



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TALITA ANDRADE OLIVA

**JUVENTUDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM UMA ÁREA RURAL DA
BAHIA. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

**SALVADOR
2011**

TALITA ANDRADE OLIVA

**JUVENTUDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM UMA ÁREA RURAL DA
BAHIA. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento
Co- orientador: Prof^o Dr^o Igor Gomes Menezes

**SALVADOR
2011**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca das Escolas de Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA.

O48 Oliva, Talita Andrade
Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem / Talita Andrade Oliva. – Salvador, 2011. 102 f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enilda Rosendo do Nascimento.

Co-orientador: Prof. Dr^º. Igor Gomes Menezes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2011.

1. Enfermagem. 2. Jovens - Comportamento sexual. 3. Direito sexual. 4. Reprodução. I. Nascimento, Enilda Rosendo do. II. Menezes, Igor Gomes. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. IV. Título.

CDU: 612.6


TALITA ANDRADE OLIVA

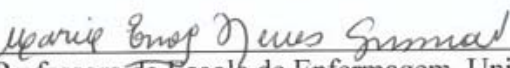
**JUVENTUDE, SEXUALIDADE E REPRODUÇÃO EM UMA ÁREA RURAL DA
BAHIA. IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

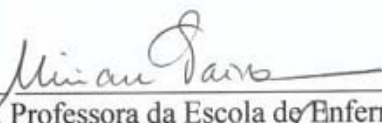
Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

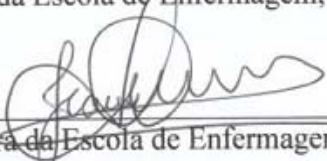
Aprovada em 29 de Abril de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Enilda Rosendo do Nascimento – Orientadora 
Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão 
Doutora em Saúde Pública. Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Jeane Freitas de Oliveira (Suplente) 
Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à Deus; ao meu pai Laert e a minha mãe Lucia pelo incentivo, amor, torcida e apoio incondicional de sempre, obrigada por permitir ter chegado até aqui.

Ao meu amado companheiro Adriano, pela paciência, escuta, espera e compreensão sempre dispensados nos momentos mais difíceis.

Ao meu irmão Laertinho, pela ajuda técnica fundamental neste processo e por acreditar que eu seria capaz nos momentos mais desafiadores.

À minha Tia Márcia, Ana, prima Vanessa, cunhada Claudia e amigas (os) pela atenção e carinho especial durante esse período.

À minha orientadora, Professora Enilda Rosendo do Nascimento, pela sabedoria, incentivo, apoio, por confiar no meu potencial e permitir que eu caminhasse com autonomia. Agradeço o rigor na leitura do que era produzido e a cuidadosa maneira de sinalizar as fragilidades. Ainda que tenha permanecido distante um tempo dessa caminhada, certamente contribuiu de maneira importante na construção desse estudo e no meu processo de produção do conhecimento.

Ao meu co-orientador, Professor Igor Gomes Menezes, por me ajudar a caminhar nesse, até então, desconhecido mundo dos estudos quantitativos.

Às professoras da Escola de Enfermagem, especialmente, à Mirian Paiva, Silvia Ferreira, Jeane Freitas pelo acolhimento dispensado nas disciplinas do Mestrado e sugestões tão oportunas que forneceram e, também, à professora Enoy Gusmão, pela generosidade e importantes contribuições.

Às (os) querida(o)s Agentes Comunitários de Saúde da localidade de Parafuso, Gilberto, Heroildes, Valdinete e Dulcinéia, pela disponibilidade, compreensão, ajuda e profissionalismo que dispensaram no momento da coleta dos dados, sem a ajuda de vocês esse estudo não seria possível.

À Secretaria de Saúde do município de Camaçari e à Equipe de Saúde da Família de Parafuso por permitirem a realização dessa pesquisa local e pela hospitalidade dispensada.

Às jovens e os jovens que aceitaram participar desse trabalho, pelo acolhimento e disponibilidade, meus sinceros agradecimentos.

Às minhas grandes amigas (os), Assunção Fraga, Cláudia Pires, Daniela Silvano, Fabiano Silva, Itatiana Cabral, Jussilene Souza, Lúcio Ramos, Naiane Simões e Simone Murta, pela solidariedade, apoio e amizade, fundamentais ao longo desses dois anos.

Às colegas do mestrado, particularmente, Emanuelle Góes, por compartilhar essa experiência e pela ajuda na construção desse estudo.

A todos (as) que não foram mencionados (as) aqui, mas que certamente fizeram parte dessa caminhada contribuindo para que eu chegasse até aqui.

OLIVA, Talita Andrade. **Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem.** 102f. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

As diferenças sócio-econômicas, culturais, a falta de alternativas profissionais e as dificuldades de acesso aos bens sociais de pessoas residentes nas áreas rurais, podem influenciar o comportamento reprodutivo, sexual e vários aspectos da saúde, especialmente, das mulheres jovens, tendo em vista as características das relações de gênero predominantes na sociedade. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de caráter quantitativo, com os objetivos de descrever as características sócio-demográficas, sexuais, reprodutivas e aspectos de saúde de jovens residentes em uma área rural da Bahia; e analisar as proporções encontradas entre mulheres e homens jovens rurais, a partir da perspectiva de gênero. Foi desenvolvido em uma localidade rural do município de Camaçari/ Bahia. A amostra foi composta por 303 jovens entre 15 e 24 anos de idade; cadastradas (os) pela Equipe de Saúde da Família local e que aceitaram participar da pesquisa, sob o consentimento da(o) responsável, para menores de 18 anos. A coleta dos dados foi realizada durante os meses de abril a agosto de 2010, através de entrevistas domiciliares, com auxílio de um formulário com perguntas estruturadas. O processamento dos dados foi realizado pelo programa STATA versão 8 e SPSS 17.0, onde realizou-se análises descritivas (distribuição de frequências relativas e índices percentuais). A juventude estudada foi predominantemente feminina; adolescente entre 15-19 anos; negra; professante de alguma religião; solteira; composta por jovens que não estudavam na ocasião da entrevista e com a 8ª série concluída como nível máximo de escolaridade. Do total, 53,5% da amostra não tinha trabalho remunerado e 67% recebia menos de 1 salário mínimo quando ocupada. A gravidez foi o principal motivo para o abandono dos estudos e não conseguir emprego, a razão mais apontada para o desemprego. As características sexuais revelaram que a juventude entrevistada havia iniciado a vida sexual, principalmente entre 15-19 anos; a quase totalidade negou experiência homossexual; a maioria considerável possuiu uma parceria sexual nos últimos 3 meses e utilizou o preservativo masculino para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Os aspectos reprodutivos demonstraram que o preservativo masculino é o contraceptivo mais conhecido pelo grupo investigado e a auto-decisão pelo método contraceptivo utilizado foi a mais observada. As gravidezes aconteceram predominantemente entre 15-19 anos; sem planejamento; foram acompanhadas pelo pré-natal e não houve a presença do parceiro no momento do parto. No tocante aos aspectos de saúde investigados, a maioria considerável da amostra não utilizava drogas e foi vítima de violência de qualquer natureza. Observou-se, ainda, que houve procura por serviços de saúde pela juventude pesquisada, sendo a Unidade de Saúde da Família o local mais procurado. Ficou evidente a importância da utilização de gênero como categoria de análise que no caso particular desse estudo, foi capaz de imprimir um novo perfil das características investigadas nesta população quando considerada a variável sexo das (os) jovens. Particularmente para a enfermagem, o conhecimento das diferenças sócio-demográficas, sexuais, reprodutivas e dos padrões de utilização dos serviços de saúde entre mulheres e homens estudados implica na necessidade de inovação e adequação do cuidado à realidade local.

Palavras- chave: Enfermagem. Juventude. Direitos sexuais e reprodutivos. Zona rural. Gênero.

OLIVA, Talita Andrade. **Youth, sexuality and reproduction in a rural area of Bahia. Implications for nursing. 102f. 2011.** Dissertation (Masters in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

The socio-economic cultural differences, lack of professional alternatives and poor access to social goods of people living in rural areas, can influence reproductive and sexual behavior, and lots of other health aspects, especially of young women, considering the characteristics of gender relations prevailing in society. This is a descriptive, exploratory of quantitative character study, aiming to describe socio-demographic, sexual, reproductive characteristics and aspects of health of rural youngsters in an area in Bahia; and analyzing the proportions found among rural young women and men, from the perspective of gender. It was developed in Camaçari, a municipality of Bahia. The sample consisted of 303 youngsters between 15 and 24 years old, registered by the local Family Health Team that agreed to participate in research authorized by parents of those under 18 years old. Data collection was done from april to august of 2010, through home interviews, using a structured form with questions. Data processing was performed by STATA version 8 and SPSS version 17.0, which descriptive analysis were accomplished (distribution of frequencies and percentage indices). The youth studied was predominantly female (67%); adolescents from 15 to 19; black; professing any religion; single; composed of youngsters who were not studying at the time of the interview and with the 8th grade completed as the highest level of study. Of them all, 53,5% of sample did not have rewarded jobs and 67% received less than a minimum wage when occupied. Pregnancy was the main reason for leaving school and not being able to find a job, the main reason for unemployment. Sexual characteristics have revealed that the youth interviewed had begun sexual life, mainly from 15 to 19 years old; almost all of them denied any homosexual experience; the biggest majority has one sexual partner for the last 3 months and used men condom for prevention of sexually transmitted infections. The reproductive aspects show that men condom is the most well-known contraceptive by the investigated group and the auto decision for this contraceptive method use was the most observed. Pregnancies happened predominantly from 15 to 19 years old; without planning; they were observed by pre natal and there was not the presence of the partner at the delivery moment. Regarding aspects of health investigated, majority sample did not use drugs and was victim of violence of any kind. It was even observed that the youth researched looked for health services as family health unit being the most required. It was evident the importance of gender as an analysis category that in this particular case of study, it was capable of printing a new profile of characteristics investigated in this population when considered the sex variable of the youngsters. Particularly to nursing, the knowledge of sexual, reproductive, social - demographic differences and the patterns of the use of the health services among men and women studied implies in the necessity of innovation and adequacy of care to local reality.

Key-words: Nursing. Youth. Reproductive and sexual rights. Rural area. Gender

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Distribuição total de jovens estimadas (os) e entrevistadas (os) em Parafuso - Camaçari, por sexo e microárea, 2010.	34
Gráfico 1	Motivos do abandono dos estudos na juventude estudada, segundo o sexo. Salvador, 2010.	41
Gráfico 2	Motivos do desemprego no período de referência, segundo o sexo. Salvador, 2010.	42
Gráfico 3	Renda média mensal (salários mínimos- SM) obtida no período de referência, segundo população total e sexo. Salvador, 2010.	42
Gráfico 4	Atividades de lazer e meios de comunicação na juventude estudada, segundo o sexo (%). Salvador, 2010.	43
Gráfico 5	Percentual de uso de drogas na juventude estudada, segundo o sexo. Salvador, 2010.	49
Gráfico 6	Percentual de jovens que sofreram violência, segundo a natureza da agressão e sexo. Salvador, 2010	50
Quadro 2	Características predominantes das variáveis estudadas, segundo o sexo. Salvador, 2010	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização sócio-demográfica da amostra, segundo sexo. Salvador, 2010.	39
Tabela 2	Caracterização sócio-demográfica da amostra: trabalho, renda e lazer, segundo o sexo. Salvador, 2010.	40
Tabela 3	Caracterização sexual da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.	44
Tabela 4	Caracterização reprodutiva da amostra: uso da contracepção na 1ª relação sexual e contraceptivo conhecido, segundo o sexo. Salvador, 2010.	45
Tabela 5	Caracterização reprodutiva da amostra: aspectos da utilização de contraceptivos, segundo o sexo. Salvador, 2010.	46
Tabela 6	Outros aspectos reprodutivos da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.	47
Tabela 7	Aspectos de saúde da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.	48

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUVENTUDE, REPRODUÇÃO, SEXUALIDADE E VULNERABILIDADES SOCIAIS	16
2.1	GRAVIDEZ E ABORTO NA JUVENTUDE	17
2.2	DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	20
2.3	CONTRACEPÇÃO, VULNERABILIDADES SOCIAIS E AO HIV/AIDS NA JUVENTUDE	26
2.4	JUVENTUDE RURAL	28
3	MÉTODO	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
3.2	LOCAL DO ESTUDO, CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	32
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	34
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	35
3.5	DATA E PERÍODO DE REFERÊNCIA PARA COLETA DOS DADOS	36
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	36
3.7	VARIÁVEIS	36
3.8	ANÁLISE DOS DADOS	37
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	38
4	RESULTADOS	39
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
5.1	CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO	52
5.2	CARACTERÍSTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO	61
5.2.1	Comportamento Sexual	61
5.2.2	Comportamento Reprodutivo	64
5.3	ASPECTOS DE SAÚDE DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO: USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	71
5.4	CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO E A IMPORTÂNCIA PARA A ENFERMAGEM	74
6	CONCLUSÃO	79
	REFERÊNCIAS	82

APÊNDICE A- Instrumento de coleta dos dados	91
APÊNDICE B- Grupos, definições e categorizações das variáveis do estudo	94
APÊNDICE C- Termo de consentimento livre e esclarecido	97
APÊNDICE D- Termo de consentimento livre e esclarecido para a (o) responsável	98
ANEXO A- Modelo de Ficha A	99
ANEXO B- Ofício de solicitação do campo de pesquisa	101
ANEXO C – Ofício de autorização do campo de pesquisa	102

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a maioria dos estudos que tratam de aspectos da sexualidade e da reprodução tem focado, principalmente, as mulheres e residentes em centros urbanos.

A condição de residir em áreas rurais tem sido caracterizada, dentre outras, por certas especificidades como baixa escolaridade, pobreza e a permanência de certas tradições culturais o que, em princípio, revela desigualdades no acesso aos bens sociais, quando comparada com as condições existentes nos centros urbanos (BRASIL, 2004).

Tal condição pode repercutir em vários aspectos da saúde, determinando diferentes padrões de comportamento sexual/reprodutivo e de utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, vale destacar as dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos e aos cuidados referentes ao parto, pré-natal e pós-parto, relatadas por alguns estudos (GÓMEZ, 2002; HEREDIA; CINTRÃO, 2006).

Embora prevaleçam idéias e situações nas quais as populações rurais apresentam os piores indicadores de saúde e sócio-econômicos, observam-se, também, mudanças em vários aspectos da vida social decorrentes da implantação de políticas públicas que tentam diminuir as desigualdades intra-regionais, a exemplo do Programa de Saúde da Família (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Entretanto, a identificação de grupos de maior vulnerabilidade social somente pode ser levada a efeito se levarmos em conta a diversidade e heterogeneidade que caracterizam muitas das sociedades atuais, permitindo estabelecer perfis populacionais diferenciados a fim de subsidiar a elaboração de políticas públicas inclusivas.

No tocante às questões relativas à reprodução e à sexualidade, tanto as práticas de saúde quanto os estudos têm dirigido seus focos para as mulheres, embora os efeitos, produtos e benefícios da atividade sexual/reprodutiva incluam tanto as mulheres quanto os homens. Evidentemente, alguns desdobramentos dessas relações afetam muito mais as mulheres, a exemplo de uma gravidez inesperada ou acidental, estando ligados às características das relações de gênero predominantes em nossa sociedade.

O conceito de gênero surge de maneira a entender o contexto sócio-cultural em que homens e mulheres são socializadas(os), rejeitando as explicações biológicas que tentam justificar as desigualdades sociais entre os sexos (SCOTT, 1995). Nesse sentido, entende-se que as experiências e vivências reprodutivas e sexuais são determinadas pelos sentidos atribuídos à feminilidade e masculinidade em cada contexto sócio-cultural, sendo

influenciadas, ainda, por circunstâncias de geração/idade, raça/cor e geográfica, dentre outras, no caso particular da sociedade brasileira.

Os padrões de comportamento sexual e reprodutivo vigentes indicam quase invariavelmente um privilegiamento dos homens em relação às mulheres traduzido, em grande medida, por se incentivar os rapazes às práticas sexuais e eximi-los das responsabilidades sobre a procriação, trazendo importante repercussão nas atitudes de procura por cuidados e na própria organização dos serviços de saúde.

Não obstante o distanciamento dos homens nas questões reprodutivas/sexuais, principalmente em relação à procura de cuidados preventivos ou de tratamento, na nossa prática profissional, sempre identificamos nos relatos das mulheres atendidas, a participação decisiva dos homens na escolha e no uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, na decisão pelo aborto notadamente entre as/os mais jovens, além da expressão comum do desejo de ser pai.

De fato, estudo realizado em uma comunidade rural da Bahia, com 179 homens acima de 17 anos, revela que a opção pelo método contraceptivo é feita pelo homem em 45,6% dos casais, enquanto em apenas 11,4% dos casos, a escolha era responsabilidade do casal (SANTO; NETO, 2004).

Ao lado disso, a ausência de homens que acompanham suas parceiras, filhas ou amigas na hora do parto é flagrante, embora a presença de acompanhante nessa ocasião esteja normatizada pelos serviços de saúde. De fato, um estudo realizado recentemente em Salvador, indica que apenas 1,4% das mulheres usuárias do SUS, contou com esse tipo de apoio, e mesmo assim, nem todas as pessoas acompanhantes eram suas parceiras sexuais (RODRIGUES; NASCIMENTO, 2008).

Desse modo, quando a experiência dos homens surge nos contextos dos estudos dessa área, são trazidas, predominantemente, pelas falas das mulheres ou pelo registro de sua ausência. Ainda de acordo com Lyra (1997, p.69), “a idéia de que os homens não são “informantes privilegiados” sobre aspectos da vida reprodutiva pode ser quebrada se, aos poucos, passarmos a construir a prática de perguntar sobre sua vida reprodutiva”.

A juventude se apresenta no campo da sexualidade e da reprodução como área que advoga especial atenção, visto que é nesta fase que, geralmente, ocorre o início da vida sexual, a incorporação de valores éticos/morais e atitudes frente aos padrões sociais e sexuais, fortemente permeados pelas desigualdades de gênero.

Entretanto, há evidências de que mesmo na juventude, comportamentos e idéias podem

ser diferentes a depender da idade das pessoas deste grupo. Não é raro atribuir-se especificidades às adolescentes na maneira de encarar a gravidez. Embora muitas vezes tida como problemática para algumas, pode representar uma forma de ascensão social e realização pessoal para outras.

Assim como as diferentes populações estão vulneráveis a diferentes tipos de risco, mulheres e homens, em função da organização sócio-cultural da qual fazem parte, influenciadas fortemente pelas questões de gênero, também estão sujeitas(os) a diferentes modos de adoecimento e morte, ao exercício da sexualidade em condições inseguras, à forma como se comportam em aspectos da procriação, como encaram a maternidade/ paternidade.

Particularmente no meio rural, existem diferenças nos processos de socialização e de oportunidades de inserção na atividade agrícola para homens e mulheres jovens (PAULILO, 2004), colocando as mulheres em posições mais desvalorizadas em relação aos homens. Essa posição decorre, em parte, do tipo de atividade que desempenham na agricultura familiar, que dirigem as mulheres, na maioria dos casos, às atividades do espaço doméstico, ao cuidado com as crianças menores e com os animais domésticos, consideradas como auxiliares. E os homens se envolvem nas atividades agrícolas, de construção e reforma, influenciando diferentemente na aquisição de renda e de autonomia (BRUMER, 2007).

Ao mesmo tempo, a família mantém maior controle sobre as mulheres jovens que são mais vigiadas, sofrendo muitas restrições quanto à circulação dentro e fora da comunidade que habitam. Para as meninas, frequentar uma escola no meio urbano significa uma primeira etapa da busca de alternativas, a segunda, é alcançada com o casamento, ou através de um emprego (CASTRO, 2005).

As relações desiguais de gênero e raça predominantes em nossa sociedade são fatores recorrentemente associados a diferenciais de acesso ao cuidado seja ele institucionalizado ou não e quando associados à pobreza, aprofundam as desigualdades sociais.

Essas e outras questões conferem a muitos fenômenos da saúde o caráter da heterogeneidade, compreendendo que muitos comportamentos na área da saúde dependem de uma variedade de circunstâncias e condições pessoais, sendo muitas vezes difícil a atribuição de única associação ou causa.

Entretanto, acreditamos que o caráter estrutural das relações de gênero da nossa sociedade, ao designar aprioristicamente lugares diferentes (e até desiguais) a mulheres e homens modela, também, comportamentos, representações e vivências, de acordo com o sexo.

Nesse sentido, a reprodução e a sexualidade são encaradas e experienciadas de modos diversos entre mulheres e homens de diferentes contextos sociais, originando também

diferentes perfis reprodutivos e sexuais, estando as mulheres em condições mais desfavoráveis na experimentação dos fenômenos da sexualidade e da reprodução. Tais desvantagens comumente se convertem em desigualdades na medida em que, por exemplo, a procura e satisfação do prazer sexual são regidas por normas de gênero sendo estimuladas nos rapazes e reprimidas nas meninas.

As relações desiguais de gênero se manifestam também, quando analisamos a clientela de enfermagem em unidades básicas de saúde, majoritariamente feminina. Nesses espaços, o cuidado de enfermagem está organizado em torno das questões reprodutivas e sexuais cujos desdobramentos em problemas de saúde têm sido arcados pelas mulheres.

Comumente, o cuidado de enfermagem nesse nível da assistência incluem ações de controle e promoção da saúde reprodutiva e sexual, geralmente designadas de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e prevenção do câncer cérvico-uterino, onde as (os) enfermeiras (os) atuam tanto através da consulta de enfermagem, quanto no desenvolvimento de ações educativas ou informativas em grupo.

A partir do exposto, entendemos a relevância da incorporação da perspectiva de gênero no desenvolvimento de estudos sobre reprodução e sexualidade de mulheres jovens residentes em área rural, a partir de comparações com as experiências masculinas sobre o assunto.

O estudo parte, portanto, do pressuposto de que as experiências sexuais e reprodutivas estão relacionadas ao sexo determinando, também, diferentes modos de utilização de serviços e insumos de saúde, e pretende responder à seguinte questão: Quais as características reprodutivas, sexuais e de aspectos de saúde de jovens residentes em área rural e em que medida essas características são influenciadas pelas relações de gênero predominantes?

Objetivos:

- Descrever as características sócio-demográficas, sexuais, reprodutivas e aspectos de saúde de jovens residentes em uma área rural da Bahia.
- Analisar as proporções encontradas entre mulheres e homens jovens rurais, a partir da perspectiva de gênero.

O estudo foi desenvolvido tendo como marco conceitual os direitos reprodutivos e sexuais contribuindo para ampliar/aprofundar as discussões relacionadas às questões da reprodução e sexualidade entre jovens rurais, de forma a subsidiar as ações de saúde locais.

A motivação inicial por estudar as questões relacionadas à assistência à saúde das mulheres ocorreu ainda como graduanda da Universidade Federal da Bahia (UFBA), após a

inserção no Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), no ano de 2000, na condição de bolsista de iniciação científica, onde primeiramente, foi desenvolvido um projeto de pesquisa intitulado Indicadores de Gênero da Assistência Pré-Natal de Enfermagem às Mulheres, em uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho, resultando na elaboração de alguns indicadores de gênero relacionados à dignificação, autonomia e participação, contribuindo para uma reflexão da assistência de enfermagem prestada nessa fase do ciclo reprodutivo das mulheres.

No ano seguinte, ainda como bolsista de iniciação científica, o aprendizado foi direcionado para as questões relativas à fecundidade de homens jovens residentes em um bairro populoso, de classe média baixa, na cidade de Salvador, onde se abordou a temática das questões reprodutivas a partir de uma perspectiva masculina, de forma a envolver os homens nessas discussões juntamente com as mulheres, no intuito de promover uma maior equidade de gênero.

Em 2003, ano de conclusão da graduação, foi desenvolvido um estudo sobre a participação masculina na contracepção, mais uma experiência enriquecedora, que favoreceu ampliar o conhecimento nas discussões sobre a saúde sexual e reprodutiva, tornando evidente muitos aspectos que contribuem para o não envolvimento dos homens com tais questões.

Decorridos dois anos da graduação, a pós-graduação em Enfermagem Obstétrica permitiu mais uma vez a aproximação com a temática da reprodução na elaboração da monografia. Nesta oportunidade, a investigação focou a inserção dos homens na assistência pré-natal e foi desenvolvida em uma localidade situada em zona rural, o que permitiu conhecer de forma diferenciada essa comunidade e um pouco mais sobre os padrões sócio-culturais daquele grupo, na perspectiva de gênero.

O interesse em desenvolver essa temática aconteceu, principalmente, pela experiência profissional da mestranda, sempre atuante em localidades da zona rural de alguns municípios da Bahia, como Enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF), e pela percepção do significativo número de gestações em jovens e adolescentes, sem que isso representasse um “problema” para a maioria delas, afirmando que tinham planejado esse acontecimento em suas vidas juntamente com seus parceiros.

Para essas mulheres jovens, a maternidade constituía uma oportunidade de ocuparem papel social na comunidade da qual eram integrantes, já que a grande parte dessa população era pouco privilegiada sócio-economicamente, com todas as outras dificuldades próprias de zonas rurais. Entre os homens jovens, apesar de desejarem ser pais, segundo relato das mulheres nas consultas de pré-natal, percebia-se que eles não se envolviam nas atividades do

pré-natal, juntamente com as parceiras, bem como não acompanhavam seus (suas) filho(a)s nas consultas na unidade de saúde.

Acredita-se que esta pesquisa propiciará o aprofundamento das discussões acerca daqueles residentes em áreas rurais, valorizando as diferenças de condições, de vivências e de identidades desse grupo, com a incorporação das dimensões de gênero.

Particularmente, para enfermagem, a partir do conhecimento das características específicas dessa população, o estudo proporcionará maiores possibilidades de sucesso nas atividades junto a essa clientela nos serviços de saúde e ações educativas, a fim de que alcancem maiores e melhores resultados.

2 JUVENTUDE, REPRODUÇÃO, SEXUALIDADE E VULNERABILIDADES SOCIAIS

A definição da juventude é um tanto complexa, uma vez que comporta diferentes abordagens. Na área de saúde, predomina a perspectiva demográfica, que delimita uma faixa de idade para sua definição.

Desse ponto de vista, a Organização Mundial da Saúde, entende a juventude como um grupo populacional delimitado a uma faixa localizada entre 15-24 anos de idade e as fronteiras cronológicas para a juventude são apenas um parâmetro para formulação de políticas, mas que na vida, no contexto e experiência de cada jovem, tais limites não são dados de uma forma homogênea e fixa, de modo que ser jovem, no Brasil:

é estar imerso - por opção ou por origem - em uma multiplicidade de identidades, posições e vivências. Daí a importância do reconhecimento da existência de várias juventudes no país, compondo um complexo mosaico de experiências que precisam ser valorizadas no sentido de se promover os direitos dos/ das jovens (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2006, p. 5).

Outros tipos de abordagens levam em conta o desenvolvimento biológico ou psicológico dos indivíduos, sendo a juventude referida a um momento em que se atinge a maturidade fisiológica e social. Nesse caso, vale lembrar que em situações de pobreza, por exemplo, as pessoas tendem a se inserir mais precocemente no mercado de trabalho e assumir responsabilidades atribuídas a pessoas adultas de classes sociais elevadas.

Da mesma maneira, em determinadas épocas em uma mesma cultura, inclusive no Brasil, e em espaços sociais distintos, a gravidez o casamento de mulheres muito jovens, inclusive adolescentes, era encarado com naturalidade e até desejável.

Desse modo, o conceito de juventude está muito além de cortes cronológicos e oportunidades nas diversas relações sociais como trabalho e educação, por exemplo. “Na realidade, essa transversalidade traduz que não há apenas um grupo de indivíduos em um mesmo ciclo de vida ou seja uma só juventude”, como referem Castro e Abramovay (2002, p. 17).

Os/as jovens, entre 10-24 anos, compõem a maior parte da população da América Latina e Caribe, compreendendo 30% das pessoas dessa região (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008). No Brasil, o efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade tem produzido transformações no padrão etário da população brasileira, sobretudo a partir de meados dos anos de 1980. Entretanto, apesar de vivenciarmos

uma tendência acelerada de envelhecimento da população, é significativo o contingente de pessoas jovens, de forma que há uma projeção de que representem, atualmente, 18,11% da população brasileira, ou seja, 34.330.212 pessoas entre 15- 24 anos de idade (IBGE, 2008a).

Na Bahia, segundo dados do IBGE, no ano de 2007, havia 1.527.034 pessoas entre 15-19 anos de idade, o que representa 10,84% da população, o maior percentual em relação às outras faixas etárias. O intervalo de idade compreendido entre 20-24 anos foi o segundo maior em número percentual, com 1.466.424 pessoas, representando 10,41% do número de habitantes (IBGE, 2007).

O interesse por estudos com populações jovens tem respaldo não só no representativo contingente populacional. No tocante à saúde, vale destacar que esse grupo está, em geral, exposto a vários tipos de agravos, com destaque para as causas externas, que acomete majoritariamente os homens.

No que tange aos aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, principalmente das mulheres jovens, têm sido evidenciado a maior vulnerabilidade à gravidez precoce ou não desejada, às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e ao HIV/Aids, dentre outras.

Por outro lado, na enfermagem e outros setores da área da saúde, a juventude tem se convertido em uma categoria pouco explorada.

De fato, das publicações existentes nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de outubro de 2009, referente à temática do estudo, utilizando os descritores: jovem, saúde e direitos sexuais e reprodutivos, verificou-se que cerca de 17% do material de fato utilizava a juventude nas suas investigações, enquanto que 60%, a maioria, abordava estritamente os/as adolescentes em suas pesquisas (OLIVA; NASCIMENTO, 2011).

2.1 GRAVIDEZ E ABORTO NA JUVENTUDE

Particularmente para os jovens, os assuntos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos dizem respeito à promoção de igualdade e liberdade no exercício da sexualidade, devendo ser considerado como direito da juventude, “pois se trata de uma esfera da vida importante para a construção da identidade, da subjetividade e das trajetórias dos/das jovens” (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2006, p. 103).

A saúde sexual e reprodutiva também ocupa um importante espaço na construção da igualdade de gênero, na promoção de autonomia dos jovens e, assim, na formação de pessoas responsáveis. Para isso, torna-se necessário reconhecer que o desenvolvimento dessas

características está relacionado às relações e estruturas sociais em que eles(as) estão inseridas (os), marcadas por diversas desigualdades, devendo considerar paralelamente às questões de gênero, as especificidades de raça/cor, orientação sexual, classe sócio-econômica, regiões do país, zonas rurais e urbanas, para o desenvolvimento de ações que contribuam para sua superação (BRASIL, 2006).

Por outro lado, as questões ligadas aos aspectos sexuais e reprodutivos de jovens podem expressar situações de vulnerabilidades neste grupo, principalmente, porque novos comportamentos sexuais estão sendo introduzidos na nossa sociedade onde a autonomia e a difusão de informações sobre sexualidade nesse grupo acontece cada vez mais cedo. Contudo, as práticas contraceptivas e a adoção de medidas preventivas em relação às ISTs/Aids são um desafio a ser superado nesta população.

Tais situações podem ser determinadas, conforme afirma Alves e Brandão (2009), pela não internalização da utilização dos métodos contraceptivos, dificuldades de negociação entre o casal, em razão da vulnerabilidade à dominação masculina, compatibilidade do método indicado com o contexto de vida feminina, representações sobre sexualidade e ambivalência do desejo de ter filhos.

De fato, conforme dados da última PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, os menores percentuais de uso de algum método contraceptivo estão entre as jovens, nas faixas etárias compreendidas entre 15- 19 anos e 20 - 24 anos, com 36,7% e 66,1%, respectivamente. As mulheres que mais utilizam métodos contraceptivos (80,1%) se concentram entre 40-44 anos de idade (BRASIL, 2008b).

Esse comportamento pode estar relacionado à ocorrência de abortamentos provocados, que acontece, principalmente, durante a juventude. O estudo realizado com jovens de 18 a 24 anos de idade, nas cidades de Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador, parte do Projeto de Pesquisa GRAVAD (Gravidez na adolescência: um estudo multicêntrico em juventude, sexualidade e reprodução no Brasil), revelou que entre as jovens que engravidaram pela primeira vez o aborto provocado foi o desfecho referido por 16,7% delas e por 45,9% dos homens na primeira gravidez (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

De acordo ainda com a pesquisa, os maiores percentuais de ocorrência do aborto provocado na primeira gestação aconteceram entre os homens jovens nas três localidades, sendo que, em Salvador, o aborto revelou-se como o resultado mais freqüente para uma primeira gravidez nesta faixa etária (60,7% dos casos). Para os homens entrevistados, a ocorrência do aborto na primeira gravidez, é três vezes maior do que entre os jovens com 20 anos ou mais (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

Vale ressaltar, que muitos desses abortos são realizados inseguramente, em locais insalubres, sendo um dos grandes causadores do óbito materno, atingindo, principalmente, mulheres de classe sócio-econômica menos favorecida, que não podem custear o atendimento em clínicas privadas. Assim, a prática de abortos inseguros se constitui uma das principais causas de mortalidade materna na América Latina, conforme afirma a Organização Mundial de Saúde.

Apesar da grande ocorrência de abortamentos provocados, também fica evidente que uma grande parte das jovens que engravidam nesta fase, leva a termo a gestação às custas, muitas vezes, da renúncia ou adiamento dos estudos e de uma carreira. Historicamente, tem-se observado redução das taxas de fecundidade total na maioria dos países na América Latina (KOSTRZEWA, 2008). Entretanto, os segmentos juvenis e, principalmente, o intervalo etário de 20 a 24 anos de idade, apresenta hoje, no Brasil, a maior taxa de fecundidade quando comparada com outras faixas etárias.

Dados de Organização Pan- americana de Saúde (2008) demonstram que as jovens entre 20-24 anos no Brasil, possuem as maiores taxas de fecundidade com 0,123 filhos (as), enquanto que no Nordeste, este número é de 0,154 filhos(as) por mulher nesta faixa etária. Este padrão de fecundidade é observado em todas as regiões do Brasil, sempre com as maiores taxas neste grupo etário, inclusive quando comparadas com as jovens entre 15-19 anos, que possuem um taxa de fecundidade para o Brasil e região Nordeste de 0,0714 e 0,0860, respectivamente. Isso significa que, nos últimos anos, quase 50% da fecundidade total está concentrada antes dos 25 anos de idade, enquanto que, no início da década de 2000, esta proporção era de 44% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008).

A ocorrência da gravidez na juventude, particularmente, nas (os) jovens adolescentes, é um acontecimento que está relacionado às situações de vulnerabilidades sociais, bem como à falta de informação e às desigualdades de acesso aos serviços de saúde, sobretudo para as mulheres pobres e negras. Nota-se que a desigualdade racial e os baixos níveis econômicos são fatores que influenciam diretamente muitos dos problemas identificados de saúde não só no Brasil, mas na América Latina e Caribe como um todo (MENDOZA, 2008).

Um importante aspecto da gravidez na juventude é a sua influência nas trajetórias escolares e profissionais das/dos jovens, em contextos diversos. Gonçalves e Gigante (2006) constataram em um estudo de coorte realizado com mulheres jovens, que há uma chance 60% menor das jovens mães até 19 anos de estarem trabalhando fora de casa, quando comparadas com aquelas que não tiveram filho(a). No que tange aos estudos, demonstraram ainda que as maiores consequências também recaem sobre as jovens que tiveram filhos, de modo que

apenas 28% delas completaram nove ou mais anos de estudo, enquanto que o percentual foi de 76% entre aquelas que nunca engravidaram.

Além disso, as autoras revelam que entre as jovens mães pertencentes às classes populares, poucas foram aquelas que contaram com apoio da família para dar continuidade aos seus estudos. Nessa ocasião, a união com o pai do(a) filho(a), em geral com baixo nível de escolaridade, passa a ser mais valorizada pela família e por elas próprias do que os estudos, reforçando o destino do casamento e do papel de mãe na vida das mulheres (GONÇALVES; GIGANTE, 2006).

Entretanto, é importante considerar que a experiência da maternidade/ paternidade na juventude não pode ser concebida apenas como um problema, que preconiza a contracepção como prevenção, indo de encontro à defesa dos direitos sexuais e reprodutivos deste grupo. Devemos considerar que o acontecimento da gravidez nesta população igualmente é cercado de valores simbólicos e questões de gênero que interferem decisivamente na opção das/dos jovens pela maternidade / paternidade, conforme vêm demonstrando alguns estudos sobre a juventude (LYRA, 1997; MORAES, 2004; GONÇALVES; GIGANTE, 2006).

Os estudos revelam que ter filhos pode ser encarado como um evento positivo na vida de muitas(os) jovens. Neste sentido, o advento da maternidade/ paternidade pode ser visto como a possibilidade de obter uma autonomia social, principalmente entre os grupos pertencentes às classes sociais menos favorecidas economicamente. Além disso, pode ser percebido pelas jovens, com uma forma de consolidar o envolvimento afetivo com o parceiro, ou para os rapazes, como uma oportunidade de transição para a vida adulta, onde serão tidos como pessoas responsáveis, com direito ao exercício pleno da sua sexualidade sem coerções.

2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Os conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva foram desenvolvidos a partir de uma luta histórica pelo exercício da cidadania e dos direitos humanos, onde várias organizações não governamentais, sociedade civil, movimentos feministas, de mulheres e ambientalistas participaram efetivamente do processo. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, no Cairo, que estabeleceu acordos assumidos por 179 países e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Pequim, tornaram-se um marco nas orientações sobre esse tema (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008).

No século XVIII, iniciou-se a discussão de práticas de políticas para controle populacional, em um cenário caracterizado por elevadas taxas de mortalidade e natalidade, onde dois importantes autores deram destaque ao debate sobre a população e desenvolvimento econômico, o Marquês de Condorcet, em 1794, e o sacerdote Thomas Robert Malthus, em 1798, com idéias contraditórias sobre as políticas populacionais (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

No início do século XX, há uma diminuição das taxas de mortalidade e natalidade em um processo denominado de transição demográfica, onde nos países de Primeiro Mundo, a melhoria do padrão de vida da população através do desenvolvimento econômico, as inovações na saúde, o acesso ao saneamento básico e melhorias das condições de moradia e nutrição, provocaram uma queda da mortalidade e conseqüentemente da fecundidade, de forma que o baixo crescimento populacional ajudaria mais no progresso econômico (ALVES, 2002).

Todavia, Alves (2002) afirma ainda que, nos países do Terceiro Mundo a experiência da transição demográfica foi diferente, pois as reduções das taxas de mortalidade aconteceram pela importação de métodos sanitários convenientes e de tecnologias médicas, sem grandes transformações econômicas internas e permanência de atrasos na estrutura social, resultando, assim, nas manutenções das elevadas taxas de fecundidade.

Desta forma, nos anos de 1950 e 1960 aconteceu um importante crescimento populacional, fazendo com que alguns demógrafos neomalthusianos (que diferentemente de Malthus, pregavam a utilização de métodos contraceptivos), sob a alegação de uma iminente “explosão populacional”, passassem a instituir metas e políticas demográficas restritivas, mesmo que de forma coercitiva (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006).

No mesmo período, no Brasil, e em outros países ocidentais, surge a pílula anticoncepcional (década de 1960), que foi apropriada pelas políticas internacionais de controle populacional instituídas aos países de Terceiro Mundo, principalmente, como forma de reduzir a fecundidade (MATTOS, 2004).

Em 1966, instalava-se no Brasil a BEMFAM (Sociedade Bem-estar da Família), primeira instituição privada destinada a oferecer métodos contraceptivos, inicialmente de maneira indiscriminada, como forma de controle da natalidade, que se expandiu por meio de convênios com prefeituras, universidades, clínicas e outros. Verificava-se paralelamente, no setor público, uma atuação quase inexistente das ações de planejamento familiar, com enfoque na assistência gravídica- puerperal às mulheres (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2008). Nessas circunstâncias, o controle da fecundidade estava

completamente externo aos desejos e necessidades das mulheres, sua saúde não estava sendo considerada.

Por outro lado, desde o início do século XX, o movimento feminista alertava para o fato de que aspectos da sexualidade e reprodução tinham que estar presentes nas lutas pelos direitos das mulheres, assim, em 1970, “o direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos tornar-se-iam aspectos inegociáveis da pauta feminista no Brasil e no mundo” (CORRÊA; ALVES; JANNUZZI, 2006, p. 38).

Em 1983, no Brasil, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como fruto da colaboração de representantes de grupos feministas, gestores (as) e pesquisadores (as) das universidades, constituindo-se um marco histórico, pois introduz novo direcionamento nas políticas públicas voltadas à saúde da mulher, na medida em que concebe a saúde da mulher de forma integral, incluindo o planejamento familiar, prevenção do câncer, atenção às adolescentes, diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

A partir da década de 1990, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) influencia diretamente na implementação do PAISM, já que estava ancorado como parte de um programa de assistência primária à saúde. Assim, as dificuldades de implantação do SUS, particularmente, com o processo de municipalização e reorganização da atenção básica à saúde, através do PSF, de forma a garantir ações básicas de pré-natal, puerpério, planejamento familiar e outros, tem consequências diretas no PAISM, revelando uma baixa resolutividade dos problemas de saúde das mulheres, além de não contemplar uma parte da população feminina ainda sem visibilidade, de maneira que passa por uma revisão no final dos anos 1990 (BRASIL, 2004).

O uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos ganha legitimidade social e política, em 1984, após o I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em Amsterdã, onde um grupo de brasileiras feministas retorna e introduz o termo como o mais completo e pertinente para abarcar as noções que até então se trabalhava como saúde da mulher ou saúde integral da mulher, por exemplo (PORTELLA, 2007).

Entretanto, somente após dez anos, sob a influência de múltiplos grupos sociais e de conferências anteriores, através da IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, o conceito de direitos reprodutivos adquiriu de fato legitimidade institucional, resultando em uma série de acordos que orientam as políticas de

diversos países, inclusive o Brasil, no sentido de garantir as plenas condições para o exercício da vida sexual e reprodutiva de forma segura e sem coerção, sendo reconhecido como:

direito fundamental de todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsabilmente o número de filhos, o espaço a mediar entre os nascimentos e o intervalo entre eles, e a dispor da informação dos meios para isso e o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p. 37).

A definição de direitos sexuais é mais recente, anteriormente incluído nos direitos reprodutivos, surge principalmente nos anos 1990, inicialmente, no âmbito dos movimentos gay e lésbicos europeus e norte-americanos e, em seguida, no movimento feminista que, segundo Corrêa e Ávila (2003), consideram a sexualidade um ponto fundamental para compreensão e transformação da desigualdade de gênero. As autoras chamam a atenção ainda que diferentemente dos direitos reprodutivos, emergidos e pensados no campo predominantemente feminista, os direitos sexuais requerem o envolvimento de outros atores e perspectivas, como lésbicas, travestis, gays, dentre outros, tornando-os bem mais complexo.

Na Conferência do Cairo, apesar de introduzido o termo de direitos sexuais, foi de fato na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, que seria novamente abordado e acordado que:

Os direitos humanos da mulher incluem o seu direito a ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a mulher e o homem a respeito das relações sexuais e à reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade pessoal, exigem o respeito e o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as consequências do comportamento sexual (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1996, p. 78).

Conforme Ventura (2004), o conceito, ainda, não é reconhecido na dimensão ideal em decorrência das dificuldades da sociedade em discutir as diferentes esferas do exercício da sexualidade humana e ao adotar estigmas e preconceitos a determinados grupos de pessoas, gerando estereótipos a partir dos quais os comportamentos são delineados em relação ao feminino e masculino.

Paralelamente à legitimação dos direitos reprodutivos e sexuais, ocorreu a consolidação dos conceitos de saúde reprodutiva e sexual. Assim, inicialmente, quando surgiu a denominação de saúde reprodutiva pela Organização Mundial de Saúde, o termo foi definido como uma extensão da definição de saúde só que direcionada à reprodução humana, no intuito

de modificar a perspectiva tradicional do controle demográfico e do planejamento familiar. Posteriormente, década de 90, em meio ao advento do HIV/Aids, seria discutido o conceito de saúde sexual e ambos consolidados, anos mais tarde, pelas conferências do Cairo e Beijing.

Assim, a saúde reprodutiva foi entendida como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de enfermidade ou doença, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p.37). A saúde reprodutiva implica também que a pessoa tenha uma vida sexual segura, satisfatória e responsável, com a liberdade de decidir se deseja procriar, quando e com que frequência deve fazê-lo.

De forma complementar, o conceito de saúde sexual foi definido como:

[...] a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais (BRASIL, 2006, p.37).

Com programa de ação que enfatizava questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros, com a inclusão dos homens nas esferas relativas à saúde sexual e reprodutiva e contando com uma conjuntura favorável, as Conferências do Cairo e Beijing propiciaram uma mudança de paradigma das políticas de controle populacional (da perspectiva econômica e ideológica simplesmente), para a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos e autonomia nas escolhas individuais (BRASIL, 2005a).

Em 2004, com o objetivo de contemplar as populações femininas como as residentes em áreas rurais, as negras, as lésbicas, as mulheres prisioneiras, dentre outras, e algumas questões emergentes que afetavam a saúde das mulheres como menopausa e climatério, doenças mentais, reprodução assistida, bem como a inclusão da perspectiva de gênero no desenvolvimento das atividades, formula-se no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tomando como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais (BRASIL, 2004).

De modo articulado com as idéias da PNAISM e partindo do reconhecimento de que o comportamento masculino nos diversos âmbitos sócio-culturais, fortemente influenciadas pelos padrões de masculinidade, também repercutem de forma singular nos agravos que acometem esta população e se constituem verdadeiros problemas de saúde pública, o Ministério da Saúde brasileiro, em 2008, formula a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, visando estimular práticas de auto-cuidado e aumentar a procura pela

atenção primária à saúde, com o intuito de reduzir dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis neste grupo (BRASIL, 2008a).

A dissociação da sexualidade em relação à reprodução, bastante consolidada a partir das Conferências e ratificada nas estratégias destas políticas, apesar de contribuir para que o prazer, a liberdade e a realização pessoal passassem a ser centrais no exercício da sexualidade, deslocando a maternidade e o casamento como fundamentais na vida das mulheres, segundo Portella (2007), restam algumas questões importantes nas reivindicações feministas emancipatórias, como, por exemplo, o compartilhamento da vida privada e amorosa, o que, ainda, limita a inserção social das mulheres na vida pública.

De fato, desde a década de 1970, as mulheres estão buscando e conquistando seu lugar no universo público de predominante atuação masculina. Contudo, observa-se que a maior participação feminina no espaço público, político e econômico, não tem correspondido ao aumento da inserção masculina nas atividades do mundo privado, ou seja, nas questões referentes à criação dos filhos, à partilha do trabalho doméstico e à co-responsabilidade reprodutiva e sexual. Para a sociedade contemporânea, a concepção e criação dos filhos estão, ainda, predominantemente, sob a responsabilidade das mulheres, reproduzindo as relações de gênero, de modo a manter no âmbito familiar, uma delimitação clara de papéis e modelos (LYRA; MEDRADO, 2000).

Neste sentido, percebe-se que os papéis assumidos por mulheres e homens fazem com que, principalmente as mulheres, sejam desigualmente afetadas por este arranjo que associa as mulheres à esfera privada, não considerando outros projetos pessoais e profissionais das mesmas e os homens às atividades do mundo público, valorizado e reconhecido social e economicamente.

Em um plano maior, essa divisão de papéis é funcional e estruturadora da sociedade. Caso não fossem as mulheres a realizar as atividades no âmbito privado que “mantêm vivos/as a todos/as, o Estado e a sociedade teriam que dar conta das mesmas de modo que a vida social e econômica pudesse seguir seu curso” (PORTELLA, 2001, p.96), resultando em custos financeiros elevados e reordenação social de modo a valorizar essas atividades que atualmente não são vistas como trabalho, mas como parte inerente da vida das mulheres.

Especificamente para o campo da pesquisa, a importância de desenvolver estudos sobre o papel dos homens nas questões reprodutivas é evidenciada na tentativa de resgatar os significados sociais da reprodução como um processo de interação de homens e mulheres, o qual questione a posição masculina nesta relação e considere as possíveis participações do

homem na procriação com outros âmbitos de sua vida como sexualidade, trabalho e vida doméstica (CHUMPITAZ, 2003).

Faz-se necessário superar a restrição de algumas práticas às mulheres, como as contraceptivas, o planejamento familiar, o cuidado com os(as) filho(as), assegurando aos homens o direito à participação ativa no planejamento reprodutivo, facilitando o acesso as informações, a preservativos, principalmente aos jovens, bem como estimular o acompanhamento da gravidez, parto, pós-parto e a vivência de uma paternidade responsável (BRASIL, 2008a).

Segundo afirma Schraiber, Gomes e Couto (2005), uma das áreas em que os estudos sobre homens e saúde ganha destaque é a saúde reprodutiva e sexual, que advoga uma perspectiva relacional de gênero e permite melhorias não somente na saúde masculina, mas avanços para a saúde das mulheres na medida em que envolvem os homens no seu enfrentamento.

De acordo ainda com as/o autoras/ autor, na esfera da Saúde Coletiva, há que se reconhecer que também se faz necessária uma abordagem do masculino, sob a ótica da masculinidade, na discussão da promoção da saúde, cuja definição positiva perpassa a questão de direitos e equidades, além de considerar que a própria dimensão de gênero requer o envolvimento dos homens, uma vez que precisam ser considerados tanto quanto as mulheres em suas singularidades e diversidades nas relações que estabelecem (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005).

2.3 CONTRACEPÇÃO, VULNERABILIDADES SOCIAIS E AO HIV/ AIDS NA JUVENTUDE

Os/as jovens são especialmente vulneráveis aos aspectos relativos à saúde sexual e no contexto da ocorrência do HIV/Aids, além das outras ISTs, alguns estudos da Organização Mundial da Saúde demonstram que a juventude é considerada o grupo de maior vulnerabilidade quando comparados com outras populações, havendo uma estimativa de que 560.000 pessoas jovens, entre 15-24 anos, estão infectadas pelo HIV na América Latina (KOSTRZEWA, 2008).

Apesar da vulnerabilidade desse grupo, um estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), intitulado “ Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/ Aids” no ano de 2005, observou que a população jovem, entre 16-24 anos, é a que mais se protege nas relações sexuais nas três modalidades de utilização do

preservativo estudadas, quando comparada a outros intervalos etários, seja no uso (aqui incluídas as declarações afirmativas sobre o uso do condom em pelo menos uma relação sexual no período); uso consistente (uso em todas as relações sexuais no período) ou uso na última relação sexual, sempre considerando-se os 12 meses anteriores à entrevista (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008).

A pesquisa também demonstrou que a utilização do preservativo pelos (as) jovens segundo o tipo de parcerias sexuais, nos 12 meses que antecederam a entrevista, foi maior entre jovens com parcerias eventuais, atingindo o percentual de 92%, que entre aqueles (as) com parcerias estáveis, com 59,2% (BERQUÓ; BARBOSA; LIMA, 2008). Esse dado reforça que no plano das práticas exercidas por esse grupo que favorece a exposição ao HIV, observa-se que conhecer o (a) parceiro(a), acreditando-se estabelecer uma relação de exclusividade com a pessoa que se gosta, em quem se confia, funciona no imaginário deste grupo como barreira ao contágio do HIV (REBELLO; GOMES, 2009). O uso do condom está associado às relações esporádicas e/ ou com pessoas fora do âmbito de convivência.

Os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008c) revelam que, especificamente na adolescência, as mulheres são as mais afetadas pela Aids, de maneira que na faixa etária de 13 – 19 anos, o número de casos notificados de 1997 até o ano de 2007, tem sido maior no sexo feminino, com um total de 3.628 casos notificados no período, fato este que não se observa em nenhuma outra faixa etária a partir de 25 anos, onde o número de casos em homens é sempre maior. No sexo masculino, foram registrados 2.517 casos de Aids, no mesmo período e faixa etária (BRASIL, 2008c).

A violência sexual, conjuntamente, surge como importante aspecto da vulnerabilidade ao HIV/ Aids, principalmente entre as mulheres jovens, que além de uma cruel expressão da desigualdade social, racial e de gênero no Brasil e na América Latina, a violência e a exploração sexual de adolescentes e jovens se configura uma importante perspectiva de violação dos direitos sexuais desse grupo. Estudo desenvolvido por Ribeiro, Ferriani e Reis (2004) sobre as características relativas às vitimizações sexuais intrafamiliares cometidas contra crianças e adolescentes, evidenciou que a grande maioria dos casos envolveu adolescentes do sexo feminino, onde é a vítima preferencial neste tipo de violência em 90% a 95% dos casos, evidenciando as relações de gênero no processo de dominação e exploração.

Na América Latina, investigações realizadas pela Organização Mundial da Saúde revelaram que na Nicarágua, por exemplo, 26% das adolescentes experimentaram algum tipo de violência física ou sexual. Na Costa Rica, um grande percentual das gravidezes em meninas de até 15 anos de idade foram decorrentes de incesto, o que de fato sugere que a

violência se constitui um risco, especialmente para as mulheres jovens que residem nestas regiões (KOSTRZEWA, 2008).

Além do plano da sexualidade, outros temas surgem nos contextos de vida de jovens, e nos remete a discutir o conceito de vulnerabilidade social como central nestas discussões. Segundo Castro e Abramovay (2002) com o debate sobre vulnerabilidades sociais pretende-se sair de análises de posições morfológicas estáticas, para reconhecer processos contemporâneos, de remodelações das relações sociais, tentando compreender de forma integral a diversidade das situações e de sentidos para diferentes grupos, indivíduos, tipos de famílias e comunidades.

O conceito de vulnerabilidades sociais refere-se tanto ao negativo, ou seja, aos obstáculos existentes para as comunidades, famílias e pessoas (riscos); quanto ao positivo, quando se identifica as potencialidades para enfrentamento de situações negativas vivenciadas (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002).

Destacam-se como situações de vulnerabilidade negativa vivenciadas pela juventude no Brasil, considerando, principalmente, as falas de jovens nas pesquisas realizadas pela UNESCO, particularmente àqueles em situações de pobreza: a violência, traduzida em mortalidade precoce de muitos; a baixa qualidade da educação; participação no mercado de trabalho, sendo este grupo um dos que apresentam os mais altos índices de desemprego e subemprego no país, apesar da extrema importância não só como meio de sobrevivência, mas como promoção da auto-estima e autonomia; e a falta de espaços de lazer e de cultura para essa população, também, se configuram importantes aspectos de vulnerabilidades sociais, principalmente no combate à violência e no consumo de drogas (CASTRO; ABRAMOVAY, 2004).

Do exposto, identificar as práticas e vivências de jovens de diferentes segmentos no que tange às questões sócio –econômicas, da sexualidade, da reprodução, dentre outras, e suas articulações com os contextos familiares em que estão inseridos, escola, comunidade, serviços de saúde, se apresentam como importante discussão na saúde desta população.

2.4 JUVENTUDE RURAL

Apesar de o Brasil ser considerado um país basicamente urbano, com uma taxa de urbanização de 83,8%, conforme dados do IBGE (2009a), verifica-se que, na área rural, a população jovem tem representatividade maior do que a observada na população residente em áreas urbanas. No Nordeste, a população rural totaliza 14.938.784 pessoas, a Bahia possui um

quantitativo de 4.626.939 pessoas na mesma situação e na região metropolitana de Salvador 58.563 pessoas residem em localidades rurais (IBGE, 2008b).

Para fins desta pesquisa, utilizaremos o conceito adotado pelo IBGE (2007) que classifica a localização do domicílio em urbana ou rural, de acordo com Lei municipal de 1º de abril de 2007, sendo rural àquela que abrange toda localidade situada fora dos limites urbanos. Inclui os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados, os núcleos e outros aglomerados.

Considerando ainda as distinções adotadas pelo IBGE, entre localidades urbanas e rurais, o meio rural apresenta três características fundamentais: “o hábitat disperso, a dependência em relação à sede municipal ou outra cidade próxima e a precariedade do acesso a bens e serviços socialmente necessários, inclusive a ocupações não agrícolas” (WANDERLEY, 2007, p. 23).

Partindo de alguns estudos entendemos que o mundo rural é dotado de particularidades históricas, sociais, culturais que o caracteriza como uma realidade própria, fazendo-se necessário incorporar, o segmento da população composto pela juventude rural, não só como parte integrante dessa diversidade social, mas pela percepção de que alguns problemas atingem esse grupo de forma diferenciada (WANDERLEY, 2007; BRASIL, 2006; CASTRO, 2005).

Um dos aspectos negativos enfrentados, segundo a referência dos(as) próprios (as) jovens, se relaciona à atividade agrícola que desempenham nesta área classificada, muitas vezes, como penosa, difícil e com baixos rendimentos, constituindo fatores de expulsão, que estimulam a decisão de emigração rural neste grupo (BRUMER, 2007).

Outras dificuldades comumente enfrentadas por jovens no campo é o acesso limitado às escolas e trabalho. Segundo Castro (2005) os/as jovens que residem em assentamentos têm fácil acesso ao ensino da 1ª a 4ª série, devido à proximidade física de uma escola. A partir da 5ª série do ensino fundamental, entretanto, eles/ elas são obrigados(as) a procurar os centros urbanos, percorrendo distâncias de até 6 quilômetros a pé, o que faz com que haja uma redução importante da frequência escolar neste estágio.

Na maior parte das regiões Norte e Nordeste essa situação permanece e obrigam os/as jovens a se deslocarem diariamente, muitas vezes, em condições inseguras ou inapropriadas, durante a noite, para ter acesso aos níveis de ensino mais avançados, geralmente oferecidos nos centros urbanos (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2006). Castro (2005) ressalta, também, em sua pesquisa que as queixas dos/ das jovens identificadas não diziam respeito à distância em si, mas às condições de acesso ao transporte, por exemplo.

De fato, dados da PNAD - 2008 (IBGE, 2008b) revelam que tanto nos homens, quanto nas mulheres jovens a frequência à escola foi bem maior entre aqueles residentes nas áreas urbanas, quando comparados com as zonas rurais. Entre os homens, na faixa etária de 15-20 anos, o percentual de frequência às escolas nas zonas urbanas foi de 63,6%, já no meio rural foi de 60,1%. Entre as mulheres no mesmo intervalo etário, o percentual foi de 63,5% e 53,8%, respectivamente. Já no intervalo de idade compreendido entre 21 – 24 anos, o percentual observado reduz significativamente, sendo de 24,4% nas zonas urbanas e apenas 17% nas zonas rurais, entre os homens; e, para as jovens de semelhante faixa etária, o percentual de frequência à escola foi de 26,5% e 22%%, respectivamente (IBGE, 2008b).

Outro aspecto a ser considerado nesta população, é a falta de alternativas profissionais, que garantam oportunidades de trabalho e renda na agricultura ou fora dela (WANDERLEY, 2007). Quando conseguem uma atividade laboral, principalmente entre aqueles(as) que vivem em situação de pobreza, com baixa escolaridade é comum a inserção em condições precárias no mundo do trabalho.

Além da educação e trabalho, o/a jovem rural ou mesmo o/a jovem residentes nas zonas urbanas, com algumas particularidades, carece de outras condições sociais como espaços de lazer, cultura, e saúde. Castro e Abramovay (2002) corroboram e afirmam que em torno de 19% dos municípios brasileiros não têm biblioteca pública, 73% não dispõe de um museu, cerca de 75% não contam com teatro ou casa de espetáculo, além de que em 83%, não existe cinema.

No tocante à saúde da população rural, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, imposta, principalmente, às mulheres, aparece como um grande desafio. As desigualdades das relações de gênero, às distâncias e as dificuldades de deslocamento até os serviços de saúde, as lacunas de cobertura, a maior precariedade dos serviços de saúde locais e capacitação dos profissionais de saúde e gestores para lidar com as especificidades desta população, são fatores que contribuem para essa situação (BRASIL, 2004).

Somando-se a estes fatores, Castro (2005) reforça que ser jovem no meio rural inclui lidar com problemas, como a dominação, a autoridade paterna, que determina a necessidade de vigilância destes jovens. Apesar de serem citados como responsáveis, principalmente, nos aspectos relacionados ao trabalho e estudo, os pais não permitem que ajam autonomamente. A autora cita, que o controle é exercido enquanto o/a jovem estiver residindo com os pais, e, particularmente, com as filhas, o que reforça a “saída” de casa e do assentamento como forma de alcançar autonomia (CASTRO, 2005).

Este cenário pode justificar a tendência de masculinização das áreas rurais, já que as mulheres jovens aparecem nas pesquisas como o grupo que tem maior dificuldade de conquistar sua autonomia e libertar-se do mundo doméstico (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2006). Conforme demonstra a IBGE (2008b), na área urbana a razão de sexo aponta para mais mulheres que homens, em uma razão de 93,8 homens para cada 100 mulheres, mas na zona rural era o oposto, mais homens (101) que mulheres.

Apesar de todas as dificuldades e limitações, algumas autoras ressaltam (BRUMER, 2007; WANDERLEY, 2007) que a vida no campo é, igualmente, muito valorizada por uma grande parte dos/das jovens, especialmente, no que diz respeito à maior tranquilidade que esses espaços possuem, aos laços de amizade e solidariedade que são estabelecidos, considerados como essenciais na qualidade de vida desta população.

Assim como os jovens urbanos, a juventude rural não é homogênea. É preciso considerar as múltiplas realidades que diferenciam esse grupo, como a condição social, a ocupação, grau de escolarização, as relações de gênero e familiares, dentre outras, de modo a atender suas necessidades, preservar e incentivar suas culturas, sem que isso, ao mesmo tempo, nos permita considerá-los como pertencentes a um ambiente não integrado ao restante da sociedade em que vivem (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2006).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza quantitativa. A escolha por esse caminho metodológico se deve à adequação aos objetivos do estudo, pois segundo Barros e Lehfeld (1986) um estudo descritivo é aquele em que se observa, descreve, registra e correlaciona fatos, variáveis, da forma como se apresentam. Marconi e Lakatos (2006, p.84) acrescentam afirmando que os estudos quantitativo-descritivos que estudam aspectos da população possuem, “como função primordial, a exata descrição de certas características quantitativas de populações como um todo, organizações ou outras coletividades específicas”.

A pesquisa exploratória, por sua vez, “começa com algum fenômeno de interesse, no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 34).

3.2 LOCAL DO ESTUDO, CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO E DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

O estudo foi desenvolvido em uma localidade da zona rural do município de Camaçari – Bahia, região metropolitana de Salvador, denominada Parafuso. O município de Camaçari apresenta uma distribuição onde 95,5% da população reside nas áreas urbanas e apenas 4,5% na zona rural (IBGE, 2010).

O município de Camaçari possui uma população estimada em 220.495 habitantes, para o ano de 2007, dos quais 53.404 se encontram na delimitação etária de 15 a 24 anos, o que representa 24,22% da população deste município (IBGE, 2007).

A localidade de Parafuso está situada há aproximadamente 30 quilômetros de Salvador – Bahia e cerca de 15 quilômetros da sede urbana do município, compondo o povoado rural do Distrito da sede. Segundo moradores mais antigos, o lugar é assim chamado, pois no período da construção da malha ferroviária local um vagão que transportava parafusos virou na localidade, dando origem ao nome.

O local é banhado pelo rio Joanes que além de uma opção de lazer, também é utilizado como fonte de renda e subsistência pelos pescadores da comunidade. A comunidade ainda possui um número expressivo de instituições religiosas com nove igrejas evangélicas e uma

católica, bem como a existência de um centro espírita e três terreiros de candomblé, o que pode sinalizar a grande influência da religião nesta população.

A região estudada constituiu-se em uma área adstrita do Programa de Saúde da Família (PSF) e a Unidade de Saúde da Família (USF) localizada nessa localidade, comporta uma das vinte e quatro equipes que o município de Camaçari possui. A equipe de saúde da família responsável pela localidade, à época da pesquisa, era composta por um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem; quatro agentes comunitários de saúde; uma odontóloga e a auxiliar de consultório dentário; um médico; uma recepcionista; uma auxiliar de farmácia e a auxiliar de serviços gerais.

Na unidade de saúde, o enfermeiro desenvolvia assistência ao pré-natal; puerpério; planejamento familiar; prevenção do câncer de colo uterino, com a coleta citologia oncológica; atendimento a pessoas hipertensas e diabéticas; consultas de puericultura; visitas domiciliares e atividades educativas de grupo, principalmente nas escolas locais. A população também contava com o serviço de curativo; imunização; coleta de exames laboratoriais, bem como agendamento de interconsultas e exames externos, na própria unidade de saúde.

Além disso, a unidade dispunha de consultas clínicas, realizadas pelo médico; atendimento odontológico e de um médico acupunturista, cerca de dois dias na semana.

A região encontrava-se organizada em quatro microáreas, totalizando 836 famílias cadastradas e aproximadamente 3.205 pessoas, em todas as faixas etárias, sendo 1.540 homens e 1.665 mulheres, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o mês de Janeiro de 2010.

O SIAB é um sistema de informação territorializado, que permite a desagregação dos indicadores em microáreas, possibilitando a localização precisa dos problemas de saúde, representando uma importante ferramenta para a gestão de sistemas locais de saúde.

A população que reside nessa localidade caracteriza-se pela baixa condição sócio-econômica, onde, conforme relatórios do SIAB, em 2010, a grande maioria das pessoas não é coberta por plano de saúde (97,07%), as casas são de tijolo/ adobe (94,74%), com abastecimento de água pública (97,13%), de energia elétrica (97,97%) e de coleta pública do lixo (95,57%). No entanto, a maioria da população não trata a água de consumo (57,30%) e não dispõe do serviço de esgotamento sanitário, 77,51% utiliza as fossas como solução alternativa.

A escolha dessa área como campo de pesquisa ocorreu, principalmente, devido à vinculação profissional anterior da pesquisadora, onde desenvolvia atividades como

Enfermeira da Equipe de Saúde da Família, o que facilitou o contato com as(os) jovens do estudo, as (o) ACS e a coleta dos dados.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foi utilizada amostragem não-probabilística, de conveniência, composta por 303 jovens, representando 59% da população juvenil estimada em Parafuso, em Janeiro de 2010, de ambos os sexos (Quadro 1), que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tinham entre 15 e 24 anos, segundo a delimitação de faixa etária jovem utilizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a mesma utilizada pelo IBGE; residiam na localidade onde o estudo foi desenvolvido; que eram cadastrados(as) pela Equipe de Saúde da Família e que aceitaram participar da pesquisa, sob o consentimento da(o) responsável, para menores de 18 anos. Foram excluídos (as) do estudo, jovens que apresentassem qualquer prejuízo de capacidade cognitiva que impossibilitasse total ou parcialmente o fornecimento das informações.

Quadro 1 – Distribuição total de jovens estimadas (os) e entrevistadas(os) em Parafuso - Camaçari, por sexo e microárea, 2010.

Microáreas	Mulheres jovens estimadas por microárea	Mulheres jovens entrevistadas por microárea		Homens jovens estimados por microárea	Homens jovens entrevistados por microárea		Total de jovens estimadas (os) por microárea	Total de jovens entrevistados por microárea	
		n	%		n	%		n	%
01	58	47	81%	50	08	16%	108	55	51%
02	79	47	60%	65	19	30%	144	66	46%
03	73	52	71%	63	15	24%	136	67	50%
04	58	58	100%	70	57	81%	125	115	92%
Total	265	204	77%	248	99	40%	513	303	60%

Fonte: SIAB, Jan/ 2010 e pesquisa de campo.

O quantitativo de jovens estimados na área do estudo foi obtido partindo de uma relação nominal de cada uma/um delas (es), por microárea (Quadro 1), em Janeiro de 2010, através das Fichas A (ANEXO A) que compõe o SIAB do município e que são geradas a partir do trabalho da Equipe de Saúde de Família no local da pesquisa, particularmente, das (os) Agentes Comunitários de Saúde, através do cadastramento das famílias no território.

Segundo Berquó, Souza e Gotlieb (1980), amostra é uma porção da população, entendida como um conjunto de elementos que apresentam uma ou mais características em comum. A amostragem não-probabilística ocorre quando os elementos não são selecionados por meios aleatórios, sendo a amostragem de conveniência um dos métodos, caracterizados quando as pessoas mais convenientemente disponíveis são selecionadas como participantes de um estudo, não compreendendo, necessariamente, pessoas conhecidas dos (as) pesquisadores(as).

Sua limitação, é que os sujeitos entrevistados podem ser atípicos na população e desse modo, tem-se o risco da parcialidade e de resultados que não revelem as características gerais do grupo de pessoas da qual fazem parte, não permitindo generalizações fora daquela amostra (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados aconteceu, preferencialmente, no domicílio das/dos jovens do estudo. Excepcionalmente, uma escola da localidade e a USF local também foram utilizadas para abordagem das (os) jovens e realização das entrevistas, sendo que nessas instituições, a entrevista aconteceu em salas reservadas de forma a garantir a privacidade das (os) participantes.

As (os) Agentes Comunitários de Saúde da área foram convidadas(os) a contribuir voluntariamente com a pesquisa e orientadas(os) sobre sua participação, que foi restrita ao acompanhamento da pesquisadora às residências e à escola. Foram ainda esclarecidas(os) sobre a possibilidade, de a qualquer tempo, desistirem de colaborar com o estudo, sem nenhum prejuízo.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e aconteceram, majoritariamente, pela manhã, de acordo com a preferência das(os) Agentes Comunitários de Saúde da localidade, bem como a maior permanência e disponibilidade das (os) jovens nos domicílios e na escola utilizada para tal atividade.

3.5 DATA E PERÍODO DE REFERÊNCIA PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu no período de 19 de abril a 31 de agosto de 2010. Utilizou-se como referência, o primeiro dia de coleta de dados, em conformidade com a metodologia utilizada pelo IBGE nas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD). Desse modo, as respostas às várias perguntas exigiu certo exercício de memória das pessoas que compuseram a amostra. Embora isso tenha demandado tempo maior para lembrança das respostas e, possa, eventualmente, ter gerado omissão de algumas informações, acreditamos que os eventos reprodutivos/sexuais são de difíceis esquecimento no prazo, relativamente curto, de quatro meses.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foi utilizado um formulário (APÊNDICE A) com perguntas estruturadas para coleta dos dados. Segundo Marconi e Lakatos (2006, p. 112), “O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”.

O instrumento foi testado previamente, com o objetivo de avaliar a pertinência das perguntas elaboradas para a pesquisa, bem como o entendimento das questões aplicadas pela pesquisadora, de maneira a permitir uma adequação prévia do formulário. Foi dividido em quatro temas, de acordo com os grupos de variáveis selecionadas.

3.7 VARIÁVEIS

Variável é toda qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente. Desta forma, a abordagem quantitativa refere-se ao estudo de variáveis e da forma como elas se relacionam entre si (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo foram utilizados quatro grupos de variáveis:

a) Sócio-demográficas: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, religião, estado conjugal, frequência à escola, última série concluída, motivo principal do abandono dos estudos, ocupação remunerada, motivo de desemprego, renda pessoal, ocupação não remunerada, renda familiar, atividades de lazer e acesso a meios de comunicação.

b) Sexuais: iniciação sexual; idade na primeira relação sexual; experiência sexual com pessoas do mesmo sexo; grau de satisfação com a vida sexual; parcerias sexuais no período de

referência e método utilizado para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)/ Aids.

c) Reprodutivas: método contraceptivo utilizado na primeira relação sexual; métodos contraceptivos conhecidos; métodos contraceptivos utilizados no período de referência; motivo alegado para o não uso da anticoncepção; principal vantagem e desvantagem dos métodos contraceptivos utilizados; decisão pela escolha do método; idade na primeira gestação; planejamento da última gravidez; realização e frequência ao pré-natal; realização e tipo de aborto; participação do parceiro no momento do parto; número de filhos(as); desejo por filhas (os) e motivos por não desejá-las(os).

e) Aspectos de saúde: uso de drogas e frequência de uso; situação de violência (tipo de violência e agressores(as)); procura pelo serviço de saúde nos últimos 2 meses e tipo de serviço que recorreu; motivo alegado para não procura do serviço de saúde e local que costuma ir quando doente ou precisando de atendimento de saúde.

O consumo de drogas e a situação de violência investigadas nesta pesquisa, são aspectos que afetam diretamente às condições de saúde e estão relacionadas com situações de vulnerabilidades negativas experienciadas pela juventude no Brasil (CASTRO; ABRAMOVAY, 2004). A utilização dos serviços de saúde também surge neste cenário como de grande relevância, já que, nas zonas rurais, há maior dificuldade de acesso a esses serviços e/ou lacunas de cobertura, contribuindo negativamente para as condições de vida desta população e, particularmente, da juventude.

As definições operacionais e categorizações das variáveis estão descritas no Apêndice B e foram realizadas de acordo com o referencial teórico utilizado e categorias utilizadas por pesquisas populacionais realizadas pelo IBGE, principalmente da PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003, que contempla um suplemento sobre acesso aos serviços de saúde e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS do ano de 2006, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi construída uma máscara para a entrada de dados utilizando o programa Microsoft Office Access 2007, tomando como referência o formulário aplicado nas entrevistas. Posteriormente, os dados foram codificados e processados no programa STATA versão 8 e no SPSS 17.0 (Statistical Package of Social Science), onde realizou-se análises descritivas (distribuição de frequências relativas e índices percentuais).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Neri/ Universidade Federal da Bahia, conforme consta no protocolo número 49/2010 da reunião do dia 25 de março de 2010. Foram obedecidos os critérios éticos e legais para pesquisa em seres humanos - Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo garantido o anonimato das (os) entrevistadas (os) após terem optado por participar desta pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) que, posteriormente, foi guardado uma cópia com a pesquisadora e outra entregue as (os) informantes do estudo.

Para as(os) menores de 18 anos, foi ainda necessária a autorização da/do responsável, através da assinatura de um termo de consentimento específico (APÊNDICE D), conforme norma regulamentadora da mesma resolução. Às(aos) participantes foi assegurada a privacidade e o direito de desistir de participar do estudo em qualquer momento.

Para a realização do estudo nesse local, foi solicitada autorização prévia à Secretaria Municipal de Saúde do município de Camaçari, obtendo com êxito a concessão do campo para fins desta pesquisa (ANEXOS B e C).

4 RESULTADOS

A partir dos objetivos propostos, este capítulo apresenta os resultados do estudo iniciando pela caracterização sócio-demográfica da amostra geral e sua relação com o sexo.

De modo geral, a juventude rural estudada se caracteriza por ser composta majoritariamente por mulheres; adolescentes (entre 15-19 anos); negras (os) - 47% parda e 43% preta- que professavam alguma religião; solteiras (os); por jovens que não frequentavam escola; que tinham a 8ª série concluída como nível de máximo de escolaridade; e a gravidez/união com parceiro(a) como motivos mais alegados para abandonar a escola (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra, segundo sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	204	67,0	---	---	---	---
Masculino	99	33,0	---	---	---	---
Idade						
15-19 anos	172	57,0	110	54,0	62	63,0
20-24 anos	131	43,0	94	46,0	37	37,0
Raça/cor *						
Parda	142	47,0	90	44,0	52	52,0
Preta	130	43,0	91	45,0	39	40,0
Branca	16	5,0	14	7,0	2	2,0
Indígena	14	5,0	8	4,0	6	6,0
Religião						
Sem religião	131	43,0	78	38,0	53	54,0
Evangélica	108	36,0	82	40,0	26	26,0
Católica	51	17,0	33	16,0	18	18,0
Cristã	11	3,0	9	5,0	2	2,0
Candomblé	2	1,0	2	1,0	0	0,0
Estado conjugal						
Solteira	206	68,0	119	58,0	87	88,0
Casada/unida	94	31,0	83	41,0	11	11,0
Separada	2	0,7	1	0,5	1	1,0
Viúva	1	0,3	1	0,5	0	0,0
Frequência à escola						
Não	171	56,0	127	62,0	44	44,5
Sim	130	43,0	76	37,0	54	54,5
Nunca frequentou	2	1,0	1	1,0	1	1,0
Última série concluída**						
Até 8ª série	167	55,0	98	48,0	69	70,0
1º-3º ano	132	44,0	103	51,0	29	30,0
Nível superior	2	1,0	2	1,0	0	0,0
Motivo principal do abandono dos estudos***						
Gravidez/ União com parceiro(a)	47	50,0	45	73,0	2	6,0
Trabalho	22	24,0	2	3,0	20	64,5
Não gostava de estudar	10	11,0	7	11,0	3	10,0
Outros motivos	14	15,0	8	13,0	6	19,5

* Não houve auto- declaração entre as (os) jovens da amostra para raça/cor amarela. Excluída uma entrevistada que recusou-se a responder.

** Excluídas(os) as(os) jovens que nunca frequentaram escola.

***Excluídas(os) as(os) que concluíram o ensino médio.

Vale dizer, na categoria outros em “motivo principal do abandono dos estudos” (Tabela 1), foram agrupados os motivos descritos como problemas na documentação; falta de transporte para deslocar-se ao trabalho; gestação no período analisado; pensar que estavam impossibilitadas (os) de trabalhar por serem menores de idade e baixa remuneração oferecida.

O grupo era formado, ainda, por uma maioria de pessoas que não possuíam ocupação remunerada, principalmente, por não terem conseguido emprego e pela necessidade de estudar; que recebiam menos que 1 salário mínimo quando ocupadas (os); que exerceram ocupações não remuneradas no período e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. A grande parcela das (os) jovens assistia televisão como lazer ou meio de comunicação de maior acesso (Tabela 2).

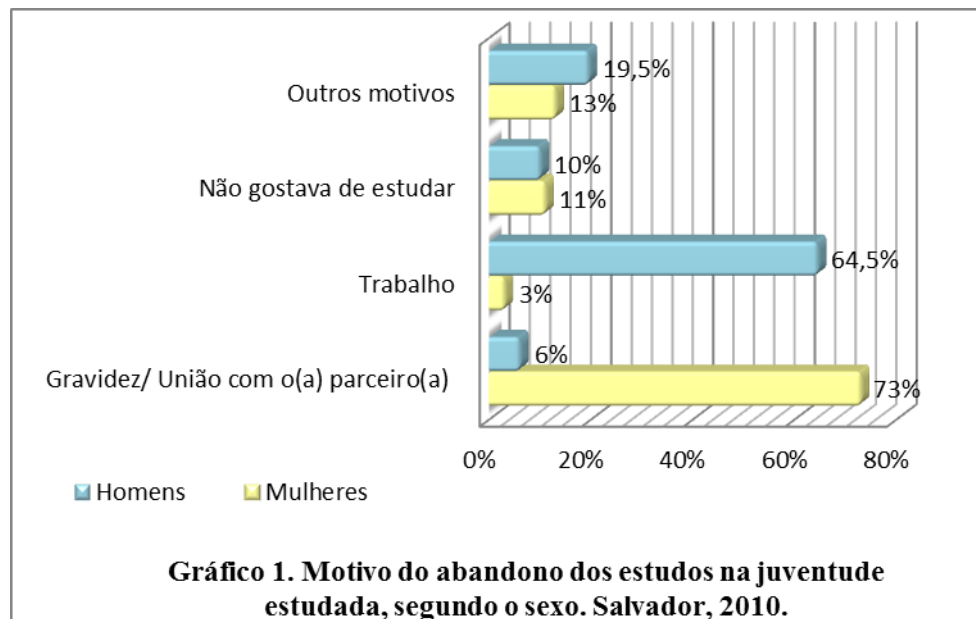
Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra: trabalho, renda e lazer, segundo sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Ocupação remunerada no período						
Não	162	53,5	136	67,0	26	26,0
Sim	141	46,5	68	33,0	73	74,0
Motivo do desemprego no período						
Não conseguiu emprego	60	37,0	56	41,0	4	15,0
Necessidade estudar	37	23,0	24	18,0	13	50,0
Cuidado filha(o)s	19	12,0	19	15,0	0	0,0
Acha que não precisa	16	10,0	10	7,0	6	23,0
Outro	9	6,0	7	5,0	2	8,0
Não aceitação parceiro(a)	7	4,0	7	5,0	0	0,0
Trabalho distante da residência	7	4,0	7	5,0	0	0,0
Pai/Mãe não permitiu	7	4,0	6	4,0	1	4,0
Renda média mensal obtida no período						
< 1 salário mínimo	95	67,0	50	73,5	45	62,0
1 a 2 salários mínimos	43	31,0	18	26,5	25	34,0
Maior que 2 salários mínimos	3	2,0	0	0,0	3	4,0
Ocupação não remunerada no período						
Sim	290	96,0	201	98,5	89	90,0
Não	13	4,0	3	1,5	10	10,0
Renda Familiar						
< 1 salário mínimo	56	18,5	37	18,0	19	19,0
1 a 2 salários mínimos	141	46,5	108	53,0	33	34,0
Maior que 2 salários mínimos	49	16,0	26	13,0	23	23,0
Não sabe	57	19,0	33	16,0	24	24,0
Acesso a meios de comunicação e atividades de lazer*						
Assistir TV	296	98,0	199	97,0	97	98,0
Ouvir Música	290	96,0	194	95,0	96	97,0
Telefone Móvel	224	74,0	154	76,0	70	71,0
Ir à praia	215	71,0	143	70,0	72	73,0
Jornais/Revistas	178	59,0	135	66,0	43	43,0
Namorar	174	57,0	108	53,0	66	67,0
Ir a festas	159	53,0	101	49,5	58	59,0
Internet	139	46,0	91	45,0	48	48,0
Banho de rio	136	45,0	71	35,0	65	66,0
Telefone fixo	136	45,0	94	46,0	42	42,0
Praticar esportes	114	38,0	38	19,0	76	77,0
Participar de grupos religiosos	91	30,0	69	34,0	22	22,0
Outras	73	24,0	50	24,0	23	23,0

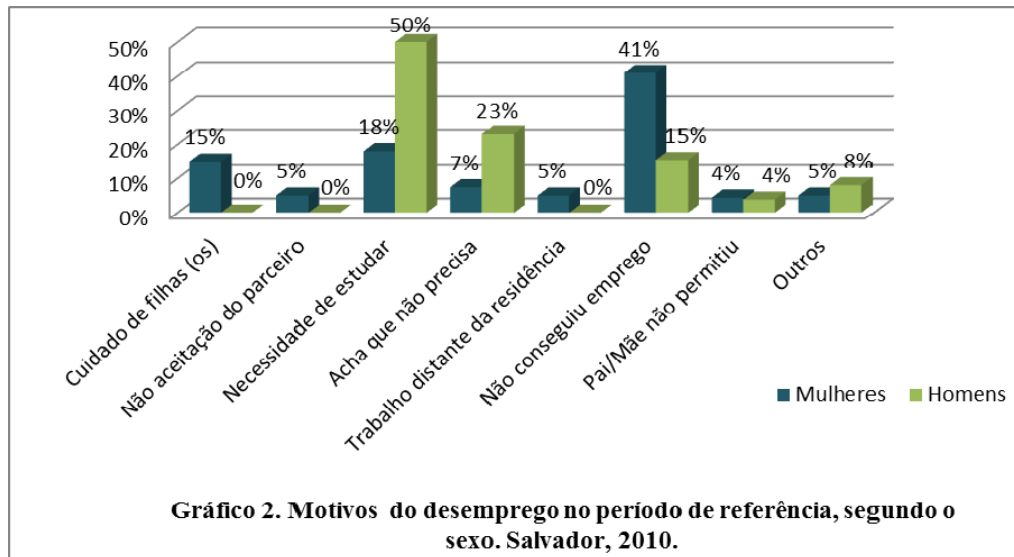
*Questão de múltiplas respostas.

A caracterização da população do estudo segundo o sexo demonstra que, dentre as mulheres, o percentual de casadas (41%) foi bem superior ao dos rapazes (11%), que também eram mais solteiros (88%) do que as mulheres (58%). No tocante à escolaridade, as mulheres estudaram principalmente entre o 1º-3º ano do segundo grau (51%), enquanto que os homens até a 8ª série (70%) do ensino fundamental. O nível superior de ensino, apesar de menos referido (1%), foi citado exclusivamente pelas mulheres (Tabela 1).

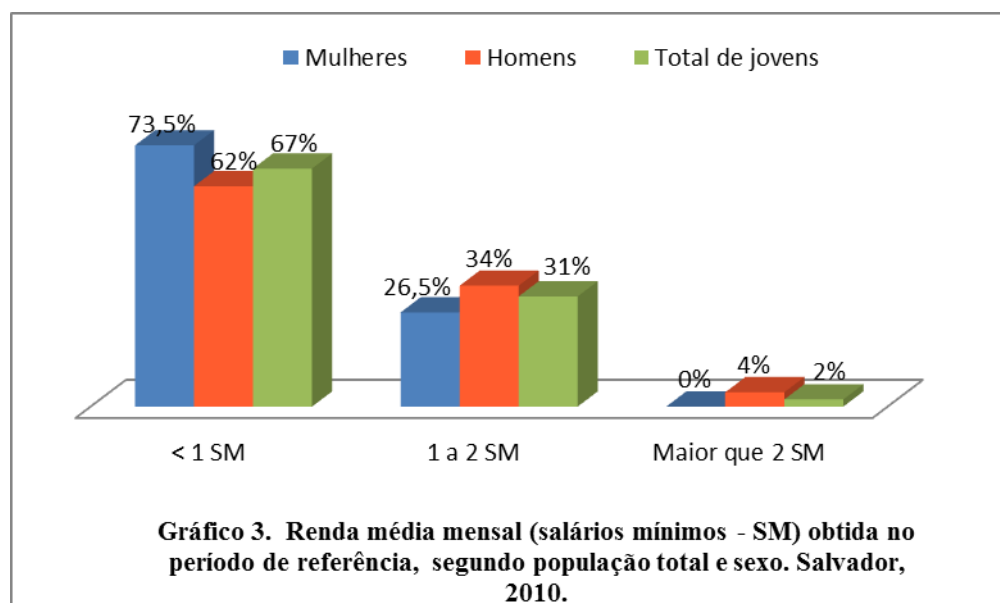
A pesquisa revelou que, de maneira geral, as jovens abandonaram mais à escola, quando comparadas aos homens, e, em relação à variável motivo principal do abandono dos estudos, a alegação mais citada entre mulheres, foi a gravidez ou união conjugal (73%). Já entre os rapazes, a necessidade de trabalhar constituiu-se a razão principal para não estudar (64,5%) (Gráfico 1).



A maioria das (os) jovens desempregadas (os) no período foi composta por mulheres (67%) e ao analisar o principal motivo por não exercer uma ocupação remunerada por sexo, percebe-se que não ter conseguido emprego, foi o motivo mais frequente entre as mulheres; seguido da necessidade de estudar e do cuidado de filhas (os), sendo essa última razão, referida exclusivamente por elas. Entre os rapazes, a necessidade de estudar foi referida por 50% deles, seguido do fato de pensarem que não precisavam exercer um trabalho remunerado (Gráfico 2).



No que diz respeito à renda média mensal recebida pelas (os) jovens empregadas (os) por sexo, entre as mulheres, a maioria possuía rendimentos inferiores a 1 salário mínimo (73,5%), enquanto os homens concentraram maiores rendimentos, com 34% recebendo de 1-2 salários mínimos por mês e 4% deles com rendimentos superiores a 2 salários mínimos, condição ausente entre as garotas (Gráfico 3).



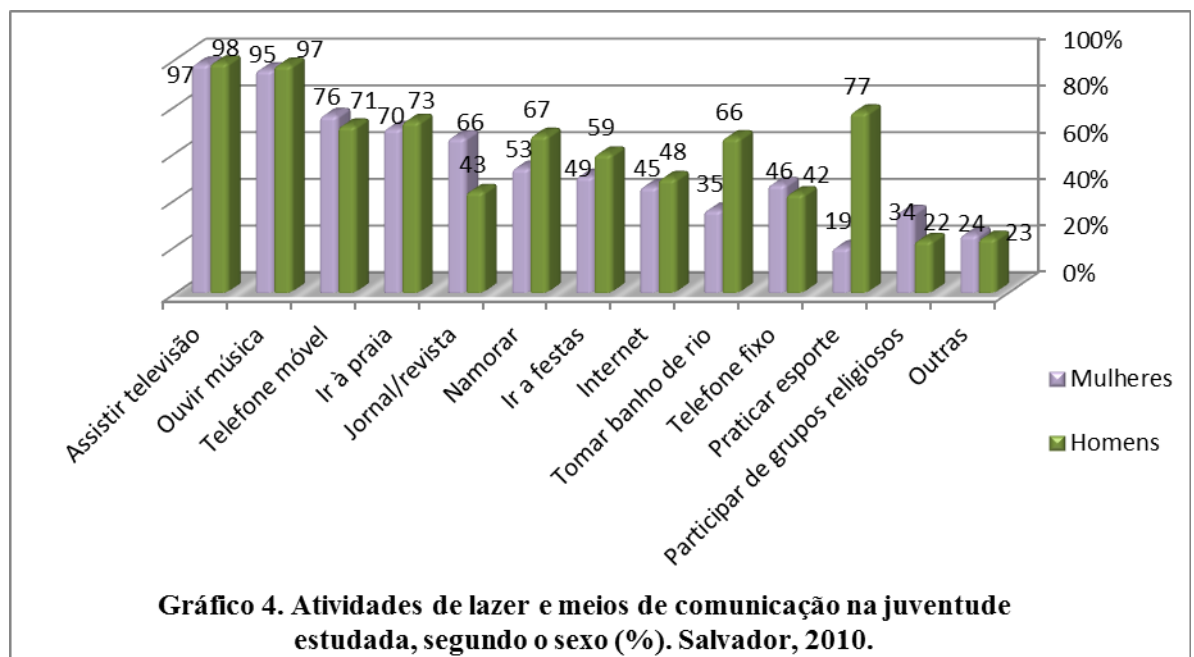
A ocupação não remunerada, nesta pesquisa, pode ser descrita como o trabalho realizado no ambiente domiciliar, como varrer, passar, lavar ou cuidar de animais domésticos; o desempenho de tarefas como construção e reforma da casa, plantação, colheita; e ao

verificar as diferenças entre as mulheres e homens investigados, observou-se que as primeiras, foram as que mais exerceram esse tipo de ocupação (98,5%).

Apesar do elevado percentual de jovens que desconhecem a renda familiar na amostra geral (19%), as diferenças entre os sexos revelam uma maior concentração de rapazes com renda familiar maior que 2 salários mínimos (23%), comparativamente às mulheres (13%).

No que se refere às atividades de lazer e acesso aos meios de comunicação pela juventude estudada, diversas foram as opções apontadas e ao analisar as maiores diferenças entre os sexos, notou-se que, namorar (67%), tomar banho de rio (66%) e praticar esportes (77%) foram predominantemente preferências masculinas. Entre as mulheres, houve maior destaque para participação em grupos religiosos (34%) e leitura de jornais/ revistas (66%) (Gráfico 4).

A categoria “outras” incluiu passear e viajar; brincar; dançar; cantar; tocar instrumentos; conversar e sair com amigas (os); jogar; ler e estudar; participar de cavalgadas, dentre outras, mais frequentemente referida por mulheres.



Quanto aos aspectos sexuais da amostra, o estudo revelou que 73,5% das mulheres havia iniciado relacionamentos sexuais, predominantemente entre 15 e 19 anos de idade, correspondendo a 62% do total; e um pequeno percentual delas relatou ter tido experiência homossexual. A satisfação com a vida sexual foi relatada pela maioria das jovens; a grande

parte daquelas sexualmente ativas teve uma parceria sexual nos últimos três meses (82%) e utilizou o preservativo masculino como forma de prevenção às ISTs/Aids (59%).

Entre os homens, 74% havia iniciado a vida sexual, principalmente, entre 15 e 19 anos de idade (54%); negaram experiência homossexual, em sua quase totalidade (98%) e encontravam-se satisfeitos com a vida sexual (60%). Os rapazes afirmaram, predominantemente, ter tido uma parceria sexual nos últimos 3 meses (40%), entretanto, nota-se uma maior concentração deles informando duas ou mais parcerias sexuais no período analisado (38%), em relação às mulheres com percentuais bem menores (7%). No tocante à prevenção das ISTs/Aids, o preservativo masculino, entre os homens, de maneira semelhante às garotas, foi o mais utilizado (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização sexual da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS SEXUAIS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Iniciação da vida sexual						
Sim	223	74,0	150	73,5	73	74,0
Não	81	26,0	54	26,5	26	26,0
Idade da primeira relação sexual*						
15-19 anos	133	60,0	93	62,0	40	54,0
≤ 14 anos	79	35,0	49	33,0	30	42,0
20-24 anos	11	5,0	8	5,0	3	4,0
Experiência sexual com pessoa do mesmo sexo						
Não	296	98,0	199	97,5	97	98,0
Sim	7	2,0	5	2,5	2	2,0
Grau de satisfação com a vida sexual*						
Satisfeita(o)	122	55,0	78	52,0	44	60,0
Muito satisfeita(o)	31	14,0	23	15,0	8	11,0
Pouco satisfeita(o)	24	10,0	16	11,0	8	11,0
Não sabe	17	8,0	13	9,0	4	6,0
Recusa-se a responder	16	7,0	8	5,0	8	11,0
Insatisfeita (o)	13	6,0	12	8,0	1	1,0
Número de parcerias sexuais nos últimos 3 meses*						
01	152	68,5	123	82,0	29	40,0
Nenhuma	33	15,0	17	11,0	16	22,0
03 ou mais	20	8,5	5	3,5	15	20,0
02	18	8,0	5	3,5	13	18,0
Método utilizado para prevenção das doenças transmitidas sexualmente*						
Preservativo masculino	151	68,0	88	59,0	63	86,0
Nenhum	60	27,0	50	32,0	10	14,0
Injetáveis e preservativo masculino	5	2,5	5	4,0	0	0,0
Outros	4	1,5	4	3,0	0	0,0
Pílula e preservativo masculino	3	1,0	3	2,0	0	0,0

*Excluídas(os) as(os) que não tinha iniciado a vida sexual.

Partindo para análise das características reprodutivas entre os sexos, percebeu-se que o preservativo masculino foi o mais utilizado na primeira relação sexual (44%), entre as jovens garotas, chamando a atenção para o percentual que também afirmou não utilizar contraceptivo algum naquela ocasião (30%). Todas as mulheres referiram conhecer algum método

contraceptivo, sendo: a pílula, o condom e os injetáveis os mais citados. Entre os homens entrevistados, o preservativo masculino também foi o mais mencionado na primeira relação sexual (67%); quase todos eles conheciam algum método contraceptivo (99%), sendo o preservativo masculino o mais referido entre eles, seguida da pílula e dos injetáveis (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização reprodutiva da amostra: uso da contracepção na 1ª relação sexual e contraceptivo conhecido, segundo o sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS REPRODUTIVAS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Método utilizado para evitar a gravidez na primeira relação sexual*						
Nenhum	58	26,0	45	30,0	13	18,0
Coito interrompido	17	8,0	11	7,0	6	8,0
Pílula	17	8,0	15	10,0	2	3,0
Injetáveis	9	4,0	8	6,0	1	1,0
Preservativo masculino	115	51,0	66	44,0	49	67,0
Pílula e preservativo masculino	2	1,0	2	1,0	0	0,0
Não lembra	5	2,0	3	2,0	2	3,0
Métodos contraceptivos que conhece* **						
Preservativo masculino	207	93,0	136	91,0	71	97,0
Pílula	195	87,0	143	95,0	52	71,0
Injetáveis	129	58,0	103	69,0	26	36,0
DIU	73	33,0	61	41,0	12	16,0
Preservativo feminino	52	23,0	36	24,0	16	22,0
Laqueadura/ Vasectomia	17	8,0	12	8,0	5	7,0
Diafragma	16	7,0	15	10,0	1	1,0
Coito interrompido	12	5,0	5	3,0	7	10,0
Tabelinha	8	4,0	8	5,0	0	0,0
Pílula dia seguinte, chás	8	4,0	6	4,0	2	3,0
Outros	2	1,0	2	1,0	0	0,0
Nenhum	1	0,5	0	0,0	1	1,0

*Excluídas(os) as(os) que não tinha iniciado a vida sexual.

** Questão de múltiplas respostas.

Quanto a utilização de contraceptivos nos últimos 3 meses, a grande parte das mulheres afirmou ter usado algum método (77%); a gravidez ou ausência de parcerias sexuais no período foram os motivos principalmente apontados entre as que não utilizaram recursos de anticoncepção e a segurança de evitar uma gestação foi a vantagem atribuída ao método contraceptivo utilizado pela maioria delas. Quanto à decisão pela escolha do método contraceptivo, o maior percentual de repostas indica a auto-decisão, seguido da decisão pelo casal (Tabela 5).

Diferentemente das mulheres, entre os homens, o método mais utilizado, foi o preservativo masculino (44%) e a maioria considerável daqueles que não fizeram uso da contracepção, alegaram a falta de parcerias sexuais no período. Na opinião dos rapazes, a principal vantagem do contraceptivo utilizado, foi a possibilidade de também prevenir

ISTs/Aids (53%); a pequena maioria não apontou desvantagens no uso de métodos e relataram que a decisão pelo tipo do contraceptivo foi feita conjuntamente com a parceira (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização reprodutiva da amostra: aspectos da utilização de contraceptivos, segundo o sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS REPRODUTIVAS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Métodos utilizados para evitar a gravidez nos últimos 3 meses*						
Nenhum	60	27,0	35	23,0	25	35,0
Preservativo masculino	58	26,0	25	17,0	33	44,0
Injetáveis	35	16,0	32	21,0	3	4,0
Pílula	26	12,0	25	17,0	1	1,0
Injetável e preservativo masculino	15	7,0	11	7,0	4	6,0
Coito interrompido	5	2,0	2	1,0	3	4,0
Laqueadura/ Vasectomia	5	2,0	5	4,0	0	0,0
Outros	6	3,0	4	3,0	2	3,0
Pílula e injetáveis	3	1,0	3	2,0	0	0,0
Pílula e preservativo masculino	10	4,0	8	5,0	2	3,0
Motivo por não utilizar método contraceptivo no período*						
Não achou necessário	7	11,5	1	3,0	6	23,0
Não gosta	2	3,0	1	3,0	1	4,0
Efeitos colaterais indesejáveis	3	5,0	3	9,0	0	0
Deseja filhas(os)	7	11,5	5	14,0	2	8,0
Gravidez/parceira já grávida	13	21,0	11	31,0	2	8,0
Não tinha parceiro(a) sexual no período	25	43,0	11	31,0	14	57,0
Outros	3	5,0	3	9,0	0	0
Principal vantagem do método que utilizou* **						
Seguro para evitar a gravidez	72	44,0	59	51,0	13	28,0
Evita IST/Aids	49	30,0	24	21,0	25	53,0
Ausência ou insignificância de efeitos colaterais	9	6,0	8	7,0	1	2,0
Seguro para evitar gravidez e evita IST/Aids	23	14,0	17	15,0	6	12,0
Outra	6	4,0	4	4,0	2	3,0
Nenhuma	4	2,0	3	2,0	1	2,0
Principal desvantagem do método que utilizou* **						
Nenhuma	58	36,0	34	30,0	24	51,0
Não evita IST/Aids	31	19,0	28	24,0	3	6,0
Desconfortável/ Dor na administração	27	17,0	17	15,0	10	20,0
Efeitos colaterais ruins	25	15,0	23	20,0	2	4,0
Outras	17	10,0	9	8,0	8	17,0
Sempre falta pelo SUS	5	3,0	4	3,0	1	2,0
Decisão pela escolha do método* **						
A(O) própria(o) jovem	66	41,0	50	43,0	16	34,0
A(O) própria(o) jovem e o(a) parceiro(o)	65	40,0	41	36,0	24	51,0
Parceiro(a)	11	7,0	6	5,0	5	11,0
Profissional de Saúde	11	7,0	10	9,0	1	1,5
Outros	10	5,0	8	7,0	2	2,5

* Excluídas(os) as(os) que não tinha iniciado a vida sexual.

** Excluídas (os) as(os) que não fizeram uso do métodos contraceptivos.

Entre as garotas iniciadas sexualmente, a gravidez foi frequentemente observada, sendo que a primeira gestação aconteceu, principalmente, entre 15-19 anos de idade; a (s) gravidez (es) foi/foram não planejada(s); frequentaram mais de seis consultas pré-natais; nunca abortaram e dentre aquelas que tiveram essa experiência, o aborto espontâneo foi o mais mencionado. Todos os partos referidos pelas mulheres aconteceram no hospital ou

maternidade, com os parceiros ausentes neste momento (97%). A grande parte da amostra feminina total ainda não tinha filhas(os), mas desejava tê-las(os).

Entre os rapazes que iniciaram a vida sexual, a grande maioria não relatou gestações e as gravidezes não planejadas foram mais frequentes que entre as mulheres (82%). Os garotos acompanharam suas parceiras no pré-natal, em 53% dos casos, porém em menos de seis consultas (Tabela 6).

Tabela 6 - Outros aspectos reprodutivos da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS REPRODUTIVAS	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Idade na primeira gestação*						
Nunca engravidou/a parceira engravidou	107	48,0	51	34,0	56	77,0
10-14 anos	15	7,0	14	9,0	1	1,0
15-19 anos	77	34,0	66	44,0	11	15,0
20-24 anos	24	11,0	19	13,0	5	7,0
Planejamento da gravidez						
Sim	31	27,0	28	28,0	3	18,0
Não	85	73,0	71	72,0	14	82,0
Acompanhamento do pré-natal						
Sim	101	87,0	92	93,0	9	53,0
Não	15	13,0	7	7,0	8	47,0
Número de consultas pré-natais frequentadas						
Menos 6 consultas	29	29,0	22	24,0	7	78,0
6 consultas	32	32,0	32	35,0	0	0,0
Mais que 6 consultas	40	39,0	38	41,0	2	22,0
Aborto						
Nenhum	87	75,0	78	79,0	9	53,0
Provocado	15	13,0	7	7,0	8	47,0
Espontâneo	11	9,5	11	11,0	0	0
Pelo menos 1 provocado e 1 espontâneo	3	2,5	3	3,0	0	0
Presença do parceiro no momento do parto						
Sim	3	3,0	3	3,0	0	0
Não	113	97,0	96	97,0	17	100
Número de filhas(os) vivas (os), incluindo adoção**						
Nenhum	205	67,0	117	57,0	88	89,0
1	69	23,0	61	30,0	8	8,0
2	24	8,0	23	11,0	1	1,0
3 ou mais	5	2,0	3	2,0	2	2,0
Desejo por filhas(os)**						
Sim	195	65,0	111	54,0	84	86,0
Não	108	35,0	93	46,0	15	14,0
Motivo por não desejar filhas(os)**						
Falta de condição financeira	41	38,0	36	39,0	5	36,0
Estudo	40	37,0	33	35,5	7	50,0
Outros	34	32,0	31	33,0	3	21,0
Trabalho	16	15,0	15	16,0	1	7,0
Não desejar ser mãe/pai	8	7,5	7	7,5	1	7,0
Parceiro(a) não deseja	6	6,0	6	6,5	0	0,0
Infertilidade do(a) companheiro(a)	6	6,0	5	5,0	1	7,0
Infertilidade	4	4,0	3	3,0	1	7,0

*Excluídas(os) as(os) que não tinha iniciado a vida sexual.

** Considerando a amostra total.

Observa-se ainda na Tabela 6, que a maioria dos homens informou que suas parceiras nunca abortaram (53%), e entre aqueles que tiveram essa experiência, o aborto provocado foi

o mais frequente (47%). Os partos referidos pelos garotos também aconteceram em hospitais/maternidades, sem a presença deles na sala de parto, juntamente com as mulheres. No que tange à paridade, a maioria dos homens estudados não tinha filhas(os), mas desejava tê-las(os) em proporções maiores que as mulheres entrevistadas (86%).

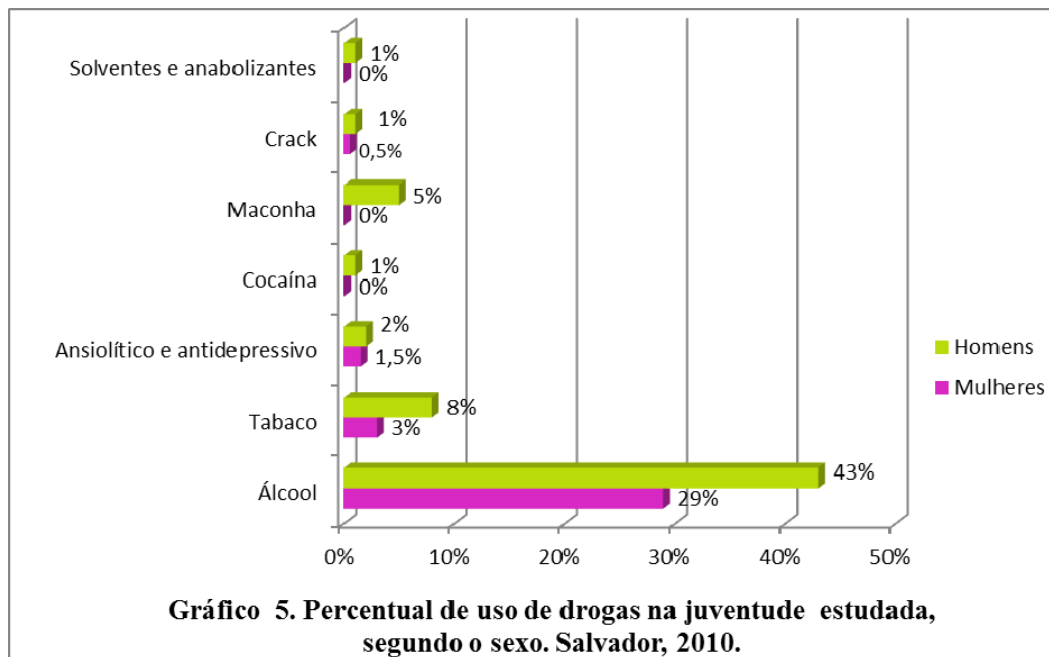
Nesta pesquisa, os aspectos de saúde investigados por sexo podem ser observados na Tabela 7 e demonstram que em relação à amostra geral, houve predomínio de uso de drogas entre os homens (46%) quando comparados com as mulheres (31%). Entre os jovens, as situações de violência de qualquer natureza, foram discretamente maiores que entre as mulheres, ao passo que a procura por serviços de saúde, foi mais frequente entre as garotas.

Tabela 7 - Aspectos de saúde da amostra, segundo o sexo. Salvador, 2010.

ASPECTOS DE SAÚDE	TOTAL		MULHERES		HOMENS	
	n	%	n	%	n	%
Uso de drogas						
Sim	110	36,0	64	31,0	46	46,0
Não	193	64,0	140	69,0	53	54,0
Tipo de substância*						
Álcool	102	34,0	59	29,0	43	43,0
Tabaco	15	5,0	7	3,0	8	8,0
Maconha	5	0,5	0	0,0	5	5,0
Ansiolíticos e antidepressivos	5	2,0	3	1,5	2	2,0
Crack	2	1,0	1	0,5	1	1,0
Cocaína	1	0,5	0	0,0	1	1,0
Solventes e Anabolizantes	1	0,5	0	0,0	1	1,0
Vítima de violência						
Sim	181	60,0	121	59,0	60	61,0
Não	122	40,0	83	41,0	39	39,0
Procura por serviço de saúde nos últimos 2 meses						
Sim	189	62,0	147	72,0	42	42,0
Não	114	38,0	57	28,0	57	58,0
Serviço(s) de saúde procurado(s) nos últimos 2 meses*						
Unidade de Saúde da Família	134	71,0	107	73,0	27	64,0
Hospital Público	41	22,0	37	25,0	4	10,0
Clínica Particular	39	21,0	32	22,0	7	17,0
Unidade Básica de Saúde	26	14,0	21	14,0	5	12,0
Motivo alegado para não procura do serviço de saúde						
Não achou necessário	75	65,0	31	54,0	44	77,0
Falta de tempo	24	21,0	14	24,0	10	18,0
Outros	11	10,0	08	14,0	3	5,0
Não conseguiu agendar consulta	2	2,0	2	4,0	0	0,0
Não teve dinheiro para transporte	2	2,0	2	4,0	0	0,0
Local que procura quando doente ou necessitando de atendimento de saúde						
Unidade de saúde da Família	126	42,0	95	47,0	31	31,0
Hospital Público	100	33,0	67	33,0	33	39,0
Clínica Particular	29	10,0	19	9,0	10	10,0
Outros	27	9,0	10	5,0	17	17,0
Unidade Básica de Saúde	15	4,0	11	5,0	4	4,0
Igreja	6	2,0	2	1,0	4	4,0

*Questão de múltiplas respostas.

Ao verificar o uso de drogas nesse grupo, de acordo com o tipo da substância e seus diferenciais por sexo, percebe-se que entre as drogas mencionadas, há destaque para o álcool nas mulheres, tabaco e medicamentos, como ansiolíticos e antidepressivos. Os dados também revelam que os homens utilizaram mais álcool, tabaco e maconha. O uso de cocaína, solventes e anabolizantes, apesar de menos observado, foi de uso exclusivamente masculino (Gráfico 5).



Quanto aos agressores e agressoras, exceto para a violência econômica (59%), onde os (as) parceiros (as) e ex-parceiros (as) foram os (as) mais mencionados(as), independentemente do sexo, para todas as outras formas de violência, seja a de natureza sexual, física ou psicológica/ moral, as pessoas conhecidas da vítima eram as principais agressoras, ou seja, eram amigos da família, colegas de escola e de trabalho, vizinhos(as), pessoas da comunidade, pastor e pessoas da igreja que a(o) jovem frequentava, ex-patrão, coordenadora do curso que frequentava, professora(e)s, ex-mulheres dos parceiros atuais, amigas(os), dentre outras. Os familiares, citados como pais, mães, cunhadas (os), irmãos/irmãs, primas (os), avó, tios (as), sogras (os), padrasto, marido da avó, apareceram em seguida, como os que mais agrediram as(os) jovens entrevistadas(os).

Ao pesquisar os (as) agressores (a)s dessa população por sexo, percebe-se que entre as mulheres jovens, os parceiros e ex-parceiros foram os mais citados como sujeitos agressores, independente da natureza da agressão (95%); seguido de familiares (81%); de pessoas

conhecidas (50,4%); e, por fim, as desconhecidas, descritas como policiais e desconhecidos (as), com percentual de 40%. Entre os homens jovens, as pessoas desconhecidas foram as principais agressoras (60%); seguida daquelas conhecidas (49,6%); familiares (19%); parceiras e ex-parceiras sexuais (5%).

Quanto à natureza da violência, conforme demonstra o Gráfico 6, a psicológica/ moral foi predominante na população estudada como um todo (74%), seguida da violência física, da violência econômica e sexual, com um caso ainda, de violência auto-infligida. Com exceção da violência auto-infligida e da psicológica/moral, em todos os outros tipos de violências descritas, as mulheres jovens sempre foram as mais atingidas, quando comparados com os rapazes. A de natureza sexual, apesar de menos referida pelas (os) entrevistadas (os), 16% do total de casos de agressão, esse tipo de violência alcançou percentuais de 21% entre as garotas, sendo o atentado violento ao pudor e o estupro as manifestações mais apontadas nesse tipo de violência (60% dos casos de violência sexual feminina).

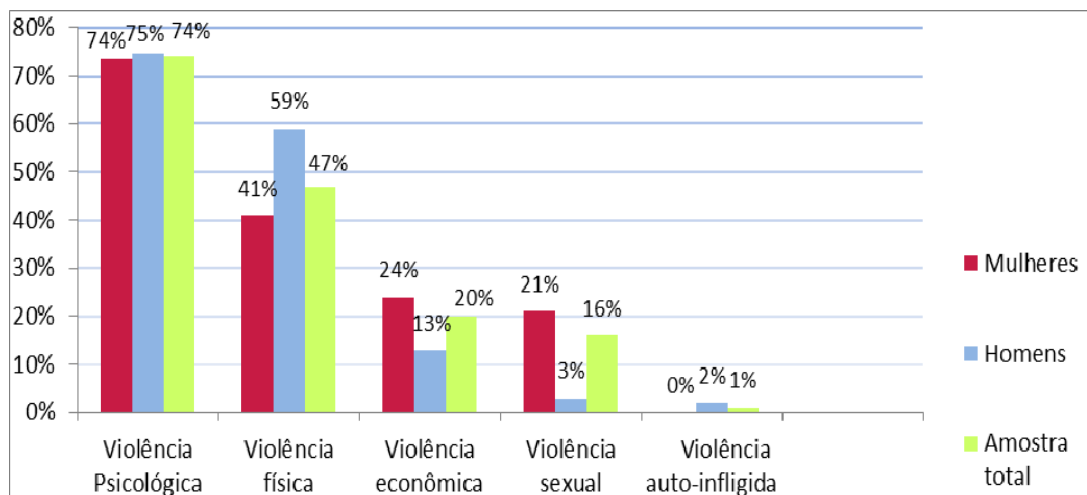


Gráfico 6. Percentual de jovens que sofreram violência, segundo a natureza da agressão e sexo . Salvador, 2010.

De maneira sintética, o Quadro 2 apresenta, de certo modo, um perfil sócio-demográfico, sexual, reprodutivo e de aspectos de saúde da amostra estudada por sexo, segundo as características predominantes apresentadas neste capítulo.

Quadro 2 - Características predominantes das variáveis estudadas, segundo o sexo. Salvador, 2010.

VARIÁVEIS	CARACTERÍSTICAS PREDOMINANTES SEGUNDO O SEXO	
	Mulheres	Homens
Estado conjugal	Casadas/unidas	Solteiros
Frequência à escola		X
Última série concluída	1º-3º ano do 2º grau	Até a 8ª série
Motivo principal do abandono dos estudos	Gravidez/união com o (a) parceiro (a)	Trabalho
Ocupação remunerada no período		X
Motivo do desemprego no período	Não conseguiu emprego	Necessidade de estudar
Renda média mensal pessoal obtida no período	< 1 salário mínimo	A partir de 1 salário mínimo
Ocupação não remunerada no período	X	
Renda média Familiar	Até 2 salários mínimos	Maior que 2 salários mínimos
Acesso a meios de comunicação e atividades de lazer	Ler Jornais/Revistas Participar de grupos religiosos	Praticar esportes Namorar
Número de parcerias sexuais	Nenhuma ou 1 parceria	Banho de rio 2 ou mais parcerias
Método utilizado para prevenção das ISTs/ Aids	Nenhum	Preservativo masculino
Métodos utilizados para evitar a gravidez na primeira relação sexual	Nenhum	Preservativo masculino
Métodos contraceptivos que conhece	Pílula	Preservativo masculino
Método utilizado para evitar a gravidez	Nenhum	Preservativo masculino
Motivo por não utilizar método contraceptivo	Gravidez e não ter parceiro sexual no período	Não ter parceira sexual no período
Principal vantagem do contraceptivo utilizado	Seguro para evitar uma gravidez	Evitar ISTs/Aids
Principal desvantagem do contraceptivo utilizado	Não evita ISTs/Aids	Nenhuma
Idade na primeira gravidez	15-19 anos	Nunca engravidou a parceira
Pré-natal	X	
Número de consultas frequentadas	Mais de 6 consultas	Menos de seis consultas
Tipo de aborto	Espontâneo	Provocado
Número de filhas (os) vivas (os), incluindo de criação	01	Nenhum
Desejo por filhas (os)		X
Uso de drogas		X
Procura por serviços de saúde	X	
Local que procura quando doente ou necessitando de atendimento de saúde	Unidade de Saúde da Família	Hospital Público
Motivo alegado para não procura do serviço de saúde	Falta de tempo	Não achou necessário

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a discussão das diferenças por sexo das características sócio-demográficas, sexuais, reprodutivas e aspectos de saúde, esse capítulo será apresentado em quatro grandes temas principais: características sócio-demográficas da amostra, segundo o sexo; características sexuais e reprodutivas da amostra, segundo o sexo; e, aspectos de saúde da amostra, segundo o sexo: uso de drogas e situação de violência; e, características da utilização dos serviços de saúde na amostra, segundo o sexo e a importância para a enfermagem.

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO

No que se refere à raça/cor, a grande maioria das (os) jovens participantes da pesquisa são negras e chama a atenção o elevado percentual de pessoa pretas, que é bem superior à população encontrada no Nordeste e na Bahia como um todo, com percentuais de 7,9% e 18,4%, respectivamente (IBGE, 2008b).

O maior percentual de pessoas pretas na localidade do estudo pode ser atribuído ao fato de que o município de Camaçari possui algumas regiões com comunidades remanescentes de quilombo. O povoado de Cordoaria, por exemplo, é reconhecido como área remanescente quilombola, junto à Fundação Cultural Palmares. Possivelmente, ainda existam outras regiões com características semelhantes, como Zumbi e Palmares no Distrito de Monte Gordo (SESAU, entre 2005 e 2010).

Por outro lado, observa-se atualmente elevação da participação de pessoas negras na população total, fato possivelmente relacionado à crescente discussão sobre as influências da raça/cor no status social dos indivíduos trazendo idéias de valorização e afirmação da identidade cultural de negras (os).

Quanto aos padrões de respostas de raça/cor e sexo na população investigada, observou-se que os homens declararam-se mais frequentemente pardos (52%) que pretos (40%), ocorrendo inversamente entre as mulheres, 44% e 45%, pardas e pretas, respectivamente. A mesma tendência entre os homens e as mulheres foi observada na pesquisa GRAVAD (BOZON, 2006), onde os homens optaram menos pela classificação de pretos (23,2%) que a de pardos (26,1%) comparativamente às mulheres, 25,6% e 22,1%, respectivamente.

No tocante à religião, apesar do grande número de instituições religiosas na localidade rural estudada, percebeu-se o alto percentual de jovens que afirmou não possuir nenhuma religião, fato também relatado por outros estudos.

Novaes (2008), de acordo com os resultados da pesquisa “Perfil da Juventude Brasileira”, com um quantitativo representativo de jovens de todas as regiões do país, zonas rurais e urbanas, constatou que depois dos evangélicos, as (os) brasileiras (os) sem religião, são as/os que mais crescem no conjunto da juventude, reafirmando a tendência revelada pelo Censo 2000. Por outro lado, ao comparar as (os) jovens entrevistadas (os) que viviam nas regiões metropolitanas com o interior, constatou-se que nas (os) primeiras (os), houve uma maior concentração daquelas (es) que informaram não possuir religião.

Ao investigar os diferenciais entre os sexos, observou-se que há maior frequência de respostas entre os rapazes à questão “não ter religião” (54%, ante 38% entre as mulheres), corroborando com achados do estudo de Novaes (2008) e Bozon (2006).

Quanto ao estado conjugal, os dados demonstraram que há um maior percentual de solteiras (os) tanto entre mulheres quanto entre os homens, em relação às outras categorias de respostas. Todavia, as diferenças revelaram que a proporção de homens que declarou estar solteiro, foi expressivamente maior do que entre as garotas, que também afirmaram em maior número percentual a condição de união com um (a) parceiro (a).

Esta informação faz refletir que apesar de modificações no campo da sexualidade juvenil, onde às mulheres, nos últimos tempos, foi facultada à maior possibilidade de experimentação de relacionamentos eróticos e sexuais, sem que isso acontecesse no contexto do casamento, parece que para essa população o envolvimento amoroso das mulheres com um(a) parceiro(a) precisasse configurar-se em compromisso formal, talvez no intuito de se sentirem valorizadas no seu grupo social ou pela exigência familiar, decorrente de um maior controle parental sobre elas, quando comparadas com os rapazes.

No que tange à frequência escolar, analisando as informações educacionais das (os) jovens da pesquisa a partir de um novo recorte etário de maneira a considerar a adequação das séries e idades do sistema brasileiro vigente (SABÓIA, 2009), percebeu-se que neste estudo o grupo de 15-17 anos, a frequência escolar foi de 34%, enquanto que na faixa de 18- 24 anos, foi de 66%. Em relação ao primeiro grupo (15-17 anos), dados da PNAD (IBGE, 2009a) mostraram que, no Brasil, a taxa de frequência à escola de adolescentes de 15-17 anos de idade era de 84,1%, evidenciando a baixa frequência escolar do grupo investigado.

Assim, o IBGE revela que ao longo dos anos, ainda que tenha havido melhorias no acesso à educação para o conjunto da população brasileira, seja na área rural ou na urbana, as

desigualdades entre elas persistem, com grandes diferenças na frequência a estabelecimentos de ensino, por grupos de idade, principalmente, na faixa etária de 15-17 anos. No Brasil como um todo, na região Nordeste, no estado Bahia e região metropolitana de Salvador, adolescentes das áreas rurais têm comparecido muito menos às instituições de ensino, quando comparados com adolescentes das áreas urbanas, especialmente, na região metropolitana de Salvador que apresenta as maiores discrepâncias na frequência escolar entre as zonas urbanas e rurais, com taxas de 89,5% e 66,7%, respectivamente (IGBE, 2009a).

As diferenças entre os sexos mostraram que a pequena maioria dos rapazes frequentava escola, enquanto que entre as garotas, a maioria considerável não estava estudando na época da pesquisa. Esse padrão de escolaridade permanece entre os sexos: tanto os homens da faixa etária de 15-17 anos quanto os de 18-24 anos, são predominantes na escola, 90% e 29%, respectivamente, quando comparados com as mulheres da amostra, com percentuais de 74% e 22% para os mesmos grupos etários, respectivamente.

A pesquisa GRAVAD (BOZON, 2006), em Salvador, apontou uma distribuição de frequência escolar de jovens entre 18-24 anos, por sexo, de tendência semelhante ao encontrado na presente pesquisa, com um maior percentual dos rapazes no sistema de ensino (46,5% ante 44,1% das moças). Vale ressaltar, que essa situação de frequência escolar por sexo e faixa etária também permanece entre a juventude brasileira como um todo, que retrata um decréscimo de estudantes com a idade e, em todas as faixas, um percentual menor de mulheres frequentando escolas, conforme demonstrou Sposito (2008) em estudo nacional.

Em relação à última série concluída, a maior parcela de jovens, 55%, respondeu ter até a 8ª série do primeiro grau como nível máximo de escolaridade. Ainda menor foi o percentual das pessoas que frequentavam entre o 1º- 3º ano do segundo grau, 44% das (os) estudantes. Esse achado pode ser justificado pela não existência na localidade de escolas da rede pública ou privada que garantam acesso das (os) jovens ao segundo grau e da dificuldade de acesso à sede do município, seja por questões financeiras para transporte ou para manutenção da(o) jovem na escola, pelas(os) suas/seus responsáveis.

O acesso à educação em Parafuso é garantido até o ensino fundamental, através, principalmente, de duas escolas municipais que existem na comunidade, além do primeiro grau do ensino médio, por apenas uma dessas escolas. Para dá seguimento aos estudos, ou seja, para completar o ensino médio, as pessoas dependem das escolas que se localizam na sede do município, onde apenas 8% (15) delas oferecem o segundo grau. No município, como um todo, há predominância do ensino fundamental e pré-escolar, com 52,7%(99) e 39,4%(74) das escolas, respectivamente (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009.)

Segundo ainda o IBGE (2009a), a mensuração da escolaridade da população jovem de 18-24 anos de idade com 11 anos de estudo é fundamental para uma avaliação positiva do sistema educacional de um País, bem como da capacidade de determinada localidade para combater a pobreza, por exemplo. No Brasil, o percentual de jovens com essa escolaridade, ainda é considerado extremamente baixo, 36,8%, sendo que por regiões, o Nordeste possui a menor proporção de jovens nessa situação, com apenas 29,2%, de acordo com os dados da PNAD 2008. Nessa pesquisa, o percentual de jovens na faixa de idade de 18-24 anos, com 11 anos completos de estudo foi de 36%, quantitativo superior ao do Nordeste, mas ainda abaixo quando comparado com o Brasil.

O padrão de resposta para a variável última série concluída de acordo com o sexo apontou que entre os homens, a grande parte deles tinha cursado até a 8ª série, enquanto que entre as mulheres o maior percentual tinha concluído entre o 1º - 3º ano escolar. A conclusão do ensino médio na faixa etária de 18-24 anos, entre as mulheres, foi maior (52%) que entre os homens que terminaram o 2º grau de ensino (32,5%), para o mesmo subgrupo de etário.

Ao comparar o nível de escolaridade com a frequência escolar aqui investigada, percebe-se que as jovens garotas estão pontos percentuais acima dos homens em relação ao grau de escolaridade alcançado, embora tenham índices mais elevados do que eles no âmbito daquelas (es) que não estavam estudando, conforme já foi discutido em parágrafos anteriores. Esses dados podem indicar que as jovens mulheres estejam conseguindo uma carreira escolar com menos interrupções e com melhores rendimentos que os rapazes, e, assim, encerrando mais rapidamente os níveis básicos de ensino.

Segundo afirmam Heredia e Cintrão (2006) no que diz respeito à educação, apesar de melhorias notórias no grau de escolarização das pessoas do campo, ao longo dos anos, para as mulheres rurais, particularmente, ao contrário do que acontece com as urbanas, os maiores níveis de instrução escolar não refletem obrigatoriamente em melhorias nas condições de vida e de trabalho doméstico dessas mulheres no campo, que são notoriamente piores, com falta de recursos básicos de infra-estrutura, como água, esgoto, coleta de lixo, luz, por exemplo.

As diferenças para o abandono dos estudos na amostra estudada apontam que apesar de as mulheres alcançarem maiores níveis de escolaridade, elas também foram as que mais abandonaram à escola (67%), e o argumento principal para tal atitude foi a gestação ou união com o parceiro, corroborando a importante influência da gravidez nas trajetórias escolares das jovens, dentre outras, fruto das relações de gênero existentes em nossa sociedade que ainda reforçam estereótipos de que o destino do casamento/união com um parceiro, bem como que o papel de mãe são fundamentais na vida jovens moças, especialmente, naquelas pertencentes

às classes populares e às zonas rurais, onde as perspectivas de acesso aos bens sociais como educação, trabalhos remunerados são mais restritas.

Além disso, para Villela e Doreto (2006), a significação da maternidade e do casamento/união com um parceiro, para essas jovens, pode representar, ainda, a aquisição de identidade e função social na comunidade da qual fazem parte.

Entre os homens, o principal motivo alegado para abandono dos estudos, foi a necessidade de trabalhar. Principalmente para os garotos das zonas rurais, o estudo acaba sendo preterido durante o período das colheitas ou para outras atividades consideradas produtivas, como maneira de a família obter um maior rendimento com o filho dedicado integralmente ao trabalho (MADDEN; SABER, 2009). Assim, as autoras ressaltam que a situação de vulnerabilidade econômica e social em que vivem muitas famílias, tem reflexo direto na inserção/manutenção dos (as) jovens nas redes de ensino, obrigando uma parcela de jovens a conciliar os estudos com o trabalho, prejudicando o rendimento escolar causado pela dupla jornada, como também foi relatado por alguns dos homens jovens desse estudo, quando apontaram a dificuldade de aprendizado, com um dos motivos para o abandono da escola.

Nesse estudo, além da dificuldade de aprendizado, apontada exclusivamente pelos homens jovens entrevistados, também foi classificado como “outros motivos”, problemas com a própria saúde e a da genitora; dificuldade de relacionamento com a(s) professora (s); falta de vagas e de professoras; mudança de residência e pelo fato de não possuir certidão de nascimento, impossibilitando a matrícula na escola.

Quanto à ocupação, constatou-se que a maior parte da juventude rural entrevistada, informou estar sem trabalhar no período de referência adotado, revelando a ocorrência de desemprego na região e mantendo o padrão nacional e internacionalmente conhecido de deterioração da situação trabalhista de jovens quando comparados com outras faixas etárias. Nesta perspectiva, percebe-se que as (os) jovens são quase três vezes mais desempregadas (os) do que os adultos, por exemplo, sendo que os diferenciais mais extremos estão na África Subsaariana, onde a taxa de desemprego juvenil é 1,9 vezes maior do que nos adultos e no Sudeste Asiático e Pacífico, com valores que chegam até 4,6 vezes (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2010).

Segundo ainda informações da International Labour Organization (2010), nos últimos anos, a crise econômica afetou diretamente a população de jovens em todo o mundo, onde entre os anos de 2007 e 2009, o número de jovens desempregados aumentou em 7,7 milhões a nível global (1,1 milhões em 2007/2008 e 6,6 milhões em 2008/2009). Para efeito de comparação, nos dez anos antes da crise (1996/1997 a 2006/2007), o número de jovens

desempregados subia, em média, 192.000 mil por ano. Em 2009, existiam 80,7 milhões de jovens procurando emprego.

Parte da explicação para essa situação deve-se ao fato de que a maioria das oportunidades de trabalho alcançada por esse grupo exige uma qualificação limitada, devido ao baixo nível de escolaridade e reduzida experiência, tornando essa parcela da população menos produtiva e com necessidades crescentes de qualificação de mão-de-obra, elevando os custos de contratação e tornando o grupo vulnerável nos casos de demissões (MADDEN; SABER, 2009), principalmente em situações de crise econômicas, como aconteceu recentemente.

Ao descrever os dados sobre trabalho remunerado na população do estudo por subgrupos etários, nota-se que entre adolescentes de 15-17 anos de idade, o percentual de empregados no período de referência foi de 37%, bem menor do que o grupo de 18-24 anos, onde um pouco mais da metade das (os) jovens, ou seja, 51% exerceu alguma ocupação remunerada no mesmo período.

No Brasil, dados da Pesquisa Mensal de Emprego- PME (IBGE, 2009b) demonstraram que em relação ao ano de 2008, o nível de ocupação ficou praticamente estável, em 2009, nos grupos etários de 25 a 49 anos e 50 anos ou mais de idade, respectivamente 74,8% e 38,3%. Por outro lado, observou-se uma queda nos grupos de 15 a 17 anos e 18 a 24 anos de idade, respectivamente, 13,5% e 57,8%. A queda do nível da ocupação em 2009, entre aqueles de 18 a 24 anos de idade, foi mais acentuada em Belo Horizonte (-3,4 pontos percentuais) e Porto Alegre (-2,8 pontos percentuais). Frente ao ano de 2003, contudo, a maior variação no nível da ocupação foi no grupo etário de 18 a 24 anos de idade: crescimento de 7,4 pontos percentuais.

A região metropolitana de Salvador apresentou, em 2009, taxas de ocupação juvenil inferiores as outras regiões investigadas, exibindo o terceiro mais baixo nível de ocupação para o subgrupo etário de 15-17 anos, com 10,2%; e, para o subgrupo de 18-24 anos, 46,9%, acima apenas de Recife, com taxa de ocupação entre jovens de 42%, a mais baixa das seis áreas metropolitanas pesquisadas (IBGE 2009b).

Comparando os dados apresentados da região metropolitana de Salvador, por exemplo, com os da juventude rural investigada, ainda que a maioria estivesse desempregada, percebeu-se que o percentual de ocupação remunerada, nessa localidade, foi maior para as duas faixas etárias, 15-17 anos e 18-24 anos (37% e 51%, respectivamente), de forma a salientar a inserção cada vez maior de jovens do campo no mundo do trabalho, adiantando as

responsabilidades e os papéis esperados para os adultos, já que normalmente precisam trabalhar para sobreviver (CARNEIRO, 2008).

As diferenças entre a variável ocupação remunerada e sexo demonstraram que as mulheres foram as mais atingidas pelo desemprego no período de tempo analisado, quando comparadas com os homens, a maioria considerável empregada.

A situação de trabalho revelada pela pesquisa GRAVAD (BOZON, 2006), de maneira similar, mostra que os homens jovens investigados nas três capitais brasileiras são a maioria que possuíam um emprego remunerado, 60,9%; enquanto que as mulheres, apenas 45% delas estavam trabalhando. Vale salientar, que essas diferenças entre os sexos mantiveram-se nas três localidades do país, apontando sempre que as mulheres jovens se encontram em situação de desvantagem em relação aos homens da mesma idade no que diz respeito ao desempenho de alguma atividade remunerada, diferindo, inclusive, entre as cidades estudadas onde, Salvador, apresenta o menor número de jovens que referiam possuir um emprego remunerado no período, independente do sexo.

As mulheres jovens se encontram em posição desfavorável em relação aos homens do mesmo grupo etário, na maioria das regiões do mundo. Os países desenvolvidos e União Européia apresentam as menores diferenças nas taxas de emprego por sexo, com valores próximos entre homens e mulheres, em 2008, de 45,7% e 42,4% respectivamente. Em um evidente contraste, houve uma diferença de 33,1% nas taxas de emprego entre homens e mulheres jovens do Sul da Ásia e de 20,6% na América Latina e Caribe, esse último, resultado tanto do aumento da taxa no sexo feminino quanto uma redução nas taxas entre os homens, ao longo do tempo. No Sudeste Asiático e Pacífico, as diferenças nas taxas de emprego entre homens e mulheres foram menores para o mesmo ano, mas também significativas com 14% e, inusitadamente, demonstrou uma tendência de aumentar com o tempo (a diferença em 1998 tinha sido de 11,8 pontos percentuais) (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2010).

No que tange ao motivo pelo desemprego no período, as diferenças entre mulheres e homens pesquisados, apontaram que não ter conseguido emprego, foi o motivo mais alegado entre as garotas (41%); o cuidado de filhas (os), apesar de menos citado (15%) foi referido exclusivamente pelas jovens mulheres. Entre os homens, a necessidade de estudar foi a principal justificativa para o desemprego (50%).

Leone e Baltar (2008) lembram que a segregação no mercado de trabalho por sexo é regida diretamente por aspectos de gênero, e assim, influenciada diretamente por construções culturais e sociais, constituindo critério para o surgimento de espaços de trabalho

diferenciados e hierarquizados, nos quais as mulheres são segregadas a espaços economicamente produtivos restritos, a ocupações pior remuneradas e de menor nível de responsabilidade ou prestígio social.

No tocante à renda média mensal obtida no período de referência, fica evidenciada a baixa remuneração recebida por essa juventude, já que a maior parcela das pessoas entrevistadas mencionaram ter recebido menos que 1 salário mínimo com todos os trabalhos desempenhados no período de referência considerado.

Analisando as informações da PNAD 2008 (IBGE, 2009a), referente ao rendimento médio mensal de todos os trabalhos exercidos por jovens de 16 a 24 anos de idade, observou-se que, de fato, esse grupo possui sua renda concentrada na faixa de até 1 salário mínimo nas regiões Norte e Nordeste, 63,7% e 79,2%, respectivamente, sendo essa última região, com os piores rendimentos em relação as outras do país, concentrando o menor percentual de jovens com rendimentos superiores a 1 salário mínimo (20,2%). Segundo ainda dados da PNAD, a Bahia mantém o mesmo perfil de rendimento médio juvenil que a região Nordeste, com 78,8% de jovens que recebem até 1 salário mínimo mensal e 20,1% acima desse salário. Já a região metropolitana de Salvador, possui percentuais um pouco mais favoráveis, 60,1% e 39,3%, respectivamente, para a mesma faixa etária (IBGE, 2009a).

Ao analisar a renda pessoal e sexo, verificou-se que as mulheres concentraram rendimentos médios de menos de 1 salário mínimo, enquanto os homens tiveram renda, em maior número percentual que elas, entre 1-2 salários mínimos.

Os estudos consultados sempre demonstram que as mulheres jovens permanecem em sérias desvantagens nos seus rendimentos médios mensais em relação aos homens da mesma idade, chamando atenção ainda para as condições de inserção ocupacional das jovens no mercado de trabalho, comumente, em atividades informais, sem garantia alguma dos direitos trabalhistas, deixando-as ainda mais vulneráveis e com menores chances de progressão a níveis mais elevados de qualificação e de colocação no mercado trabalhista (BOZON, 2006; SABÓIA, 2009; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2010).

Deve-se ressaltar, que entre as/os jovens, não somente as desigualdades de gênero são observadas quando o assunto é a participação no mercado de trabalho, como também, há diferenças entre os subgrupos etários, onde a faixa de idade mais jovem, 15- 19 anos, notoriamente, possui maior dificuldade de exercer uma atividade remunerada, seja pela baixa escolaridade, seja pela pouca ou nenhuma experiência. O mesmo pode ser observado entre aquelas(es) que possuem menor grau de escolaridade, baixas condições sócio-econômicas e em jovens negra(a)s (INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, 2010), geralmente,

com menores inserções no mercado de trabalho e rendimentos médios mensais, ainda que ocupem cargos semelhantes.

Ao comparar sexo com outra variável investigada, ocupação não remunerada, as diferenças entre os sexos revelaram que as mulheres foram as mais envolvidas nas ocupações sem remuneração e as atividades domésticas foram as mais desempenhadas por elas nesta categoria. De fato, a PME (IBGE, 2010b) demonstrou que a população feminina, em geral, se envolve mais nas atividades não remuneradas do que os homens (4% e 2,3%, respectivamente).

Yépez e Pinheiro (2005) também encontraram em estudo desenvolvido com adolescentes residentes na periferia, que a grande maioria das garotas executavam trabalhos domésticos, enquanto os meninos se envolviam mais nos trabalhos fora de casa, reforçando os papéis sociais tradicionais de gênero, onde o homem é o provedor da família, envolvido no mundo público, remunerado, produtivo, valorizado; enquanto as mulheres são as cuidadoras do lar e da família, trabalho não reconhecido e não remunerado.

Esse padrão observado dos tipos de ocupações exercidas por mulheres e homens, tem reflexo direto na renda familiar mensal, onde os jovens rapazes foram a maioria nos rendimentos familiares superiores a 3 salários mínimos, quando comparados com as mulheres. Apesar de não ter sido possível o cálculo da renda familiar mensal per capita, observou-se que no estudo GRAVAD (BOZON, 2006), tomando como referência o valor de meio salário mínimo como situação de pobreza (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008), as mulheres jovens das três cidades pesquisadas (Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador) foram sempre discretamente mais numerosas que os homens entre as classificações de renda muito baixa e baixa.

Partindo para as diferenças entre sexo e atividades de lazer/ acesso a meios de comunicação, percebe-se que “namorar, paquerar” foi uma preferência predominantemente masculina (67% deles), reforçando o maior interesse por questões da sexualidade, bem como a liberdade sexual e amorosa dos garotos.

Seguindo tendência semelhante, outras opções de entretenimento e ou acesso a meios de comunicação, foram de maior interesse entre os homens, como banho de rio e a prática de esportes, por exemplo. As mulheres dedicaram o seu tempo de lazer na leitura de jornais/revistas (66%); em participações de grupos religiosos (34%); tinham mais acesso à telefonia fixa (46%) e móvel (75,5%) que os homens. Exceto para essas últimas atividades descritas, nota-se que para as categorias, em geral, selecionadas neste estudo, entre os rapazes, houve maior referência ao lazer e às atividades de diversão que as garotas, geralmente,

ocupadas nas tarefas de casa, no cuidado de animais e crianças menores, ficavam mais restritas ao espaço doméstico e familiar.

De fato, das mulheres jovens são mais exigidas atividades domésticas e essas passam a impactar diretamente na concepção do que é ser jovem. Yépez e Pinheiro (2005) constataram em um grupo de adolescentes, que entre os aspectos positivos vivenciados nesta fase as idéias de liberdade e autonomia; bem como as de diversão e lazer foram muito mais presentes entre os rapazes; enquanto que, entre as garotas, os aspectos negativos desta período da vida sobressaíram, principalmente ao lembrarem de suas responsabilidades domésticas cotidianas e às restrições à liberdade.

Interessante também ressaltar, que embora as características de distribuição de alguns equipamentos culturais, coloquem os bairros populares, de periferias e as zonas rurais em situação de exclusão ou desigualdade de acesso a determinadas tecnologias, como provedores de internet e aquisição dos aparelhos eletrônicos que permitam tal acesso (BRENNER; DAYRELL; CARRANO, 2008), percebeu-se que, ainda assim, um pouco menos da metade da juventude investigada (45% das mulheres e 48,5% dos homens), teve acesso a esse recurso, indicando o crescimento dessas tecnologias nessas regiões.

5.2 CARACTERÍSTICAS SEXUAIS E REPRODUTIVAS DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO

Neste tópico será investigado o tema da sexualidade e reprodução à luz dos diferenciais de sexo, principalmente, mas também suas relações entre diferentes faixas de idade; graus escolaridade; situações de violência, na tentativa de melhor compreender a diversidade dos contextos da vida sexual e reprodutiva experimentados pelas (os) jovens rurais da amostra.

5.2.1 Comportamento Sexual

A maioria das (os) jovens entrevistadas(os) iniciou a vida sexual, entre 15 e 19 anos de idade e o percentual de jovens que não tinha iniciado a vida sexual foi de 26%. Calazans (2008) no estudo com jovens residentes no Brasil, entre 15-24 anos, revelou percentuais bem parecidos de jovens que nunca haviam tido relações sexuais (25%).

Outros estudos também ressaltam a influência da escolaridade na idade de iniciação sexual, de forma que quanto menor a escolaridade, mais cedo começa a vida sexual das (os) jovens (CALAZANS, 2008; VILLELA; DORETO, 2006). Assim pôde-se constatar, no

presente estudo, que as pessoas que iniciaram a vida sexual até os 14 anos tinham cursado majoritariamente até a 8ª série (76%); e aquelas que a primeira relação sexual aconteceu entre 15-24 anos, 64% tinha completado o estudo entre o 1º ao 3º ano.

Os jovens do sexo masculino, assim como as mulheres, iniciaram sua vida sexual em faixa etária semelhante, 15-19 anos, entretanto, notou-se que entre os homens, o início da atividade sexual antes dos 14 anos, foi mais observado (42%) que entre as garotas (33%).

Alguns trabalhos com jovens indicaram que, de fato, a iniciação sexual dos garotos continua sendo mais precoce que das mulheres. Afirma-se que há uma vigilância permanente de atitudes sobre os homens para que não recaia dúvida alguma sobre sua masculinidade, assim, na adolescência/juventude há necessidade que o jovem, tão logo possível, tenha uma relação sexual heterossexual, atendendo, também, à necessidade imputada aos meninos de superar a falta de experiência e alcançar o padrão de relacionamento vigente (da masculinidade hegemônica) de mais experiente do casal (ALMEIDA et al., 2003; HEILBORN, 2006; LEAL; KNAUTH, 2006).

De maneira paralela, as mulheres, a fim de atenderem a um modelo esperado de comportamento de moça de família, devem administrar os avanços sexuais masculinos. “Mesmo que a perda da virgindade não seja mais um atributo passível de estigmatização das mulheres, não deixou de existir certa exigência de virgindade moral, que se apresenta sob a forma de um jeito passivo e ingênuo em matéria sexual ...” (HEILBORN, 2006, p.37).

No tocante à orientação sexual, a juventude estudada, referiu em quase sua totalidade experiências heterossexuais, com os homens assumindo um pouco mais esses relacionamentos (98% do universo masculino ante 97,5% das mulheres).

Calazans (2008) afirma que, particularmente, entre as jovens de 15-17 anos, quando perguntadas sobre a possibilidade de decidirem livremente em relação ao tipo de parceiras sexuais (homo ou heterossexuais), foi verificado o desinteresse das mesmas pelos relacionamentos heterossexuais em maior proporção que os homens da mesma faixa de idade. A suposição da pesquisadora foi a associação com o grande número de situações de violências domésticas experienciadas por essas garotas, diferentemente dos rapazes do mesmo estudo, com proporções bem menores. Os resultados da presente pesquisa revelaram que todas as garotas que fizeram referência a alguma experiência homossexual foram violentadas sexualmente, enfatizando a hipótese da referida autora.

Quanto ao número de relacionamentos sexuais nos últimos 3 meses, grande parte do grupo de jovens possuiu apenas uma parceria nesse período. Os diferenciais entre os sexos ratificam as tendências em torno da primeira relação sexual, de maneira que, entre os garotos,

houve uma proporção maior de duas ou mais parceiras sexuais (38% ante 28% entre as mulheres), enquanto que, entre as garotas, predominou o número de parceiras que oscilou entre nenhuma e uma. A análise do número de parcerias sexuais no intervalo de tempo de 6 meses, em cerca de 1.600 estudantes de escolas públicas da Bahia, também prevaleceram as parcerias múltiplas entre os homens (46,6%) e a parceria única entre as mulheres, com 70,5% de respostas (ALMEIDA et al., 2003).

As frequências observadas entre a variável número de parcerias sexuais nos últimos 3 meses e grau de escolaridade não apresentaram uma relação que revelasse um maior número de parcerias entre aquelas(es) com baixo nível de instrução, como foi confirmado no estudo sobre comportamento sexual de risco de adolescentes em Pelotas (CRUZEIRO, et al., 2010). Apesar de terem sido investigados intervalos de tempo diferentes, verificou-se que não somente a escolaridade mostrou-se associada ao número de parcerias nos últimos 12 meses, mas o uso de drogas ilícitas e cigarro, no último mês e ao consumo do álcool, antes da última relação sexual.

No tocante ao uso de algum método para prevenção de infecções transmitidas pelo sexo (ISTs), a população estudada, no geral, demonstrou ter práticas preventivas através do uso do preservativo masculino (68%). A análise por sexo indicou que tanto as mulheres quanto os homens jovens, se preveniam das ISTs com uso do preservativo, 59% e 86%, respectivamente, porém, nota-se o destoante percentual entre os sexos, de modo que as garotas referiram bem menos o uso do preservativo masculino que os homens, sendo, também, elevado o percentual, entre elas, que não fizeram uso de método algum.

O perfil de uso do preservativo masculino entre mulheres e homens denota, claramente, que as culturas sexuais e de gênero vigentes trazem implicações diretas na dificuldade de uso do método pelas mulheres jovens, especialmente nos relacionamentos estáveis. Garcia e Souza (2010) apontam que a recusa do parceiro é o principal motivo para o não uso do preservativo masculino entre as mulheres, demonstrando o baixo poder de negociação e decisão feminino, mesmo as mais jovens, diante dos relacionamentos sexuais e sua maior vulnerabilidade às ISTs/Aids. As autoras apontam ainda que a exigência feminina do uso do condom poderia suscitar a desconfiança dos parceiros em relação a elas. Assim, no contexto das relações estáveis a utilização do condom somente seria respaldada diante da função contraceptiva.

5.2.2 Comportamento reprodutivo

A primeira relação sexual foi bastante protegida para gravidez entre as(os) jovens, em geral, sendo mais frequente o uso do preservativo masculino como método de contracepção tanto para amostra total, quanto entre os sexos. Segundo Brandão e Heilborn (2006), pela expectativa e discussão social existente, a juventude está mais atenta à primeira relação sexual adotando, geralmente, práticas de contracepção e/ou de proteção às ISTs, mas negligenciando um pouco na continuidade desses episódios sexuais.

Os resultados apontaram que o preservativo masculino, apesar de mais utilizado na iniciação sexual em ambos os sexos, entre as garotas, o condom foi mencionado em proporção bem menor (44%) que entre os rapazes (67%), chamando a atenção também para o percentual de não utilização da contracepção, consideravelmente maior entre elas (30%) que entre os rapazes (18%). A pílula foi o segundo método mais citado entre as mulheres, ao passo que entre os homens, o coito interrompido ocupou essa posição.

Segundo resultados do estudo GRAVAD (HEILBORN, et al., 2008), o não uso do contraceptivo na primeira relação sexual pelas (os) jovens foi justificado pelo argumento majoritário de que “nem pensaram nisso” (70% das mulheres e 74% dos homens). Essa informação vem ratificar a representação espontaneísta da sexualidade, principalmente para as mulheres na primeira relação sexual, onde o sexo é tido como algo que não deve ser planejado e assim, também, pensado formas de contracepção. Mesmo quando esse pensamento está presente, há dificuldade para as meninas de gerenciar a contracepção, já que contam, normalmente, com o controle da família para adiar esse momento.

Aliando-se a isso, os homens tendem a valorizar menos o diálogo sobre a sexualidade do que as mulheres, havendo de um lado a expectativa masculina de que a mulher se proteja; e por outro lado, uma predisposição masculina para o uso do preservativo sem negociação prévia (HEILBORN, et al., 2008).

A análise das informações sobre os métodos contraceptivos conhecidos pela juventude rural entrevistada, por sexo, revelou que quase toda a amostra conhecia algum método, sendo que as garotas demonstraram conhecimento maior em relação a todos os métodos citados, com exceção ao preservativo masculino e ao coito interrompido, onde o percentual entre os homens foi maior. A pílula, o preservativo masculino e os injetáveis, foram os métodos contraceptivos mais conhecidos entre as mulheres. Entre os homens, destacou-se o preservativo, seguido da pílula e injetáveis (Tabela 4).

O estudo de Almeida e colaboradoras (2003) fortalece os achados acima descritos, onde a grande maioria das(os) estudantes adolescentes/jovens mostrou conhecer pelo menos um método anticoncepcional (97,4%) e as mulheres apresentaram maiores proporções de conhecimento em todos os contraceptivos investigados.

Aquino e colaboradoras (2006) ressaltam ainda que a contracepção seja predominantemente um assunto feminino, refletido, inclusive no maior conhecimento das jovens sobre as alternativas contraceptivas, o grau de assimetria nas suas relações com os parceiros, é o principal preditor de concretização ou não de uma relação sexual sem proteção.

Os dados sobre os métodos utilizados para prevenção da gravidez nos últimos 3 meses revelam que grande parte da amostra utilizou algum recurso anticonceptivo no período e o padrão entre os sexos demonstrou diferenças de modo que, em relação ao total de respondentes, as mulheres foram proporcionalmente maiores entre aquelas(es) que referiram não ter feito uso de contraceptivo no período (Tabela 5).

Esses dados vêm corroborar o fato de que o conhecimento sobre as tecnologias contraceptivas, não é decisivo para a implementação de práticas contraceptivas, principalmente, entre as jovens, exigindo a discussão entre o casal, a autoconfiança, o apoio social, permeados pelas assimetrias de gênero (BRANDÃO; HEILBORN, 2006). Nesse contexto, influenciam, ainda, o acesso (ou não) aos métodos contraceptivos, desejo ambivalente por filhas(os), tipo de relacionamento (ocasional ou estável), dentre outros.

Entre as jovens garotas que informaram fazer uso do anticonceptivo, os injetáveis foram os mais utilizados, seguida da pílula e do preservativo masculino com os mesmos percentuais. No relato dos homens, o preservativo masculino se fez mais presente, seguido dos injetáveis tanto associados ao condom masculino como utilizados isoladamente, além do coito interrompido.

O padrão de utilização dos métodos contraceptivos pelas garotas e rapazes difere bastante entre as pesquisas juvenis, ora nota-se o uso predominante do preservativo masculino e coito interrompido para ambos os sexos (ALMEIDA et al., 2003); ora é observada a utilização dos métodos hormonais (destacando a pílula) e do preservativo masculino, por exemplo (BRANDÃO, 2009).

A larga utilização dos injetáveis pela população estudada pode ter relação com a oferta desse tipo de método na Unidade de Saúde da Família, referência da localidade e bastante requisitada por esse grupo, conforme demonstrado em capítulo anterior, já que as dificuldades financeiras e de acesso ao anticonceptivo neste grupo, residente em localidade rural, é evidente, implicando no menor acesso aos contraceptivos através de recursos próprios.

Além disso, ficou perceptível que os injetáveis foram amplamente aceitos entre a população juvenil feminina dessa localidade na medida em que apontou como principal vantagem o fato de considerar os métodos utilizados como seguros para evitar uma gravidez, não reconhecendo desvantagens; e, as próprias jovens decidiram sobre o contraceptivo a ser utilizado.

Brandão (2009) comenta que nas narrativas juvenis sobre as razões apontadas para possíveis interrupções, trocas ou falhas no uso de métodos contraceptivos, há o medo/vergonha das jovens mulheres expor seu próprio exercício sexual para a família e/ou comunidade da qual fazem parte, fazendo com que a ida à unidade de saúde ou à farmácia seja evitada. Além disso, o controle que a família exerce sobre as garotas, dificulta a gestão da contracepção por elas próprias dentro de casa, assim, a administração diária da pílula ou a guarda da camisinha masculina neste ambiente, seria muito arriscada.

Este cenário, somado à facilidade existente em comunidades rurais de que as informações sobre a sexualidade das jovens sejam facilmente difundidas, o uso dos injetáveis não seria ponderado, pois a jovem compareceria ao posto de saúde em intervalos de tempo maiores, mensalmente ou a cada três meses, minimizando, inclusive, as falhas contraceptivas que possuem por esquecimento da ingestão diária da pílula.

Na versão dos jovens garotos, diferentemente das mulheres, a principal vantagem apontada do uso do preservativo masculino foi a possibilidade de prevenir as ISTs/Aids, estando a precaução da gravidez, em segundo plano.

A decisão pelo tipo do contraceptivo pelos rapazes foi feita conjuntamente com a parceira, para uma pequena maioria, que pode ser interpretada tanto pelo maior compartilhamento, diálogo, entre os casais estudados nos aspectos contraceptivos, aspecto inovador nesta pesquisa, já que é próprio dos estereótipos de masculinidade o desinteresse em conversar com suas parceiras sobre as consequências do ato sexual ou estabelecer uma negociação sexual (BOZON; HEILBORN, 2006); quanto pelo menor conhecimento sobre a variedade dos métodos de contracepção revelado pelos garotos entrevistados, fazendo com eles precisassem recorrer às suas parceiras para escolha do anticoncepcivo.

A idade das parcerias sexuais também pode ser um fator a influenciar no compartilhamento/ decisões contraceptivas de homens e mulheres. De fato, na presente pesquisa, a idade dos (as) parceiros(as) por sexo apresentou diferenças por sexo de maneira que as mulheres concentraram parcerias sexuais com idades superiores, em torno de 20-24 anos (35%) e entre 25-29 anos (32%) que as parcerias masculinas, normalmente com idades entre 15- 19 anos (61%) e até 14 anos (17%).

Conforme Bozon e Heilborn (2006) constataram, ao menos na iniciação sexual, o diálogo sobre o contraceptivo a ser utilizado variou bastante conforme a idade das parcerias das(os) jovens no momento, dentre outras. De fato, entre as mulheres, implica menor conversa sobre os meios de evitar uma gestação se os parceiros forem mais velhos; enquanto que entre os homens, parceiras mais jovens estimulam as trocas sobre o tema, como se a eles fossem eximidas qualquer responsabilidade anticonceptiva quando a parceria é mais velha e, possivelmente, mais experiente.

Ratificando a preocupação predominante no universo feminino com as questões reprodutivas em detrimento às medidas preventivas às ISTs/Aids, o motivo principal alegado pelas mulheres para não utilização de contraceptivos, foi a existência de uma gestação ou pela ausência de parcerias sexuais no período investigado (Tabela 5). O outro argumento mais citado pelas mulheres (14%), foi o desejo por filhas(os), quase o dobro do mencionado pelos homens (8%), indicando também o papel importante que a maternidade ocupa na vida dessas jovens rurais.

Em relação à experiência reprodutiva da juventude estudada, percebeu-se que a gravidez se fez muito mais presente entre as garotas (66%), com a primeira gestação entre 15 e 19 anos de idade do que na vida dos rapazes, apenas 23% relatou gravidez.

Segundo a pesquisa GRAVAD, entre aquelas (es) com relato de gestação anterior aos 20 anos, permitiu observar que para 93,8% das mulheres e 96,5% dos homens, o primeiro episódio ocorreu entre 15-19 anos; além de evidenciar a baixa frequência de experiências reprodutivas antes dos 15 anos de idade, 6,2% e 3,5%, para mulheres e homens respectivamente (AQUINO et al., 2006).

Comparando com os dados encontrados nesta juventude rural, o percentual de jovens que informaram a primeira gravidez antes dos 20 anos, por sexo, demonstrou que a proporção de homens com experiência reprodutiva entre 15-19 anos (92%) foi maior em relação às mulheres (82,5%) para a mesma faixa etária. Em contrapartida, a gestação antes dos 15 anos de idade, aconteceu muito mais frequentemente entre as mulheres (17,5%) que entre os homens (8%), ainda que eles tenham referido idades inferiores de iniciação sexual que elas (42% ante 33%, respectivamente). O que caracteriza a experiência da gravidez precoce, nesta área, como predominantemente feminina.

Segundo Aquino e colaboradoras (2006), a importância de atentar para a ocorrência de gravidezes nas faixas de idade mais jovens (antes dos 15 anos), advém pelo maior risco de complicações para a saúde da mãe e da criança, devendo-se sempre pensar na possibilidade desse acontecimento também estar relacionado a situações de violência sexual. De fato,

conforme apresentado em capítulo anterior, verificou-se o alto número de casos de violência praticado contra as mulheres, onde a violência sexual, apesar de menos referida pela população, foi a mais praticada contra as jovens garotas nesta comunidade estudada.

Calazans (2008) em pesquisa com jovens brasileiras (os), constatou a associação entre ocorrência/idade da primeira gestação com o grau de escolaridade, neste estudo com jovens rurais, as proporções encontradas revelaram que para amostra da juventude como um todo, as (os) jovens que nunca engravidaram, 55% tinha cursado entre o 1º e o 3º ano do ensino médio. Aquelas (es) que engravidaram entre 20 e 24 anos, a grande parte também apresentou nível de escolarização maior, estudando entre 1º- 3º ano (54%); e, as(os) que engravidaram mais precocemente, entre 10-14 anos cursaram, principalmente, entre a 5ª-8ª série (47%).

Quanto ao planejamento da gestação, a grande parte do grupo referiu gravidezes não planejadas (Tabela 6), situação que se manteve entre os sexos (72% delas e 82% deles).

Discute-se a representação social que a gravidez possui para o universo juvenil, abordado em capítulos anteriores, de forma a justificar que, mesmo em menores proporções, se observe o planejamento de uma gestação em jovens antes dos 20 anos de idade para ambos os sexos (32% das mulheres e 33% homens desse intervalo etário). Autoras chamam a atenção para os sentidos mais diversos que a maternidade e paternidade podem ocupar no universo das(os) jovens: atitude compensatória diante da “impossibilidade de ser jovem”, suprimento de carências de uma existência pobre; busca de reconhecimento social; consolidação de vínculo com o(a) companheiro(a); onde sempre há de se considerar os horizontes possíveis para a efetivação de projetos futuros de vida (CALAZANS, 2008; VILLELA; DORETO, 2006; BRANDÃO, 2006).

Especialmente nas áreas rurais nota-se que o desejo por filhas (os) é mais frequentemente observado que em áreas urbanas. A PNDS (BRASIL, 2008b) demonstrou a diferença marcante entre as mulheres de áreas urbanas e aquelas residentes em localidades rurais, em relação ao desejo por mais filhas (os) que foi de 68,4%, ante 48,4% daquelas que vivem em contextos urbanos.

Apesar do não planejamento das gestações, a maioria delas foi acompanhada através da assistência pré-natal, o que pode indicar a boa cobertura do Programa de Saúde da Família da região estudada, que conforme descrito em outro capítulo, oferece esse tipo de atendimento realizado por enfermeiro e médico da equipe.

No Brasil, de acordo com dados da PNAD (BRASIL, 2008b), vem-se registrando um aumento do número de consultas pré-natais por mulheres que realizam o parto pelo Sistema Único de Saúde, partindo de 1,2 consultas, em 1995, para 6,4 consultas por mulher no ano de

2008, mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde, que é de seis consultas. Na região Nordeste, a concentração do número de consultas pré-natais está abaixo da média do país com a maioria das mulheres realizando de 4-6 consultas (44,5%).

As diferenças entre os sexos se apresentaram tanto em relação ao comparecimento a esse atendimento, quanto ao número de consultas realizadas. Assim, as mulheres compareceram em maior escala ao pré-natal, predominantemente, a mais de seis consultas; que os homens acompanharam suas parceiras neste atendimento, geralmente, em menos de seis consultas.

A participação dos homens na gravidez tendo como um dos seus espaços as consultas pré-natais, faz com que eles se sintam inseridos no processo, constituindo uma importante função atribuída ao pai e refletindo na qualidade de vida do casal, já que estariam mais conectados emocionalmente à gestação e dispostos às necessidades de apoio e compreensão de suas parceiras (PICCININI; GONÇALVES; LOPES, 2004).

É notório que, para muitos homens, a paternidade não é sentida durante o processo da gestação, havendo, ainda, alguns casos, que mesmo após o nascimento da (o) filha (o), esse sentimento permaneça fragilizado e reflita no distanciamento desse processo durante todo o ciclo gravídico. Permeada por aspectos culturais, religiosos, familiares e econômicos, a vivência da paternidade se dará das mais diferentes maneiras, podendo trazer alegria, de forma a harmonizar as relações do casal, ou acentuar conflitos já existentes, diante da função que terão que desempenhar repleta de significados e atributos sociais (FAUSTINO; COELHO; SILVA, 2007).

Em relação à ocorrência de aborto por sexo, notou-se que para os jovens garotos entrevistados a situação de abortamento vivenciada pelas parceiras ao longo da vida reprodutiva foi de 47%, todos eles provocados. Entre as mulheres, o percentual foi menor que a metade apresentada pelos homens (21%) e a grande parte deles, espontâneos (Tabela 6).

Na Pesquisa GRAVAD, destaca-se maior relato de aborto pelos rapazes do que pelas moças entrevistadas (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006). Todavia, uma maior ocorrência do relato pelos homens de situações de abortamento vivenciadas pelas parceiras, pode ser reflexo, por exemplo, da maior facilidade em declarar publicamente o fato, já que a gestação é um processo que não ocorre no seu corpo e, assim, distante dos aspectos ilegais, sofrimentos físicos e emocionais que cercam o ato; e das diferenças de gênero nas características sexuais, como foi constatada nesta pesquisa, onde os homens iniciam sua vida sexual mais cedo que as mulheres, apresentando um maior número de parcerias sexuais, resultando em maior risco de uma gestação não planejada/indesejada.

Apesar de se tratar de uma localidade rural, onde espera-se que uma parcela dos partos aconteça em nível domiciliar, assim como revela dados da PNDS (BRASIL, 2008b) ao sinalizar que 3,5% dos partos investigados em áreas rurais se deu dentro de casa (0,8% em áreas urbanas), os dados encontrados no grupo juvenil entrevistado demonstrou que todos os partos aconteceram em Hospitais/Maternidades, independente do sexo, fortalecendo a cultura da medicalização da gravidez e parto existente no Brasil. De acordo com a PNDS (BRASIL, 2008b), para a população feminina, em geral, também foi constatada uma tendência de universalidade da assistência hospitalar ao parto, com 98% dos nascidos vivos nos cinco anos anteriores à entrevista.

No tocante à presença dos jovens ou parceiros das jovens entrevistadas no instante do parto, 97% dos casos não contou com a participação dos parceiros juntamente com a mulher, com diferenças discretas entre os sexos.

A participação dos pais no momento do parto, certamente, traz contribuições não somente às crianças, por facilitar a formação do vínculo pai e filho(a), mas também às mulheres, pela possibilidade de conferir maior segurança emocional e compartilhamento desse processo, além de contribuir para construção da paternidade participante e afetiva (CARVALHO, 2003).

No Brasil, a maior parte dos serviços do SUS não permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto, ainda que se constitua em direito das mulheres garantido pela Lei 11.108, de 07 de abril de 2005 (BRASIL, 2005b). Em geral, observa-se que somente algumas mulheres usufruem desse direito, sendo a maioria delas usuárias dos serviços privados de saúde, com alto grau de escolaridade e, particularmente em Salvador – Bahia, com diferenciais significativos por raça/cor, onde, entre as negras usuárias do Sistema Único de Saúde, a presença de acompanhante é sempre mais rara (RODRIGUES; NASCIMENTO, 2008).

No que tange à vontade de ter filhas(os), 65% da amostra afirmou desejá-las(os), apresentando diferenças entre mulheres e homens. Nesse sentido, percebeu-se que entre os homens há o desejo predominante por filhas(os), quando comparados com as mulheres, contrariando a idéia predominante em nossa sociedade de que a maternidade é uma aspiração feminina.

Ao serem questionadas (os) sobre o porquê de não desejar ser mãe/pai, entre as mulheres o principal motivo foi à falta de condição financeira, seguida da necessidade de estudar, corroborando com os resultados encontrados na presente população, de garotas desempregadas ou com baixos rendimentos, e com maior grau de escolarização que os

homens, configurando a educação como área predominantemente feminina, seja pela menor entrada no mercado de trabalho remunerado e, assim, na responsabilização de ajuda financeira à família, seja em função do seu comportamento estar mais adequado aos padrões escolares vigentes (CALAZANS, 2008).

Entre os homens, de maneira oposta, a necessidade de estudar surgiu como primeiro motivo para o não desejo de filhas (os); em seguida, a falta de condição financeira favorável ao sustento de uma família, o que dificultaria a assunção do papel de provedor.

5.3 ASPECTOS DE SAÚDE DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO: USO DE DROGAS E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Vale atentar para a dimensão da utilização de drogas referida por essa população, 36% do total de entrevistados, principalmente pelas repercussões negativas que geralmente trazem nas trajetórias familiares e de vida desse grupo.

De fato, o uso de drogas tende a ser alto durante a adolescência e a juventude, período que, normalmente, acontece o primeiro uso de alguma substância psicotrópica.

Especificamente para o álcool, entre as (os) jovens brasileiras (os) foi constatado que a idade média de início do consumo dessa substância para as/os adolescentes que estão entre 14-17 anos foi de 13,9 anos; e para aquela (e)s que possuem de 18-25 anos a idade média foi de 15,3 anos (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS, 2007). Isso sugere que as(os) jovens estão iniciando o consumo do álcool cada vez mais cedo, ainda que seja legalmente proibida para menores de 18 anos no Brasil. No passado, acreditava-se, inclusive, que caso as pessoas não comessem a usar drogas até o final da adolescência e juventude, era improvável que elas a consumissem posteriormente. Atualmente, esse fato já não é observado em muitas partes sociedades do mundo (INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD, 2010).

Oliveira e Souza (2009) afirmam que quanto mais precocemente se inicia o uso das drogas, maior é a exposição das(os) jovens a situações de risco como à violência, à contaminação por infecções sexualmente transmissíveis, à dependência química e a acidentes de trânsito.

Uma investigação feita em 27 capitais brasileiras constatou que a proporção de estudantes que fizeram “uso na vida” de alguma droga, exceto álcool e tabaco, foi de 22,6%%, quantitativo maior que vários países da América do Sul, como o Chile (19,8%); Uruguai (13,5%); Equador (12,3%); Venezuela (6,0%); Paraguai (5,6%), por exemplo (GALDURÓZ et al., 2004).

Essa mesma investigação revelou que o tipo de substância mais consumida entre as(os) estudantes brasileiras(os) investigadas(os), foi o álcool na modalidade de “uso na vida”, 65,2%; seguido do tabaco, 24,9% das drogas mencionadas (GALDURÓZ et al., 2004).

O consumo de drogas entre as (os) jovens faz refletir sobre os possíveis fatores que influenciam o uso dessas substâncias. Assim, Sanchez e colaboradoras (2010); INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (2010) descrevem desde aspectos inerentes ao próprio indivíduo, como depressão, baixa auto-estima, falta de perspectiva de vida, curiosidade, até fatores contextuais, como mau relacionamento familiar, falta de crenças religiosas, altas taxas de criminalidade, dentre outros.

O consumo de drogas por sexo demonstrou que entre os homens o uso destas substâncias foi maior do que entre as jovens estudadas. As especificidades por sexo de acordo com o tipo de substância constatou que as drogas de uso legal como o álcool, tabaco, ansiolíticos e antidepressivos, se destacaram entre as mulheres, comparativamente aos homens, onde o consumo de drogas ilícitas, apesar de em menor número percentual que o álcool e tabaco, por exemplo, foi sempre mencionado (Tabela 7).

Galduroz e colaboradores (2004) descreveram o uso de drogas entre jovens estudantes, mulheres e homens, demonstrando que no sexo feminino o uso do álcool e ansiolíticos foi mais comum e com diferenças significantes estatisticamente entre os sexos; enquanto que no sexo masculino, drogas como tabaco, maconha, cocaína, anabolizantes e solventes foram as mais consumidas. Com exceção do tabaco, nesta mesma pesquisa, para todas as outras substâncias descritas, também foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as/os estudantes.

Os papéis sociais desempenhados pelas mulheres e homens parecem ter relação íntima com o tipo de droga que consomem. As mulheres que usam drogas ilegais são rechaçadas socialmente e estigmatizadas muito mais intensamente que os homens, por contrapor-se aos padrões estereotipados de comportamento feminino e relação direta com a ilegalidade. Assim, estudos epidemiológicos revelam que preferencialmente as mulheres utilizam drogas legais, como tabaco, álcool e psicofármacos e os homens, as ilegais.

Romo Áviles (2006) justifica que a utilização dos psicofármacos, principalmente pelas mulheres justifica-se ainda, pois são socializadas para tal, devido ao estereótipo de “natureza nervosa” que possuem e por precisarem permanecer com quadro emocional estável para desempenhar as atividades como cuidadoras, seja da casa ou da família. Já a preferência dos homens pelas drogas ilegais, aconteceria, pois seriam dotados de atitudes mais desafiadoras e, portanto, mais atraídos a utilizarem outras substâncias.

De uma forma geral, apesar de se observar uma tendência de igualdade no consumo de algumas drogas entre os sexos na sociedade atual, principalmente, justificada por mudanças no estilo de vida das mulheres nos últimos anos, Oliveira, Paiva e Valente (2006) alertam que as representações existentes no imaginário social sobre os diferentes tipos de substâncias e as pessoas usuárias, podem fazer com que algumas necessidades específicas, especialmente, àquelas demandadas pelas mulheres, como a gravidez; a responsabilidade que possuem como mães, donas de casa e esposas; aos possíveis traumas decorrentes de violência sexual, nem sempre sejam reconhecidas e atendidas pelas (os) trabalhadoras(es) dos serviços de saúde de referência, de modo a interferir na visibilidade do consumo feminino de drogas e na implementação de estratégias assistenciais eficientes.

Na população estudada, outro dado importante para discussão diz respeito aos casos de violência, relatados por 60% do grupo. A Organização Mundial da Saúde (CONTRERAS et al., 2010) calcula que mais de 1 milhão de pessoas perdem a vida a cada ano e muito mais sofrem lesões não mortais em consequência da violência.

Nesse cenário, as (os) jovens aparecem como o grupo mais afetado pela violência e as condições de pobreza, de exclusão social, guardam estreita relação com os crescentes níveis. Contudo, é necessário pensar na existência de outros fatores como as rupturas familiares, os maus tratos na infância, o consumo de drogas e álcool, a baixa escolaridade, que dinamizam a violência e estimulam a incorporação das (os) jovens em grupos formados por pessoas repletas de problemas pessoais e que encontram nesses espaços certa valoração, respeito e identidade tão importantes nessa fase da vida marcada por mudanças cognitivas, emocionais, físicas e comportamentais (MADDEN; SABER, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Afirma-se que a violência contra as mulheres é o tipo mais comum, estimando-se que seis em cada dez mulheres em todo o mundo, sofrem violência física ou sexual ao longo de sua vida e que a maioria dessas agressões acontece nas relações íntimas com seus conjugues ou parceiros, com percentuais que podem alcançar até 70% (UNIFEM, 2010).

World Health Organization (2010) acrescenta que é sabido que as agressões físicas e sexuais ocorrem diariamente, apesar de estimativas nacionais e internacionais deficientes, pois nem todas as agressões sofridas são atendidas pelo sistema de saúde e mesmo aquelas que resultam em ferimentos graves, nem sempre são notificadas. Ainda assim, sabe-se que o percentual de mulheres que referiu nunca ter sido agredida fisicamente pelo parceiro foi 10% no Paraguai e Filipinas; 22,1% nos Estados Unidos; 29% no Canadá e 34,4% no Egito, por exemplo. Entre adolescentes do sexo masculino nas escolas, a proporção que referiu ter se

envolvido em agressões físicas, em 2009, variou de 22% na Suécia e de 44% nos Estados Unidos para 76% em Jerusalém, Israel.

Um importante aspecto a ressaltar é que além da subnotificação pelos serviços de saúde dos casos de agressão, os dados apresentados são baseados em auto-relatos, assim é difícil mensurar o grau verdadeiro da extensão dessas agressões sexuais e físicas entre esse grupo populacional, pois segundo afirma a World Health Organization (2010), certamente em culturas mais rígidas, seja no intuito de manter a violência ocultada ou simplesmente pelo fato de aceitá-la como “natural”, os casos de violências não fatais são provavelmente subestimados. Vítimas podem se recusar a discutir as experiências violentas não por vergonha ou por causa dos tabus, mas pelo medo, já que em alguns países, reconhecer ter participado de um estupro, por exemplo, pode resultar em morte; e em certas culturas, em nome da preservação honra da família, é permitido matar as mulheres que foram estupradas.

Vale dizer, quanto à natureza da violência, a sexual, apesar de menos referida pelas pessoas entrevistadas desse estudo, em 93% dos casos as jovens mulheres foram as vítimas; e, desses, 18% foi caracterizado por estupro na primeira experiência sexual da jovem garota.

A UNIFEM (2010) afirma que em todo o mundo, até 50% das agressões sexuais recaem sobre meninas menores de 16 anos. Calcula-se que no ano de 2002 havia 150 milhões de meninas menores de 18 anos que sofreram alguma forma de violência sexual. A primeira experiência sexual de cerca 45% das garotas menores de 15 anos foi decorrente de uma relação sexual forçada.

Os resultados sobre a identificação dos (as) agressores (as) entre os sexos revelaram que os parceiros e ex-parceiros são os principais agressores das mulheres, independente do tipo de violência praticada; enquanto que, entre os rapazes, os desconhecidos foram quem mais agrediram. Esses dados vêm corroborar com alguns estudos (LEÔNICIO et al., 2008; BRASIL, 2009) sobre o perfil dos agressores por sexo e estão relacionados às características das relações de gênero na maioria das sociedades.

5.4 CARACTERÍSTICAS DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA AMOSTRA, SEGUNDO O SEXO E A IMPORTÂNCIA PARA A ENFERMAGEM

A identificação das características de utilização de serviços de saúde pela juventude residente em área rural, poderá contribuir para a organização da assistência, ao estabelecer níveis de cobertura e identificar os grupos possivelmente excluídos, adequando o cuidado de toda equipe e, particularmente, da enfermagem à realidade local.

Assim, neste estudo, as diferenças entre os sexos demonstraram que a procura pelo serviço de saúde nos últimos 2 meses investigados, foi principalmente efetuada por mulheres quando comparadas com os homens (Tabela 7).

Trabalhos demonstram que as diferenças de gênero também interferem diretamente no cuidado à saúde e na utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e homens, sempre apontando percentuais maiores de comparecimento às instituições de saúde pelas primeiras, assim como foi observado com a(o)s jovens desta localidade (GÓMEZ, 2002; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Quanto ao tipo de unidade que buscaram no intervalo de 2 meses, analisando a população entrevistada por sexo, percebeu-se que a Unidade de Saúde da Família se constituiu a grande referência tanto para as mulheres quanto para os homens, que também foram minoria em relação a todos os outros serviços de saúde investigados.

Os motivos para a não procura pelo serviço de saúde, demonstram a mesma tendência masculina de menos cuidado à saúde, na medida em que a maior parte deles afirmou não achar necessária a busca por atendimento (77% ante 54% nas mulheres).

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), algumas das explicações fornecidas pelos homens para menor procura por atendimento de saúde, constatada através de pesquisa sobre o tema, revelou que estão relacionadas, dentre outras, à forma de socialização de homens e mulheres, onde o cuidado de si e dos outros não são tidos como uma prática masculina; ao medo da descoberta de uma grave doença; à falta de unidades específicas para o atendimento dos homens; à vergonha de expor seu corpo a um profissional, ao contrário das mulheres, que culturalmente tiveram seus corpos mais expostos à medicina e à medicalização ao longo dos seus diferentes ciclos de vida, contribuindo para que essa exposição seja vista mais naturalmente do que a do homem. Todos esses fatores associados provocariam nos homens a sensação de não pertencimento ao espaço dos serviços de saúde.

Em relação ao local normalmente procurado quando ficavam doentes ou necessitando de algum atendimento de saúde, também houve diferenças nos padrões de respostas entre mulheres e homens entrevistados, de modo que as mulheres buscam, principalmente, à Unidade de Saúde da Família, e, em seguida, o Hospital Público. Entre os rapazes, a procura é mais frequente pelo Hospital Público, seguida da Unidade de Saúde da Família.

Apesar de menos frequente, pôde-se observar entre os homens (Tabela 7), que o percentual de resposta à categoria “outros” para a variável “local que habitualmente procuravam quando doentes”, foi quase o dobro que entre as mulheres. Dentro das definições para essa categoria, cuidar-se na própria casa foi apontado por 82% dos homens; e afirmar

que nunca tinham adoecido, foi observado em 18% deles. Todas as mulheres que pertenciam a essa categoria afirmaram que quando doentes, cuidavam-se em casa, ou seja, nenhuma delas utilizou o argumento de nunca ter ficado doente.

Conforme afirma Gómez (2002) em hipóteses explicativas para as diferenças de gênero na utilização de serviços de saúde, os distintos padrões de socialização em que são criados homens e mulheres propiciam que estas reconheçam mais facilmente os sintomas de uma doença, a conduta ser tomada diante de uma enfermidade, seja pelas expectativas culturais, seja pela prática que possuem como cuidadoras. Já os homens, tendem a assumir a doença e a busca de um serviço de atenção à saúde como um sinal de fraqueza, contraditória às representações de masculinidade regidas pela valentia, força e invulnerabilidade, por exemplo.

As características apresentadas e discutidas nesse capítulo sobre a utilização dos serviços de saúde na juventude estudada é particularmente relevante, por se tratar de uma área adscrita do Programa de Saúde da Família de forma a permitir o entendimento da equipe de que há diferentes perfis de utilização dos serviços de saúde na medida em que é considerada a variável sexo.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como proposta para reorganização da Atenção Básica no país, em 1994, reafirmando princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade e participação da comunidade. O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial baseada em novas diretrizes, centradas na vigilância à saúde, em substituição ao modelo médico assistencial privatista tradicional, orientado para a cura de doenças, tendo o indivíduo como objeto de ação e desempenhado principalmente no hospital.

Assim, a proposta do PSF é atuar com base nas seguintes diretrizes operacionais: eleição da família como núcleo de ação à saúde; territorialização e adscrição de clientela (o trabalho da equipe é desenvolvido área geográfica delimitada); trabalho em equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4 mil habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas e composta minimamente por médico, enfermeira(o), auxiliar ou técnica(o) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (AQUINO, 2003).

Particularmente para as (os) enfermeiras (os), o Programa de Saúde da Família, se constitui em um importante campo de atuação, onde as práticas desempenhadas buscam a reformulação e a integração de ações com as (os) demais profissionais que compõem a equipe de saúde, buscando sempre atender às necessidades sociais e de saúde da população adscrita a qual passa a ser responsável (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

A(o) enfermeira (o) enquanto membro da equipe de saúde da família desenvolve seu processo de trabalho em dois campos fundamentais: primeiramente, na própria unidade de saúde, junto à equipe, participando do processo de organização do trabalho, do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento dos serviços; desenvolvendo ações para capacitações das(os) Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares/técnicas(os) de enfermagem, na qual também é responsável pela supervisão e coordenação do trabalho dessas(es) profissionais.

O segundo local de atuação da (o) enfermeira(o) do programa de saúde da família é junto a população adscrita, onde programa e planeja ações com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; realiza consultas de enfermagem na unidade de saúde, no domicílio e/ou em outros espaços comunitários, bem como executa, ao nível de suas competências, ações de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, à (ao) adolescente, à mulher, ao adulto e ao idoso (BRASIL, 2007).

Na fase da adolescência e juventude, a atenção primária à saúde no contexto da saúde da família, se configura como um campo bastante importante e oportuno, pois proporciona o estabelecimento de vínculos com esse grupo populacional adscrito, principalmente através das ações intersetoriais com instituições socializadoras nas quais a juventude se insere.

De maneira geral, o Ministério da Saúde afirma que a frequência de jovens nas unidades de saúde do Brasil, ainda é muito pequena (BRASIL, 2006). Calazans (2008) afirma que entre os temas mais atraíram o interesse juvenil, de fato, a “saúde” foi referida por 18% das moças (atrás de “educação” e “família”, por exemplo), e apenas 8% dos rapazes da mesma faixa etária, revelando as diferenças entre os sexos em relação à temática e corroborando que os serviços de saúde não se configuram como um lugar importante para esse grupo.

Diferentemente do encontrado em outros estudos, a maioria considerável da juventude rural investigada buscou algum serviço de saúde e a Unidade de Saúde da Família foi a grande referência para o atendimento das suas necessidades de saúde, refletindo, inclusive, nas questões da reprodução e da sexualidade na medida em que 87% das (os) jovens entrevistadas (os) afirmam, por exemplo, acompanhamento pré-natal e 68% a utilização do preservativo como forma de prevenção às ISTs.

Conforme Alves e Brandão (2009), a construção da identidade social na adolescência/juventude está especialmente relacionada ao estabelecimento das relações afetivas e sexuais, sendo a sexualidade um domínio privilegiado para o exercício da autonomia nessa fase da vida, já que a dependência financeira da família é cada vez mais frequente. A(o) enfermeira(o) tem importante destaque nesse nível de atenção à saúde, já que

são elas(es) as(os) grandes responsáveis pelos serviços de atenção sexual e reprodutiva nas Unidades de Saúde da Família. De acordo ainda com ainda com Alves e Brandão (2009):

Identificar representações e práticas de jovens de diferentes segmentos no que tange à gestão da vida íntima e de suas conexões com as instituições da família, escola, serviços de saúde, grupo de pares, se coloca hoje como via importante para a reflexão sociológica no campo da saúde coletiva (ALVES; BRANDÃO, 2009, p. 662).

6 CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa foram capazes de evidenciar que mesmo vivenciando determinados padrões socioculturais inerentes da juventude brasileira, com expectativas semelhantes em relação às trajetórias escolares e profissionais, ao desenvolvimento da autonomia, por exemplo, o fato de residir em uma área rural tornam distintas as experiências das (os) jovens quando comparadas (os) às (os) residentes em centros urbanos, e, ainda, quando se consideram as especificidades de gênero.

O estudo também demonstrou que as situações que perpassam as esferas da sexualidade e da reprodução na juventude não podem ser consideradas como experiências unívocas e simples de serem entendidas, pois envolvem relações de poder entre os sexos, que devem ser sempre consideradas, paralelamente às especificidades de condições sociais, econômicas e culturais onde as/os jovens estão imersas (os). Nessa perspectiva, é que as ações dos serviços de saúde, incluindo ações da saúde sexual e reprodutiva devem se pautar a fim de que alcancem maiores e melhores resultados.

Destacamos a importância da utilização de gênero como categoria de análise, que no caso particular deste estudo, foi capaz de imprimir um novo perfil sócio-demográfico, sexual/reprodutivo e de aspectos de saúde, incluindo nesta categoria a utilização de serviços, quando considerado o sexo das (os) jovens. Isto se torna evidente quando comparamos os achados do Quadro 2, pois, se tomarmos como exemplo que a quase totalidade da juventude estudada não recebia remuneração pela sua ocupação, verificamos através da distribuição de frequências por sexo que tal experiência é feminina.

Na mesma linha de raciocínio, foi possível identificar que embora uma maioria considerável de jovens desejasse ter filhas (os), esse desejo está associado ao sexo masculino, contrariando a idéia predominante em nossa sociedade de que é a maternidade uma aspiração das mulheres. Neste estudo, é a paternidade que se manifesta como referência para os jovens da área rural estudada.

Isso implica em que pensemos no modo como o cuidado de enfermagem e da rede de serviços em saúde sexual e reprodutiva está organizado tendo as mulheres como o centro das ações, que frequentam as consultas de planejamento familiar e têm seus partos solitariamente.

O estudo traz sérias implicações para a enfermagem também porque a Unidade de Saúde da Família é o tipo de serviço utilizado pela maioria considerável de jovens, independente do sexo, pois, como foi demonstrado pelo estudo, nesse nível de cuidados predominam as atividades de enfermeiras(os).

Os resultados de utilização dos serviços de saúde encontrados nesta pesquisa ressaltam a necessidade de incluir as diferenças entre os sexos nos modelos de uso de serviços de saúde, inclusive em áreas rurais como a estudada, visto que foi perceptível que a procura pelas instituições de saúde mostrou uma tendência menor de procura por cuidado à saúde por parte dos homens ou da maior busca por serviços de atenção secundária, podendo gerar impactos negativos na qualidade e expectativa de vida destes e que isso tem relação com as construções sociais de gênero na nossa sociedade.

Discutir aspectos de utilização de serviços de saúde por jovens rurais, com as dimensões de gênero pode contribuir para a formulação de políticas voltadas para a redução das desigualdades no consumo de serviços de saúde ao considerar que os perfis de utilização podem ser modificados na medida em que é introduzida a variável sexo.

O estudo aponta para necessidade de inovação da atuação da enfermagem na área considerada, incidindo, por exemplo: na promoção da saúde, em especial no que tange à prevenção de problemas de saúde decorrentes da utilização da água de rio e do uso de drogas; dos benefícios da ingestão de peixes; da prevenção da violência de gênero, partindo da identificação dos tipos de violências que atingem mais as mulheres jovens; ao aumento da cobertura do cuidado de enfermagem no planejamento reprodutivo, tendo em vista as características da utilização de métodos contraceptivos pelas (os) jovens pesquisadas (os), dentre outros aspectos.

As limitações do estudo estão relacionadas, principalmente, ao tipo de amostra utilizada, que não permite generalizações dos achados.

No projeto inicial dessa pesquisa, foi previsto um estudo de base populacional, ou seja, que abrangesse todas (os) as (os) jovens da localidade. Entretanto, devido ao período da coleta dos dados ter se dado, principalmente, nos meses do inverno, com chuvas frequentes e pela rotina de trabalho das (os) Agentes Comunitários de Saúde da localidade, não foi possível entrevistar todo o quantitativo previsto inicialmente no intervalo de tempo, aproximado, de quatro meses.

Embora não tenha sido possível estudar a totalidade das(os) jovens da localidade rural selecionada, a amostra investigada guardou características comuns à juventude brasileira em geral, e salvo alguns aspectos, manteve a situação de vulnerabilidade social e de gênero observada nos estudos sobre as juventudes residentes nos centros urbanos, com condição sócio-econômica desfavorável.

Não se pretende afirmar com isso que a juventude é homogênea e que não deve ser vista em sua diversidade, contextualizada e complexa, ao contrário, trata-se de um grupo bastante

heterogêneo entre si, com diferenças etárias, de gênero, de região, conforme alguns resultados encontrados que foram específicos desta população estudada, mas que, também, demonstraram possuir características próprias de um ciclo de vida e de um momento histórico da qual outros grupos juvenis fazem parte.

Finalmente, em estudos futuros acreditamos ser necessário aprofundar as relações da clientela jovem de área rural com o cuidado de enfermagem, identificando os perfis de saúde sexual e reprodutiva com base em método de análise que supere a distribuição de frequências entre as variáveis a uma só característica como o sexo, para construir diferentes perfis onde a heterogeneidade seja expressa, a exemplo do GoM (Grade of Membership).

O GoM é ideal para delineamento de perfis, pois quantifica o grau de aproximação dos conjuntos das características das pessoas àquelas dos perfis, de forma que podem apresentar diferentes graus de pertinência a mais de um perfil.

Futuramente outros estudos de base populacional também poderão ser desenvolvidos no sentido de determinar o Risco Relativo a que está exposta a juventude rural e a relação com os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de et al. Uso de contracepção por adolescentes de escolas publicas na Bahia. **Rev. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.37, n.5,p. 566-575, 2003.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, texto para discussão. Rio de Janeiro, n. 4, 2002. Disponível em:<<http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2009.
- ALVES, Camila Aloísio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661 – 670, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200035&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 out. 2009.
- AQUINO, Rosana. Texto de apoio 1: Estratégia de saúde da família. In: AQUINO, Rosana [et al.]. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador, 2003.
- AQUINO, Estela M. L.et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva, organizadores. **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond, p. 310-359, 2006.
- BARROS, Aidil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia**: um guia para iniciação científica. São Paulo: Makron Books, 1986.
- BERQUÓ, Elza; BARBOSA, Regina Maria; LIMA, Liliam Pereira. Uso do preservativo:tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 34-44, 2008.
- BERQUÓ, Elza Salvatori; SOUZA, José Maria Pacheco; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Amostragem. In:_____. **Bioestatística**. São Paulo: EPU, p. 128-140, 1980.
- BOZON, Michel. As características da população pesquisada. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva, organizadores. **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond, p. 137-154, 2006.
- BOZON, Michel; HEILBORN, Maria Luiza. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. Socialização para a sexualidade, vida reprodutiva e relações amorosas. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva, organizadores. **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond, p. 156-205, 2006.
- BRANDÃO, Elaine Reis. Desafios da contracepção juvenil: intersecções de gênero, sexualidade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14. n. 4, p. 1063-1071, 2009.

BRANDÃO, Elaine Reis. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva, organizadores. **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond, p. 63-94, 2006.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, v. 4, n.1, Suplemento 96,1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, n. 1, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_direitos_sexuais_e_direitos_%20reprodutivos_uma_prioridade_de_governo.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2009

_____. Governo Federal. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº.8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Presidência da República do Brasil**. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://www.mulherdemocrata.org.br/legislacao/L11108.pdf>>. Acesso em: 06 de mai de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0611_M.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 4 ed., v. 4, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher - PNDS**. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília, Ano V - nº 1, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Brasília, 2009.

BRENNER, Ana Karina; DAYRELL, Juarez; CARRANO, Paulo. Culturas do lazer e do tempo livre dos jovens brasileiros. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p.175- 214, 2008.

BRUMER, Anita. A problemática dos jovens rurais na pós-modernidade. In: CARNEIRO, Maria José; CASTRO, Elisa Guaraná de (Org.). **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad X, p. 35-51, 2007.

CALAZANS, Gabriela. Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p.215- 242, 2008.

CAMPOS, Carmen Hein de; OLIVEIRA, Guacira Cesar de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: Fundação H.Boll, Fundação Ford, n. 3, 2009.

CARNEIRO, Maria José. Juventude rural: projetos e valores. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p.243- 262, 2008.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19(Sup. 2), p.389-398, 2003.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam. **Por um novo paradigma do fazer Políticas: políticas de/para/com juventudes**. Edição publicada pelo escritório da UNESCO no Brasil, 2002.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam. Juventudes no Brasil: vulnerabilidades negativas e positivas. In: **I CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO AMERICANA DE POPULAÇÃO - ALAP**. Caxambu- MG, 18 – 20 de Setembro de 2004.

CASTRO, Elisa Guaraná de. **Entre Ficar e Sair: uma etnografia da construção da categoria jovem rural**. 2005.380 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CHUMPITAZ, Violeta Angélica Cuenca. **Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido**. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Saúde Pública) - Escola Nacional da Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.icict.fiocruz.br/pdf/chumpitavacm.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE. **Política Nacional de Juventude: diretrizes e perspectivas.** São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2006.

CONTRERAS, Juan Manuel et al. **Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios.** Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual, 2010.

CORRÊA, Sônia; ALVES, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.). **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva.** Rio de Janeiro: ABEP / UNFPA, p. 27-62, 2006.

CORRÊA, Sonia; ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, Elza (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil.** Campinas: UNICAMP, p. 17-78, 2003.

CRUZEIRO, Ana Laura et al. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso do preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1149-1158, 2010.

ERMEL, Regina Célia; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FAUSTINO, Waglândia de Mendonça; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 137-145, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/14.pdf>>. Acesso em: 04 mai 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Planejamento familiar no Brasil 50 anos de história.** Brasília: UNFPA, 2008.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. **Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** São Paulo: CEBRID/Universidade Federal de São Paulo; 2004. Acesso em 22 de nov de 2010. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/>

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes. Vulnerabilidades ao HIV/Aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Sociedade.** São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira; ARAÚJO, Fábio Carvalho. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?** As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, p.565-574, 2007.

GÓMEZ, Gómez Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. **Rev Panam Salud Publica,** v.11, p.327-334, 2002.

GONÇALVES, Helen; GIGANTE, Denise. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 7, p. 1459-1469, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, Maria Luiza; AQUINO, Estela M.; BOZON, Michel; KNAUTH, Daniela Riva, organizadores. **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Garamond,; p.30-58, 2006.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Trajetórias sexuais de jovens brasileiros: da iniciação a uma possível gravidez. In: BRASIL. Ministério as Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Um olhar sobre o jovem no Brasil**. Brasília, p. 45-60, 2008.

HEREDIA, Beatriz Maria Alásia; CINTRÃO, Rosângela Pezza. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. In: UNIFEM: Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher. **O progresso das mulheres no Brasil**. Fundação Ford. CEPIA. Brasília, 2006, p. 102-131. Acesso em 15 nov de 2010. Disponível em: <<http://www.mulheresnobre.org.br/index.asp>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Contagem da população 2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980- 2050**: revisão 2008. Rio de Janeiro, n. 24, 2008a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**. Rio de Janeiro, 2008b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, n. 26, 2009a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Mensal de Emprego- PME**. Principais destaques da evolução do mercado de trabalho nas regiões metropolitanas abrangidas pela pesquisa: 2003-2009. Rio de Janeiro, 2009b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Resultados do Censo 2010. Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010/>>. Acesso em 25 fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Mensal de Emprego- PME**. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Rio de Janeiro, 2010b.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Global employment trends for youth**: special issue on the impact of the global economic crisis on youth .Geneva: ILO, 2010.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report: International Narcotics Control Board for 2009**. New York: UNITED NATIONS, 2010.

KOSTRZEWA, Kate. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies. **Sal. pública Mex.**, México, v.50, n. 1, p. 10-16, 2008.

LEAL, Andréa Fachel; KNAUTH, Daniela Riva. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1375-1384, 2006.

LEÔNICIO, Karla Lima; BALDO, Priscila Lapaz; JOÃO, Virgílio Malundo; BIFFI, Raquel Gabrielli .O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, p.307-312, 2008.

LEONE, Eugenia Troncoso; BALTAR, Paulo. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro. **Rev bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 233-249, jul./dez. 2008

LYRA, Jorge. **Paternidade adolescente**: uma proposta de intervenção. 1997. 182 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LYRA, Jorge; MEDRADO, Benedito. Gênero e paternidade nas pesquisas demográficas: o viés científico. **Rev. Est. Fem.**, Florianópolis, v. 8, n.1, p. 145-158, 2000.

MADDEN, Rosemary Barber; SABER, Bruno Abe. A situação dos jovens no mundo. In: MADDEN, Rosemary Barber; SANTOS, Taís de Freitas, organizadoras. **A juventude brasileira no contexto atual e em cenário futuro**. Brasília (DF): UNFPA; p. 18-37, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MATTOS, Jeane Gomes de Brito. **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: como incluir os homens?.2004. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

MENDOZA, Jorge Peláez. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. **Rev. cuba. obstet. ginecol.**, Cuba, v.34, n. 2, 2008.

MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela Maria Mota Lima Leão de; SILVA, Diordlene Oliveira. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.1431-1446, 2006.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Censo Educacional 2009**. Brasília: INEP, 2009. Acesso em 24 de out. de 2010. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>

MORAES, Danielle Ribeiro. **Aids, saúde reprodutiva e prevenção**: estudo de caso sobre práticas educativas em uma ONG. 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

NOVAES, Regina. Juventude, percepções e comportamento: a religião faz diferença?. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (Org.). **Retratos da juventude brasileira**: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 263-290, 2008.

OLIVA, Talita; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Sexualidade e reprodução na juventude: evidências de estudos realizados na América Latina. **Rev Paraninfo Digital**, n. 12, 2011. Disponível em: < <http://www.index-f.com/para/n11-12/067d.php> >. Acesso em 12 abr. 2011.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila L. M.. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p.473-481, 2006.

OLIVEIRA, Patrícia Castro; SOUZA, Silva Cecília de Mello. **Uso de Drogas entre Adolescentes e Jovens Mulheres**: uma revisão da literatura. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia 28 a 31 de julho de 2009, Rio de Janeiro (RJ) Grupo de Trabalho: GT 26 – Sociologia da Infância e Juventude

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Informe de La Conferencia Internacional sobre La Población y el Desarrollo el Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994**. Nueva York, 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: CNDM, 1996.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. 2. ed. Brasília: OPS, 2008

PAULILO, Maria Ignez. Trabalho familiar: uma categoria esquecida de análise. **Rev. Est. Fem.**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 229-251, 2004.

PICCININI, Cesar Augusto; SILVA, Milena da Rosa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; LOPES, Rita Sobreira. O envolvimento paterno durante a gestação. **Psicol Reflex Crit**. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2004 [citado em 05 mai 2010]. 17(3):303-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v17n3/a03v17n3.pdf>>

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELLA, Ana Paula. Novas e velhas questões sobre corpo, sexualidade e reprodução. In: ÁVILA, Maria Betânia (Org.). **Texto e Imagens do Feminismo**: Mulheres construindo a igualdade. **Recife**: SOS CORPO, p. 71-131, 2001.

PORTELLA, Ana Paula. Direitos Reprodutivos e direitos sexuais: impasses e desafios do Movimento Feminista. **Cad. de Crítica Feminista**, Recife: SOS CORPO, ano I, n. 0, p. 97-105, 2007.

REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES, Romeu. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.

RIBEIRO, Márcia Aparecida; FERRIANI, Maria das Graças; REIS, Jair Naves dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2004.

RODRIGUES, Quéssia Paz; NASCIMENTO, Enilda Rosendo. Acesso de mulheres ao cuidado no trabalho de parto e parto em uma instituição pública no município de Salvador/Bahia. In: **XXVII SEMINÁRIO ESTUDANTIL DE PESQUISA/ IX SEMINÁRIO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**. Salvador: EDUFBA, 2008.

ROMO AVILÉS, Nuria. **Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres**. Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5, 2006. Acesso em 23 de nov de 2010. Disponível em: <<http://www.ugr.es/~iem/direccion.php?id=28>>.

SABÓIA, Ana. A população jovem no Brasil metropolitano. In: MADDEN, Rosemary Barber; SANTOS, Taís de Freitas, organizadoras. **A juventude brasileira no contexto atual e em cenário futuro**. Brasília (DF): UNFPA; p.42- 64, 2009.

SANCHEZ, Zila van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia; RIBEIRO, Luciana Abeid; NAPPO, Solange Aparecida. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.3, p. 699-708, 2010.

SANTO, Danilo Cerqueira do Espírito; NETO, José Tavares. A visão masculina sobre métodos contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 562-569, 2004.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7 – 17, 2005.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 71-99, 1995.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI (SESAU). Diretoria de Planejamento. Coordenação de Informação e Comunicação em Saúde. **História de Camaçari**. [entre 2005 e 2010]. Acesso em 14 de mar de 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/30885193/Historia-de-Camacari-Ba>>.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD). **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.]. Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007. Acesso em 24 de nov de 2010. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>>

SPOSITO, Marília Pontes. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: ABRAMO, Helena Wendel; BRANCO, Pedro Paulo Martoni (Org.). **Retratos da juventude brasileira**: análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, p. 87-127, 2008.

UNIFEM - United Nations Development Fund for Women. **The Facts**: Violence against women & millennium development goals. UNIFEM: 2010, 34 p. Acesso em 24 nov de 2010. Disponível em: < <http://www.unifem.org/materials/>>.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. São Paulo: FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA, 2004.


VILLELA, Wilza Vieira; DORETO, Daniella Tech. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. Jovens rurais de pequenos municípios de Pernambuco: que sonhos para o futuro. In: CARNEIRO, Maria José; CASTRO, Elisa Guaraná de (Org). **Juventude rural em perspectiva**. Rio de Janeiro: Mauad X, p. 21-33, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **European report on preventing violence and knife crime among young people**. WHO, 2010.

YÉPEZ, Martha A. Travesso; PINHEIRO, Verônica de Souza. Socialização de gênero e adolescência. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.13, n. 1, p. 147- 162, 2005.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta dos dados

 UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM		Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem.	
Microárea: _____		Data: _____	
Identificação da(o) entrevistada (o): _____			Nº
I Características Sócio-Demográficas			
1 Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> feminino	2 Qual a sua idade? _____ anos	3 Em qual dessas classificações você define a sua raça/cor? 1 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena	
4 Qual a sua religião? 1 <input type="checkbox"/> Sem religião 2 <input type="checkbox"/> Católica 3 <input type="checkbox"/> Evangélica 4 <input type="checkbox"/> Espírita 5 <input type="checkbox"/> Candomblé 6 <input type="checkbox"/> Cristã	5 Qual é o seu estado conjugal atual? 1 <input type="checkbox"/> Solteira(o) 2 <input type="checkbox"/> União consensual/ casada (o) 3 <input type="checkbox"/> Separada(o) 4 <input type="checkbox"/> Viúva(o)	6 Atualmente, você está na escola? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não, nunca fui à escola (passar para questão 8)	
7 Qual foi a última série que você completou, na escola? 1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> Até 4ª série 3 <input type="checkbox"/> 5ª a 8ª série 4 <input type="checkbox"/> 1º ao 3º ano 5 <input type="checkbox"/> nível superior 6 <input type="checkbox"/> até 4ª série, mas não sabe ler ou escrever	8 Se deixou de estudar ou nunca estudou, qual foi a principal razão? 1 <input type="checkbox"/> ficou grávida / tinha de cuidar das(os) filhas(os) 2 <input type="checkbox"/> casou-se / uniu-se ao parceiro 3 <input type="checkbox"/> precisava trabalhar 4 <input type="checkbox"/> concluiu ensino médio/ o curso superior 5 <input type="checkbox"/> não gosta de estudar 6 <input type="checkbox"/> escola de difícil acesso / sem vagas 7 <input type="checkbox"/> parceiro não permite 8 <input type="checkbox"/> pai e/ou mãe não permite 9 <input type="checkbox"/> outros: _____	9 Exerceu alguma ocupação remunerada no período de 20 de janeiro a 19 abril de 2010? 1 <input type="checkbox"/> Sim (passar para questão 11) 2 <input type="checkbox"/> Não	
10 Qual foi o motivo principal por você não ter exercido uma ocupação remunerada ou estar desempregada(o) no período de 20 de janeiro a 19 abril de 2010? 1 <input type="checkbox"/> Cuidado de filhas(os) 2 <input type="checkbox"/> Não aceitação do parceiro(a) 3 <input type="checkbox"/> Necessidade de estudar 4 <input type="checkbox"/> Acha que não precisa 5 <input type="checkbox"/> Distante do local onde mora 6 <input type="checkbox"/> Não consegue emprego 7 <input type="checkbox"/> Pai e/ ou mãe não permite 8 <input type="checkbox"/> Outro: _____ (Passar para a questão 12)	11 Qual era o rendimento mensal que ganhava no período de 20 de janeiro a 19 abril de 2010? 1 <input type="checkbox"/> Menor que 1 salário mínimo 2 <input type="checkbox"/> De 01 a 02 salários mínimos 3 <input type="checkbox"/> A partir de 02 até 03 salários mínimos 4 <input type="checkbox"/> A partir de 03 salários mínimos	12 Exerceu alguma ocupação não remunerada, incluindo o trabalho doméstico no período de 20 de janeiro a 19 abril de 2010? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
13 Qual era o rendimento mensal da sua família no período de 20 de janeiro a 19 abril de 2010? 1 <input type="checkbox"/> Sem renda 2 <input type="checkbox"/> Menor que 1 salário mínimo 3 <input type="checkbox"/> De 01 a 02 salários mínimos 4 <input type="checkbox"/> A partir de 02 até 03 salários mínimos 5 <input type="checkbox"/> A partir de 03 salários mínimos 6 <input type="checkbox"/> Não sabe		14 Quais são suas atividades de lazer e meios de comunicação que tem acesso? 1 <input type="checkbox"/> Assistir TV 2 <input type="checkbox"/> Ouvir música 3 <input type="checkbox"/> Acessar a internet 4 <input type="checkbox"/> Praticar esporte 5 <input type="checkbox"/> Ir à praia 6 <input type="checkbox"/> Tomar banho de rio 7 <input type="checkbox"/> Ir a festas 8 <input type="checkbox"/> participar de grupos religiosos 9 <input type="checkbox"/> namorar 10 <input type="checkbox"/> Telefone fixo 11 <input type="checkbox"/> Telefone móvel 12 <input type="checkbox"/> Jornal/ Revista 13 <input type="checkbox"/> Outra: _____	

II Aspectos de Saúde		
<p>15 Você usa algum tipo de droga? Com que frequência?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim, <input type="checkbox"/> Álcool: <input type="checkbox"/> Cigarro: <input type="checkbox"/> Remédio: tipo _____ <input type="checkbox"/> Cocaína: <input type="checkbox"/> Maconha: <input type="checkbox"/> Crack: <input type="checkbox"/> Outras: _____</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>16 Você já sofreu algum tipo de violência?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim Que tipo e quem praticou?</p> <p><input type="checkbox"/> Sexual (ameaças escondidas, sussurros, olhares maliciosos, carícias íntimas, relação sexual contra sua vontade): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Física (chutes, empurrões, tabefes, ferimentos,...): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Psicológica/moral (xingamentos, chantagens, humilhações, acusações, ameaças, impedimentos de trabalhar fora, de amizades...): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Econômica (recusa de pagar pensão ou participação dos gastos, destruição de bens e utensílios da casa...): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outra: _____</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>17 Você procurou o serviço de saúde nos últimos 2 meses?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim. Qual/ Quais? 1 <input type="checkbox"/> Hospital público 2 <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde 3 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família 4 <input type="checkbox"/> Clínica Particular (passar para questão 20)</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>18 Qual foi o motivo principal pelo qual você não procurou o serviço de saúde nos últimos 2 meses?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não achou necessário 2 <input type="checkbox"/> Falta de tempo 3 <input type="checkbox"/> Não conseguiu agendar consulta 4 <input type="checkbox"/> Não teve dinheiro para transporte 5 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
<p>19 Onde você costuma ir quando está doente ou precisando de atendimento de saúde?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Hospital público 2 <input type="checkbox"/> Unidade básica de saúde 3 <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde da Família 4 <input type="checkbox"/> Clínica Particular 5 <input type="checkbox"/> Farmácia 6 <input type="checkbox"/> ACS 7 <input type="checkbox"/> Curandeira 8 <input type="checkbox"/> Igreja 9 <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		
III Características Sexuais		
<p>20 Quantos anos você tinha quando teve sua primeira relação sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ____ anos 2 <input type="checkbox"/> nunca teve relação sexual (passar para questão 23, 41 e 42)</p>	<p>21 Quanto a sua vida sexual, você se sente:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Insatisfeita(o) 2 <input type="checkbox"/> Pouco satisfeita(o) 3 <input type="checkbox"/> Satisfeita(o)</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Muito satisfeita(o) 5 <input type="checkbox"/> Recusa-se a responder 6 <input type="checkbox"/> não sabe</p>	
<p>22 Você já teve alguma experiência sexual com pessoas do mesmo sexo?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Recusa-se a responder</p>	<p>23 Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 3 meses?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhuma 2 <input type="checkbox"/> 01 3 <input type="checkbox"/> 02 4 <input type="checkbox"/> 03 ou mais</p>	<p>24 Qual/Quais o(s) método(s) que você utiliza para prevenir as doenças transmitidas sexualmente?</p> <p style="text-align: center;">Resposta espontânea</p> <p>1 <input type="checkbox"/> nenhum 2 <input type="checkbox"/> coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> pílula 4 <input type="checkbox"/> injetáveis 5 <input type="checkbox"/> preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> outros _____</p>

IV Características Reprodutivas			
<p>25 Qual/Quais foi/foram o(s) método(s) para evitar gravidez que você usou na sua primeira relação sexual?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> Coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> Pílula 4 <input type="checkbox"/> Injetáveis 5 <input type="checkbox"/> Preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> Preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> Outros 8 <input type="checkbox"/> Não lembra</p>	<p>26 Qual/Quais o(s) método(s) para evitar a gravidez que você conhece?</p> <p>Resposta espontânea</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> Coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> Pílula 4 <input type="checkbox"/> Injetáveis 5 <input type="checkbox"/> Preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> Preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> Laqueadura 8 <input type="checkbox"/> Vasectomia 9 <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>27 Qual/Quais foi/foram o(s) método(s) para evitar a gravidez que você utilizou nos últimos 3 meses?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> Coito interrompido/ gozar fora 3 <input type="checkbox"/> Pílula 4 <input type="checkbox"/> Injetáveis 5 <input type="checkbox"/> Preservativo masculino 6 <input type="checkbox"/> Preservativo feminino 7 <input type="checkbox"/> Laqueadura / vasectomia 8 <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>28 Por qual motivo você não utilizou algum método para evitar a gravidez nesse período?(passar questão 34)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Não acha necessário 2 <input type="checkbox"/> Não gosta 3 <input type="checkbox"/> Parceiro(a) não aceita 4 <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais indesejáveis dos métodos já utilizados 5 <input type="checkbox"/> Deseja ter filhos(as) 6 <input type="checkbox"/> Não tinha dinheiro para comprar 7 <input type="checkbox"/> Já estava grávida/ parceira grávida 8 <input type="checkbox"/> Não tinha parceiro(a) sexual no período 9 <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>
<p>29 Para você, qual a principal vantagem do(s) método(s) utilizado(s) para evitar a gravidez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Seguro para evitar gravidez 2 <input type="checkbox"/> Evita IST/ HIV/Aids 3 <input type="checkbox"/> Baixo custo 4 <input type="checkbox"/> Aquisição gratuita 5 <input type="checkbox"/> Ausência ou insignificância de efeitos colaterais 6 <input type="checkbox"/> Nenhuma 7 <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>	<p>30 E qual a principal desvantagem do(s) método(s) utilizado(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Tem que comprar 2 <input type="checkbox"/> Sempre falta pelo SUS 3 <input type="checkbox"/> Desconfortável/ dor na administração 4 <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais ruins 5 <input type="checkbox"/> Não evita IST/ Aids 6 <input type="checkbox"/> Nenhuma 7 <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>	<p>31 De quem foi a decisão pela escolha desse(s) método(s) utilizado?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Você mesma(o) 2 <input type="checkbox"/> Parceiro(a) 3 <input type="checkbox"/> Você e seu/sua parceiro(a) 4 <input type="checkbox"/> Profissional de saúde 5 <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	<p>32 Quantos anos você tinha na primeira gravidez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 10-14 anos 2 <input type="checkbox"/> 15-19 anos 3 <input type="checkbox"/> 20-24 anos 4 <input type="checkbox"/> nunca engravidou/ engravidou a parceira (passar para questão 41)</p>
<p>33 Você planejou a última gravidez?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>34 Você fez acompanhamento pré-natal até março de 2010?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim. Quantas? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____</p>	<p>35 Quantos abortos você/ sua parceira já teve até o momento?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> Provocado: Quantos? _____ 3 <input type="checkbox"/> Espontâneo: Quantos? _____ 4 <input type="checkbox"/> Pelo menos 1 provocado e 1 espontâneo</p>	<p>36 Em que local aconteceu/ aconteceram o(s) parto(s)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Casa 2 <input type="checkbox"/> Hospital/ maternidade 3 <input type="checkbox"/> Centro de Saúde 4 <input type="checkbox"/> Outros</p>
<p>37 Seu parceiro/ Você já esteve presente no momento do parto?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>38 Quantos filhos você tem atualmente, incluindo os adotivos/ de criação?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Nenhum 2 <input type="checkbox"/> 01 _____ 3 <input type="checkbox"/> 02 _____ 4 <input type="checkbox"/> 03 ou mais _____</p>	<p>39 Você deseja ter (mais) filhos (as)?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não. Por quê? (Múltiplas respostas) 1 <input type="checkbox"/> Não deseja ser mãe/pai 2 <input type="checkbox"/> Estudo 3 <input type="checkbox"/> Trabalho 4 <input type="checkbox"/> Parceiro(a) não deseja 5 <input type="checkbox"/> Falta de condição financeira 6 <input type="checkbox"/> Infertilidade 7 <input type="checkbox"/> Infertilidade do(a) companheiro(a) 8 <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	

APÊNDICE B – Grupos, definições e categorizações das variáveis do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROJETO: Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem.

VARIÁVEIS SÓCIO - DEMOGRÁFICAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Condição biológica de ser homem ou mulher	Masculino; feminino
Idade	Idade presumida em anos referida pela pessoa na ocasião da entrevista	15-19 anos; 20-24 anos
Raça/ Cor	Auto-declaração da cor da pele	Parda; Preta; Branca; Amarela; indígena
Religião	Crenças relacionadas ao sobrenatural, divino, sagrado e transcendental	Nenhuma; Católica; Evangélica; Espírita; Candomblé; Cristã
Estado conjugal	Situação de uma pessoa em relação à sociedade conjugal	Solteira(o); união consensual/ casada(o); separada(o); Viúva(o)
Frequência à escola	Estar ou não frequentando a escola na ocasião da entrevista	Sim, não; nunca fui à escola
Última série concluída na escola	Última série concluída com aprovação. Cada série concluída com aprovação correspondeu a 1 ano de estudo.	Até a 8ª série; 1º ao 3º ano; nível superior
Motivo principal de abandonar à escola	Razão que julgou como a principal de abandonar os estudos ou nunca ter estudado.	Gravidez/ união com o(a) parceiro (a); trabalho; não gostava de estudar; outros motivos
Ocupação remunerada no período de referência	Qualquer atividade remunerada em dinheiro, desempenhada no período de referência, podendo ser formal ou informal, por um período de tempo igual ou superior a um dia.	Sim; não
Motivo principal de estar desempregada(a) ou nunca ter trabalhado	Razão que julgou como a principal por nunca ter tido ocupação remunerada ou estar desempregado(a) no período de referência adotado.	Não consegue emprego; distância do local onde mora; necessidade de estudar; cuidado de filhas(os); achou que não precisava; outro motivo; não aceitação do parceiro(a); pai e/ ou mãe não permite;
Renda média pessoal mensal	Renda média mensal, em salários mínimos, obtida com a(s) ocupação/ocupações remunerada(s) exercida(s) no período de referência adotado (Salário mínimo vigente: R\$ 510,00)	Menor que 1 salário mínimo; de 01 a 02 salários mínimos; mais que 02 até 03 salários mínimos; mais que 03 salários mínimos.
Ocupação não remunerada (incluindo o trabalho doméstico)	Qualquer atividade desempenhada no período de referência, que não tenha sido remunerada em dinheiro ou benefícios, incluindo àquelas de produção para o próprio consumo ou uso de membros da unidade domiciliar e as realizadas voluntariamente. Trabalho doméstico: foi pesquisado se habitualmente, parcialmente ou integralmente, cuidavam dos afazeres domésticos (arrumar/limpar a casa, cozinhar, passar roupa, lavar roupa/louça), independentemente da sua condição de atividade e ocupação no período de referência.	Sim; não
Renda Familiar	Renda média mensal total, em salários mínimos, dos integrantes da família, ou seja, de todas as pessoas que residiam com a/o jovem, no período de referência adotado. (Salário mínimo vigente: R\$ 510,00)	Menor que 1 salário mínimo; de 01 a 02 salários mínimos; mais que 02 até 03 salários mínimos; mais que 03 salários mínimos; não sabe

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
Atividades de lazer/ Acesso a meios de comunicação	Atividades desempenhadas como recreação/diversão e meios de comunicação disponíveis para uso.	Assistir TV, ouvir música, acessar a internet, praticar esportes, ir à praia, tomar banho de rio, ir a festas, participar de grupos religiosos, namorar; telefone fixo, telefone móvel, jornal/ revista, outras.
ASPECTOS DE SAÚDE	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
Consumo e tipo drogas utilizadas	Uso atual de drogas psicoativas, independente da sua natureza lícita ou ilícita.	Sim. Tipo: álcool; cigarro; remédio: (especificar); cocaína; maconha; crack; outras (especificar). Não
Situação de violência, natureza da agressão e agressor(a)	Exposição, alguma vez, à violência, segundo sua natureza: 1. Sexual: <ul style="list-style-type: none"> • Ameaças escondidas, sussurros escondidos, olhares maliciosos. • Atentado Violento ao pudor: carícias íntimas. • Estupro 2. Física- chutes, empurrões, tabefes, ferimento... 3. Psicológica/moral- xingamentos, chantagens, humilhações, acusações, ameaças, impedimentos de trabalhar fora, de ter amizades... 4. Econômica- recusa de pagar pensão ou participação dos gastos, destruição de bens e utensílios da casa... Identificação do tipo de agressores (as) da violência sofrida: familiares, pessoas conhecidas, desconhecidas, parceiros(as) e ex-parceiros (as).	Sim (sexual; física; psicológica/moral; econômica; outra- especificar) e agressores(as); Não
Procura pelo serviço de saúde nos últimos 2 meses e tipo de instituição de saúde procurada	Ida a qualquer serviço de saúde no período de referência. Especificar o(s) serviço(s) procurado(s)	Não, sim (hospital público, unidade básica de saúde, Unidade de Saúde da Família, clínica particular)
Motivo alegado para não procura do serviço de saúde nos últimos 2 meses	Identificação do motivo da não procura	Não achou necessário, não teve tempo, não conseguiu agendar consulta, não teve dinheiro para transporte, outro.
Onde costuma ir quando está doente ou precisando de atendimento de saúde	Identificação do local que habitualmente procura quando doente ou necessitada de atendimento de saúde	Hospital público, Unidade básica de saúde, Unidade de Saúde da Família, clínica particular, farmácia, Igreja, outros (especificar).
VARIÁVEIS SEXUAIS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
Iniciação sexual	Se já teve relação sexual com outra pessoa independente do sexo.	Sim; não
Idade da primeira relação sexual	Faixa etária da primeira relação sexual	≤ 14 anos; 15-19 anos; 20-24 anos
Experiências sexuais com pessoas do mesmo sexo	Ocorrência de qualquer experiência sexual, que não somente a conjunção carnal, com pessoa de sexo semelhante.	Sim; não
Grau de satisfação sexual	Satisfação quanto à vida sexual que vivencia.	Insatisfeita(o); pouco satisfeita(o); satisfeita(o); muito satisfeita(o); recusa-se a responder; não sabe.
Parcerias sexuais nos últimos 3 meses	Número de parcerias sexuais nos últimos 3 meses	Nenhuma; uma; duas; três ou mais
Método utilizado para prevenção das ISTs/ Aids	Especificação do(s) método(s) utilizados (esporádica ou regularmente) para evitar as IST/Aids.	preservativo masculino; nenhum; injetáveis e preservativo masculino; outros; pílula e preservativo masculino.

VARIÁVEIS REPRODUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	CATEGORIZAÇÃO
Método(s) contraceptivo(s) utilizado(s) na primeira relação sexual	Método(s) utilizado (s) na primeira relação sexual.	nenhum, coito interrompido; pílula, injetáveis, preservativo masculino, pílula e preservativo masculino; não lembra
Método(s) contraceptivo(s) conhecido(s)	Método(s) contraceptivo(s) conhecidos, independentemente de noções dos mecanismos de ação.	nenhum, coito interrompido, pílula, injetáveis, preservativo masculino, preservativo feminino; laqueadura; vasectomia; outros (DIU; diafragma)
Método(s) contraceptivo(s) utilizado(s) nos últimos 3 meses	Método(s) contraceptivo(s) utilizado(s) pela pessoa ou casal no período de referência.	nenhum, coito interrompido, pílula, injetáveis, preservativo masculino, laqueadura/ vasectomia, pílula e injetáveis; pílula e preservativo masculino; injetáveis e preservativo masculino.
Motivo alegado para o não uso de métodos contraceptivos	Principal razão pela não utilização de algum método contraceptivo no período de referência	Não acha necessário; Não gosta; Efeitos colaterais indesejáveis; Deseja ter filhas(os); Gravidez/parceira já grávida; Não tinha parceiro(a) sexual no período; Outros
Vantagens do método contraceptivo utilizado	Principal qualidade do(s) método(s) utilizado(s).	Seguro para evitar gravidez; Evita IST/Aids; Ausência ou insignificância de efeitos colaterais; Nenhuma; Outra; seguro para evitar a gravidez e às ISTs/Aids
Desvantagens possíveis do método contraceptivo utilizado	Principal desvantagem do(s) método(s) utilizado(s).	Sempre falta pelo SUS; Desconfortável/dor na administração; Efeitos colaterais ruins; Não evita IST/ Aids; Nenhuma; Outra.
Decisão pela escolha do método contraceptivo	Pessoa(s) responsável(eis) pela opção do(s) método(s) contraceptivo(s) utilizado(s) no período de referência.	A(O) própria(o) jovem, parceiro(a), a(o)própria(o) jovem e seu/sua parceira; profissional de saúde, outros.
Idade na primeira gravidez	Se já engravidou/engravou a parceira e faixa etária.	Nunca engravidou, 10-14 anos, 15-19 anos, 20-24 anos.
Planejamento da última gravidez	Decisão consciente da pessoa/casal de ter filhos(as)	Sim; não
Acompanhamento do pré-natal	Realização de alguma consulta de pré-natal até o período de referência	Sim; não
Frequência ao pré-natal	Número médio de consultas que compareceu na última gravidez.	Menos que 6 consultas; 6 consultas; mais de 6 consultas.
Realização de aborto	Ocorrência e tipo de aborto durante toda vida reprodutiva	Nenhum; provocado; espontâneo; ao menos 1 provocado e 1 espontâneo.
Local do parto	Local/ locais onde aconteceu/aconteceram o(s) parto(s) até aquele momento.	Casa; hospital/maternidade; centro de saúde; outros (especificar)
Presença do parceiro no momento do parto	Participação do parceiro, em algum momento, na sala de parto/instante do nascimento da criança.	Sim; não
Número de filhas(os) atualmente, incluindo de criação	Quantitativo de filhas(os) que possui, incluindo as(os) de adoção, criação e/ou as (os) filhas(os) somente do(a) conjuge.	nenhum, 1 filho(a), 2 filhos(as), 3 ou mais filhos(as)
Desejo por filhas (os)	Pretensão de ter (mais) filhas(os), em algum período da vida.	Sim, não
Motivo alegado por não desejar filhas(os)	Razão pela qual não deseja ter (mais) filhas(os)	não deseja ser mãe/pai, estudo, trabalho, parceiro(a) não deseja, falta de condição financeira, infertilidade, infertilidade do(a) companheiro(a), outros

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

TÍTULO DA PESQUISA: Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem

Eu, _____ RG: _____, concordo em participar como voluntária(o) da pesquisa, cujo título é “**Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem**”, que tem como objetivo analisar os perfis reprodutivos e sexuais de mulheres e homens jovens residentes na comunidade de Parafuso, na cidade de Camaçari.

Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) pela Mestranda Talita Andrade Oliva.

A minha participação consistirá em:

- Responder as perguntas que serão realizadas, sendo que o registro de minhas respostas será realizado pela pesquisadora e alunas de enfermagem em formulário específico; Estou ciente de que:

- Terei os esclarecimentos antes e durante o período de realização da pesquisa sendo que, qualquer informação que eu solicitar será fornecida no momento em que eu achar conveniente;

- Nas respostas que eu fornecerei não haverá possibilidade de que eu seja identificada (o);

- Terei o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento que achar necessário, sem que isso traga nenhum prejuízo para mim;

- Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser usados para publicações e/ou apresentação em eventos científicos;

- Não terei nenhum gasto financeiro durante a minha participação nesta pesquisa;

- Poderei conhecer e consultar os resultados dessa pesquisa no local em que for divulgada e com a própria pesquisadora através do programa de Pós Graduação da EEUFBA pelo telefone: (71) 3263-7631.

De acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, a minha assinatura abaixo revela a minha concordância em participar da presente pesquisa de forma livre e esclarecida.

Camaçari, ____ de _____ de _____



Assinatura da(o) Participante da Pesquisa

Digital

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para a (o) responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**TÍTULO DA PESQUISA: Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia.
Implicações para a enfermagem**

Declaro por meio deste, que fui informada (o) sobre a pesquisa, cujo título é “**Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem**”, e entendi as informações do termo de consentimento livre e esclarecido dirigido para a (o) menor sob a minha responsabilidade, de forma que autorizo a participação da (o) mesma(o) nesta pesquisa, voluntariamente, sabendo que posso retirar o meu consentimento, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para mim ou para a (o) menor.

Poderei conhecer e consultar os resultados dessa pesquisa no local em que for divulgada e com a própria pesquisadora através do programa de Pós Graduação da EEUFBA pelo telefone: (71) 3263-7631.

Camaçari, ____ de _____ de _____



Digital

Assinatura da (o) Responsável

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO A – Modelo de Ficha A - frente

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF [] []
ENDEREÇO			NÚMERO [] [] []	BAIRRO	CEP [] [] [] [] - [] [] [] []	
MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] []	SEGMENTO [] [] []	ÁREA [] [] []	MICROÁREA [] []	FAMÍLIA [] [] [] []	DATA [] [] [] [] [] [] [] []	

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Fonte: BRASIL, 2003.

ANEXO A – Modelo de Ficha A – verso

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO	
TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES	
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	
EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

ANEXO B - Ofício de solicitação do campo de pesquisa**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Salvador, 16/12/09

Of. Nº 96/2009 - PGENF

Ilmo. Srº Camilo Pinto Faria Lima e Silva
Secretário de Saúde de Camaçari - Bahia

Prezado Senhor,

Vimos pelo presente, solicitar a V.Sa., permissão para que Talita Andrade Oliva, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem desta Escola, proceda a coleta de dados na comunidade de Parafuso, para fins de elaboração da dissertação intitulada: **“Juventude, sexualidade e reprodução em uma área rural da Bahia. Implicações para a enfermagem”**, contando para isso, com o apoio da Unidade de Saúde da Família local e utilizando dados do SIAB do município sobre essa localidade.

Além dos objetivos específicos da pesquisa, o trabalho terá o intuito de contribuir para o conhecimento de características específicas de saúde dessa população e, assim, proporcionar maiores possibilidades de sucesso nas atividades frente a essa clientela pelo serviço de saúde local.

Esperando contar com a colaboração de V. Sa., subscrevemo-me.

Atenciosamente,

Profª. Dr.ª Mirian Santos Paiva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFBA

ANEXO C – Ofício de autorização do campo de pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI
SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO PACS/PSF

**C.I 71/10****11/01/2010**

**Do: Departamento da Atenção Básica
Maria Zulmira Guimarães
Para: Unidade de Saúde Parafuso
Att: Wilker Guerra**

Prezado (a),

Conforme o ofício em anexo, vimos informar que esta Diretoria vem autorizar a Sr^a. Talita Andrade Oliveira a desenvolver atividade de coleta de dados na comunidade de Parafuso, devido a isto contamos com o apoio desta Equipe de Saúde.

Certos de contar com a sua colaboração desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Gleice Nunes
Coord.PACS/PSF – Orla

Maria Zulmira Guimarães
Dir. do Deptº da Atenção Básica