: uma possibilidade de pesquisar em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 283-290. 2007.

RESTA, D.G. et al. Maternidade na adolescência: significados e implicações. **Revista Mineira de Enferm**, Minas Gerais, v.14, n.1, p.68-74.2010.

RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.1,p. 30-35, jan-fev. 2006.

RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p. 456-464, mar.-abr. 2004.

RIBEIRO, J.S.B. “Brincar de osadia”: sexualidade e socialização infanto-juvenil no universo de classes populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19 (supl 2), p. 345-353, out. 2003.

RIETH, F. A iniciação sexual na juventude de mulheres e homens, **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre v. 8, n.17, p.77-91, jun. 2002.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ROQUE, E.M.S.T.; FERRIANI, M.G.C. Desvendando a violência doméstica contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na Comarca de Jardinópolis - SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 10, p. 334-344, maio-jun. 2002.

SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 319-324, abr. 2007.

SANDERSON, C. **Abuso sexual em crianças**. São Paulo: M. Brooks do Brasil, 2005. 231.p.

SANTOS, V.A.; COSTA, L.F. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 4, n. 28, p. 529-537. 2011.

SANT'ANNA, D.B. **Fugir do próprio rosto**. In: RAGO, M. Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p. 87-97.

SANT'ANNA, A.; AERTS, D.; LOPES, M.J. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.120-129, jan.-fev. 2005.

SANTIN, S. Corporeidade, Prazer, Jogo: desafio para repensar o projeto antropológico. In: SANTIN, S. **Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento**. Porto Alegre: EST, 2001.

SCHOR, N. **Adolescência e anticoncepção** – conhecimento e uso. 1995. 186 f.Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios e outros dilemas. 1997. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SCHWARTZ, I.M. Sexual activity prior to coital initiation: a comparison between males and females. **Archives of Sexual Behavior**, New York, v. 28, n.1, p. 63-69, fev. 1999.

SCHWONKE, C.R.G.B.; FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.O. Vulnerabilidades de adolescentes com vivências de rua. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p. 849-855, out.-dez. 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 2, n. 20, p. 71-100. 1989.

SILVA, J.F. **“Quer teclar?”**: aprendizagens sobre juventudes e soropositividades através de bate-papos virtuais. 2012. 219 folhas. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SILVA, K.L.; DIAS, F.L.A.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 605-610, jul.-set. 2010.

SILVA, L.; TONETE, V.L.P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p. 199-206, abr. 2006.

SILVERMAN, D. **Um livro bom, pequeno e acessível sobre Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2010.220 p.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=46>>. Acesso em: 16 nov. 2008.

SOARES, R. **Namoro MTV: juventude e pedagogias amorosas/sexuais no Fica Comigo**. 2005. 175 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SPOSITO, M.P.; CARRANO, P.C.R. Juventude e políticas públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, v.1, p16-38, set.-dez.2003.

SZWARCWALD, C.L.; BARBOSA-JÚNIOR, A.; PASCON, A.R.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.; Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 14-54 years age group, 2004. **AIDS**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 21-28. 2005.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 282-290, jan.-fev. 2004.

TAQUETTE, S.R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras à DST/Aids. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 19, p. 51-62, dez. 2010.

TEIXEIRA, A.M.F.B.; KNAUTH, D.R.; FACHEL, J.M.G.; LEAL, A.F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas de jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 1385-1396, jul. 2006.

TOLEDO, M.M.; TAKAHASHI, R.F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M.C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 2, n. 64, p. 370-375, mar.-abr. 2011.

TORRALBA, F.R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

TAKIUTI. **A sexualidade e o plano de vida dos adolescentes em São Paulo**. 2011. (Projeto de Pesquisa) – São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2011.

TOLOU-SHAMS, M. et al. A review of HIV prevention interventions for juvenile offenders. **Journal of Pediatric Psychology**, Providence, v.35, n.3, p. 250-261, 2010.

TOLOU-SHAMS, M. The Role of Family Affect in Juvenile Drug Court Offenders' Substance Use and HIV Risk. **Journal of Child and Family Studies**, Providence, v. 21, n.3, p.449-456, jun. 2012.

TORRES, C.A.; BESERRA, E.P.; BARROSO, M.G.T. Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 296-302, jun. 2007.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. & PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 2, n. 14, p. 133-147, dez. 2002.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.80-88, jan.-fev. 2004.

UNICEF. **Relatório da Situação da Infância e Adolescência Brasileiras: diversidade e equidade**. Brasília, 2003. Disponível em < <http://www.unicef.org/brazil/>>. Acesso em: 16 out. 2005.

UNICEF. **Situação da Adolescência Brasileira**. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011. 182 p.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.201p.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004, 237p.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006, 96p.

VAN DEVANDER, N. et al. Gender Power Inequality and Continued Sexual Risk Behavior among Racial/Ethnic Minority Adolescent and Young Adult Women Living with HIV. **Journal of AIDS Clinic Research**, New York, v.1, n.1, p. 1-17, nov. 2011.

VILLELA, W.V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ (org). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.p.95-150.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11. p. 2467-2472, nov. 2006.

## APÊNDICE A- Dinâmica inicial – Primeiro contato situação vivencial

A história de Camila

Camila tem 15 anos e é a filha mais velha, numa família de três irmãos. A sua mãe é secretária de uma grande empresa e trabalha o dia inteiro; a noite, mesmo quando está atarefada, sempre encontra um tempinho para conversar com os filhos e ver se vai tudo bem com eles. O pai também trabalha o dia todo.

Quando terminou a 8ª Série, Camila foi com a família de sua melhor amiga passar as férias na praia. Era a primeira vez que ela viajava sem a sua própria família e por isso sua mãe lhe fez mil recomendações, mesmo confiando no bom senso da filha e acreditando que havia lhe dado todo o tipo de informação possível sobre sexualidade. O sol, a praia, o calor, tudo era maravilhoso e Camila sentia que estava vivendo o melhor período da sua vida. Teve certeza disso quando conheceu Tiago. Um menino de 18 anos, olhos cor de mel. O namoro corria solto, gostoso, atraente, até que um dia Tiago convidou Camila a ir na casa em que ele estava hospedado porque todo mundo tinha saído e eles poderiam ficar toda a tarde juntos, sozinhos e tranquilos. Camila pensou um pouco e resolveu aceitar. Afinal, estava apaixonada e se sentia preparada para iniciar sua vida sexual.

Quando chegou na casa de Tiago, Camila teve certeza que a transa ia rolar. Tiago estava super romântico. Foram para um canto da sala e começaram a se beijar e a se abraçar. Um dado momento Camila disse que era virgem, que não tomava pílula e que tinha medo de engravidar. Tiago acalmou-a dizendo que ninguém engravida na primeira vez que transa, que ele tinha certeza. Camila, então, lhe disse que sua mãe sempre lhe dizia que se cuidasse e que todo mundo deveria usar camisinha por causa da Aids. Tiago ficou nervoso: “Transar com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel” – disse ele. “Além do mais eu não sou homossexual, nem uso drogas. Não ponho camisinha de jeito nenhum”.

A Camila acabou topando e eles transaram sem prevenção nenhuma. As férias acabaram e Camila voltou para casa. Ficava horas pensando naquela tarde, lembrando detalhe por detalhe e escrevendo longas cartas para Tiago. Tiago, por sua vez, também ia lhe escrevendo cartas e mais cartas. Depois de um mês e meio, Camila percebeu que alguma coisa estava acontecendo, tinha enjôos constantes e sua menstruação estava atrasada. Ficou desesperada. “E se eu tiver grávida?”, pensou.

A mãe de Camila notou que sua filha estava muito agoniada. Nem parecia aquela Camila que tinha voltado tão radiante e apaixonada das férias. À noite, quando voltou do

trabalho, foi até o quarto da menina e perguntou-lhe o que estava acontecendo. Quando Camila contou, sua mãe começou a chorar e a lhe dizer que ela tinha dito mil vezes que se prevenisse e que ela tinha que ter tomado alguns cuidados. No dia seguinte foram ao médico e veio a confirmação. Camila estava realmente grávida.

- O que você faria no lugar da Camila e no lugar do Tiago?

## APÊNDICE B - Questionário

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Sexo:

feminino

masculino

4. Escolaridade:

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

5. Você vê televisão?

sim

não

Programas preferidos: \_\_\_\_\_

6. Você ouve rádio?

sim

não

Programas preferidos: \_\_\_\_\_

7. Você lê jornal?

sim

não

Assuntos que lhe interessam: \_\_\_\_\_

8. Você lê revista?

sim

não

Assuntos que lhe interessam: \_\_\_\_\_

9. Você tem acesso a Internet?

sim

não

Sites preferidos: \_\_\_\_\_

10. Quais atividades você realiza habitualmente durante os sete dias da semana:

casa

- escola
- trabalho
- igreja
- lazer
- outras \_\_\_\_\_

11. Você já ficou ou namorou com alguém?

- sim
- não

12. Você já teve sua primeira relação sexual?

- sim
- não

13. Que idade tinha? \_\_\_\_\_

14. Você queria ter relações sexuais naquele momento?

- sim
- não

15. Sentia-se preparado (a) para ter relações sexuais?

- sim
- não

Por que?

16. Vocês usaram camisinha?

- sim
- não

Por que?

17. Você usa camisinha?

- sim
- não

18. Você está ficando ou namorando?

- sim
- não

19. Como você consegue a camisinha? \_\_\_\_\_

20. Meninas:

Já engravidou alguma vez?

- sim

não

21. Meninos:

Já engravidou alguém?

sim

não

22. Você tem conhecimento sobre como se pega uma doença sexualmente transmissível?

sim

não

23. Você tem conhecimento sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis?

sim

não

24. Você conversa com outras pessoas sobre ficar, namoro, atração sexual, transa, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS?

sim

Com quem? \_\_\_\_\_

não

25. As informações que você tem sobre esses assuntos são suficientes para esclarecer suas dúvidas?

sim

não

Tem dúvidas?  não  sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - Roteiro para Entrevista

1. Fale-me sobre suas experiências relacionadas à sexualidade ou questões importantes que viveu como namoro, transa?
2. Conte-me alguma situação que você considere importante relacionada com esse assunto?
3. Você vai aos postos de saúde, na escola ou em outra instituição procurar alguma informação sobre o assunto da sexualidade? Fale-me um pouco sobre isso, das situações que você lembra?
4. Como você avalia as informações que recebe nos postos de saúde, na escola ou em outra instituição para sua vivência relacionada a sexualidade? Fale-me um pouco sobre o que pensa sobre isso?
5. Você gostaria de me falar mais alguma coisa?

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS**  
**Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do estudo:** EXPERIÊNCIAS DE JOVENS NO CAMPO DA SEXUALIDADE: interfaces com as práticas de saúde na perspectiva da vulnerabilidade e da corporeidade

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta

**Pesquisadora:** Darielli Gindri Resta

**Instituição/Unidade:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem

**Professora orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Corso da Motta

**Telefone para contato: (0XX)51-99874136 Instituição/Unidade:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Escola de Enfermagem

**Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS Telefone para contato: (0XX)513308-4085**

**Local da coleta das Informações:** Programa Pro-jovem – Secretaria de Bem-estar Social – Palmeira das Missões/RS **Telefone para contato: (0XX)553742-3190**

Prezado(a) Adolescente e seu responsável:

- Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que terá uma história de vida de dois adolescentes, um questionário e uma entrevista para responder de acordo com sua opinião, com duração aproximada de trinta minutos cada. A sua participação é responder às perguntas desta pesquisa de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar e responder as perguntas da pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora responderá todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade, ou prejuízo e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.
- Seu anonimato será preservado do início ao fim da pesquisa, ou seja, não será identificado em nenhum momento.

**Objetivo do estudo:** Compreender as experiências de jovens no campo da sexualidade e identificar as interfaces com as práticas de saúde na perspectiva de corporeidade e vulnerabilidade. **Procedimentos.** A sua participação neste estudo será realizada em dois momentos. No primeiro deles você será convidado a realizar uma dinâmica, ou seja, uma brincadeira que conta a história de dois adolescentes para que você se posicione de acordo com sua opinião. Após, você receberá um questionário que deverá ser preenchido por você. O questionário contém vinte e cinco perguntas sobre você e sua rotina. No segundo momento você será convidado a responder questões de uma entrevista sobre o tema da pesquisa. **Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de melhores oportunidades de aprendizados para você, nos diferentes lugares, como na escola, nos postos de saúde, nos programas e políticas públicas. **Riscos** A participação nesse estudo poderá apresentar riscos mínimos de ordem psicológica para você. Caso isso venha ocorrer a pesquisadora se responsabiliza por realizar os encaminhamentos necessários, estando a disposição para conversar com os participantes fora do momento de coleta das informações. **Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Caso você tenha alguma dúvida que não tenha sido esclarecida, por gentileza entre em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone acima citado. 64

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Palmeira das Missões, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pai ou responsável/representante legal

\_\_\_\_\_  
N. identidade

\_\_\_\_\_  
Assinatura do jovem participante da pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste jovem participante e de seu representante legal. Palmeira das Missões, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

## ANEXO A - Autorização do Projeto de Pesquisa pela Prefeitura de Palmeira das Missões

## ANEXO A



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
PREFEITURA DE PALMEIRA DAS MISSÕES  
SECRETARIA DO BEM ESTAR SOCIAL

A Secretaria Municipal do Bem Estar Social, por meio do Programa Projovem Adolescente autoriza a realização do Projeto de Pesquisa " EXPERIÊNCIAS DE JOVENS NO CAMPO DA SEXUALIDADE: interfaces com as práticas de saúde na perspectiva da vulnerabilidade e corporeidade", de autoria da Dda Darielli Gindri Resta, com orientação da Profª Drª Maria da Graça Corso da Motta.

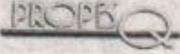
Palmeira das missões, 18 de Julho de 2011.

Carmem Lúcia da Silva Soares  
Secretária Municipal do Bem Estar Social  
Carmem Lúcia da Silva Soares  
Secretária Municipal do Bem Estar Social

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul

 **UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



**CARTA DE APROVAÇÃO**

**Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:**

**Número:** 21840  
**Título:** Experiências de jovens no campo da sexualidade: interfaces com as práticas de saúde na perspectiva da vulnerabilidade e da corporeidade

**Pesquisadores:**  
**Equipe UFRGS:**

MARIA DA GRACA CORSO DA MOTTA - coordenador desde 01/12/2011  
Darielli Gindri Resta - pesquisador desde 01/12/2011

*Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 01/12/2011 - Sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.*

Porto Alegre, Quarta-Feira, 14 de Dezembro de 2011

  
JOSE ARTUR BOGO CHIES  
Coordenador da comissão de ética