

ANA SOFIA DA SILVA GOUVEIA BARATA MOTA

**INÍCIO E/OU DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE
EM ADOLESCENTES E JOVENS PORTADORES DE VIH**

Orientador: Professor Doutor Duarte Vilar

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

Lisboa

2016

ANA SOFIA DA SILVA GOUVEIA BARATA MOTA

**INÍCIO E/OU DESENVOLVIMENTO DA SEXUALIDADE
EM ADOLESCENTES E JOVENS PORTADORES DE VIH**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social no Mestrado de Riscos e Violência (s) nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com o Despacho Reitoral nº 28/2017, Homologado a 8 de Fevereiro de 2017, com a seguinte composição de júri:

Presidente: Professora Doutora Marlene Braz Rodrigues (ULHT)

Arguente: Professora Doutora Patricia Magda Monteiro Pascoal (ULHT)

Orientador: Professor Doutor Duarte Gonçalo Rei Vilar (ULHT)

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2016

Epígrafe

*Lute. Tente. Arrisque. Corra. Mude.
Sensualize. Insista. Melhore. Evolua.
Cresça. Chore. Pense. Mas, nunca pare.*

Ariadne Motta

Dedicatória

Dedico este trabalho e etapa da minha vida aos meus avós paternos, porque é precisamente uma enorme, que se transforma em apenas mais uma vitória das tantas que através do seu empenho consegui alcançar.

Empenho este não caracterizado por valores materiais, mas sim por valores verdadeiros.

Ao meu avô que injustamente já não está entre nós mas continua a ser a minha grande motivação e à minha avó que com todas as suas limitações impostas pela idade continua a dar-me uma força indiscreível.

A quem deu à vida o privilegio de os ter, a quem foi o casal mais lindo que conheci, e a quem, independentemente de ser meu avô e avó foi um autentico HOMEM e uma autentica MULHER!

Um obrigada por me transmitirem os conhecimentos infinitos que guardam em vós, por me ensinarem desde sempre a lidar com a ferida, por me mostrarem que todos os obstaculos são ultrapassáveis, por se terem dedicado a mim intensamente a cada dia mesmo tendo de abdicar de coisas que já não conseguiram viver.

A vocês, AVÓS, devo tanto... tanto quanto as palavras que existem e poderia escrever aqui...

OBRIGADA!!

Agradecimentos

Nesta fase final, é fácil olharmos para trás e revermos todos os momentos difíceis e solidários que passamos.

E sem dúvida que o sentimento é de que este resultado não seria possível se não tivéssemos o acompanhamento das personagens principais.

Ao professor Duarte Villar pelo acompanhamento e orientação que disponibilizou mesmo com todas as adversidades.

À Santa Casa Da Misericórdia de Lisboa e em especial ao serviço da Unidade de Acompanhamento Terapêutico.

À Enfermeira Ana Campos pela questão que sempre fez em colaborar e pela cooperação na mediação institucional.

Ao Enfermeiro Filipe que acompanhou de uma forma crucial todo o processo e foi elemento facilitador com todos os participantes.

Aos meus pais, que na sua longa história de vida foram uns lutadores e fizeram questão de me fazer sê-lo.

Aos meus tios que sempre me encorajaram para o futuro e me deram um afilhado lindo.

Ao meu namorado e companheiro que de tanto abdicou para eu conseguir transpor as ideias que surgiam a toda a hora.

Ao Dr. Rui Cândido, amigo de longa data, que mesmo nos seus difíceis momentos encontrou sempre tempo e forma de fazer parte deste processo com os seus valiosos contributos, e, essencialmente pela sua verdadeira amizade.

A todos os que, mesmo não sendo mencionados, sabem quem são e os contributos que tiveram nesta longa caminhada.

Resumo

Este trabalho enquadra-se numa abordagem compreensiva relativa ao início da sexualidade em adolescentes e jovens portadores de VIH.

Tem-se como objetivo aprofundar conhecimentos no que respeita a esta realidade, descortinar obstáculos, conhecer formatos de actuação, pareceres, opções e soluções de mudança em prol da prevenção da infeção e reinfeção do vírus.

Podemos considerar, actualmente, que a sociedade se tornou mais tolerante. Assim, considerando as margens de tolerância, identificamos que foram incluídas as vivências da sexualidade dos adolescentes na perspectiva de alguns adultos, ainda que não a identifiquem de uma forma plenamente positiva e não a incentivem (especialmente a sexualidade nas raparigas).

Se, por um lado, uma parte dos adultos reconhecem que a vivência sexual dos jovens é algo de inevitável e positivo para o seu desenvolvimento posterior, outra parte continua a olhar os comportamentos sexuais dos adolescentes, sobretudo das raparigas, como um perigo, uma nova desordem amorosa que deve ser controlada.

Os adultos encontram-se num misto de confusão e de impotência face às transformações que se operam nos comportamentos sexuais dos jovens nas últimas décadas.

As questões referentes ao comportamento sexual são complexas porque muitas vezes o indivíduo compreende a situação, porém, não consegue interiorizar ou colocar em prática o que a ciência comprova, com vista à promoção da saúde.

Relacionado com estes comportamentos de risco surge o vírus de VIH, que é associado a más práticas sexuais, a uma sexualidade anormal ou um padrão de conduta capaz de colocar em risco o bem-estar social.

Abstract

This study fits a comprehensive approach regarding the beginning of sexuality on adolescents and young teenagers with HIV.

The objective of it is to deepen the knowledge about this reality in order to uncover obstacles, ways of action, opinions, options and solutions of adjustment on behalf of the virus infection and reinfection prevention.

Nowadays, we consider that society has become more tolerant with the subject. Hence and considering this tolerance range, we identify an understanding in some adult's perspective about these teenagers' sexuality experiences, even though it isn't identified in a fully positive way and also it isn't encouraged (especially in girl's sexuality).

If on one hand some adults recognize that teenagers sexual experiences are something inevitable and positive for their further development, on the other hand some look at this behavior as something dangerous or some kind of loving disorder that must be controlled, especially on girls.

Adults find themselves in a mix of confusion and powerlessness regarding the transformations happening on teenagers sexual behaviors in the past decades.

The questions associated to the sexual behavior of teenagers are complex because even if someone understands the situation, usually he or she can't internalize or put into practice what science proves, in order to further health support.

Related with these risk behaviors appears the HIV virus, which is associated with bad sexual standards, an abnormal sexuality or a conduct standard capable of put in risk the social well-being.

Siglas

VIH – Vírus de imunodeficiência humana

SCML – Santa Casa Da Misericórdia De Lisboa

UAT – Unidade de Acompanhamento Terapêutico

SIDA – Síndrome de imunodeficiência adquirida

OMS – Organização Mundial de Saúde

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

UNESCO – United nations educational, scientific and cultural organization ou organização para a educação, a ciência e a cultura das nações unidas

UNICEF – United nations international children's emergency fund ou Fundo das Nações Unidas para a Infância

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

UNAIDS – Joint United Nations Program on HIV/AIDS ou Programa Conjunto Das Nações Unidas Sobre HIV e AIDS

Índice geral

Introdução.....	10
Capítulo I	12
Sexualidade na Adolescência e juventude.....	12
1.1. Adolescência e juventude.....	13
1.2. Início da sexualidade	15
1.3. Comportamentos sexuais nos adolescentes e jovens.....	18
1.3.1. Contraceção	21
1.4. Consequências dos comportamentos sexuais.....	22
1.5. Orientação sexual.....	23
1.6. Informação sobre sexualidade adquirida nesta fase da vida.....	25
1.7. Sexualidade em portadores de VIH	27
Capítulo II	30
Serviço Social – Investigação/Intervenção.....	30
2.1. Serviço Social e investigação.....	31
2.2. Investigação, Serviço Social e VIH.....	32
Capítulo III	34
Metodologia	34
3.1. Metodologia utilizada.....	35
3.2. O problema	35
3.3. Objetivos de estudo.....	36
3.4. Recolha de dados	37
3.4.1. Entrevista.....	37
3.5. Amostra.....	39
Capítulo IV	40
Resultados.....	40
4.1. Caracterização da população.....	41
4.2. Perguntas comuns.....	42
4.3. Perguntas realizadas a quem ainda não iniciou relações sexuais	48
4.4. Perguntas efectuadas a quem já iniciou relações sexuais.....	51
4.6. Análise do conteúdo.....	56
Conclusão.....	60

Índice de quadros

Quadro 1 - Idades.....	41
Quadro 2 - Sexo	41
Quadro 3 – Estado Civil	41
Quadro 4 – Concelho de residência.....	41
Quadro 5 – Habilitações Literárias	42
Quadro 6 – Agregado familiar	42
Quadro 7 - Que idade tinha quando começou a namorar pela primeira vez?.....	42
Quadro 8 - Neste momento está numa relação amorosa?	43
Quadro 9 - Normalmente sente-se atraído por que tipo de pessoa?	43
Quadro 10 - Para si/na sua opinião o que é ser virgem?	44
Quadro 11 - Acha que a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais?	44
Quadro 12 - E, no seu caso já teve relações sexuais?.....	45
Quadro 13 - É uma preocupação para si a reinfecção?	45
Quadro 14 - Que constrangimentos já teve, ou pensa poder vir a ter na sua vida sexual por ser portador?	45
Quadro 15 - O que tem sido diferente na sua vida por ser portador?.....	46
Quadro 16 - Tem-se sentido discriminado? Em quê? Como?.....	47
Quadro 17 - O facto de não ter iniciado a sua vida sexual está relacionado com o facto de ser portador? Porquê?	48
Quadro 18 - Pensa contar ao seu parceiro que é portador? Porquê?	49
Quadro 19 - Que métodos contraceptivos conhece?	50
Quadro 20 - Quais pensa vir a utilizar?	50
Quadro 21 - Como é a sua vida amorosa?	51
Quadro 22 - A pessoa com quem iniciou relações sexuais era seu namorado?.....	51

Introdução

A presente dissertação é elaborada no âmbito do mestrado de Riscos e Violência (s) nas Sociedades Atuais: Análise e Intervenção Social na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tem como base institucional a Santa Casa Da Misericórdia de Lisboa, mais especificamente a Unidade de Acompanhamento Terapêutico.

A questão orientadora é o início e/ou desenvolvimento da sexualidade em adolescentes e jovens portadores de VIH. Existem muitos estudos relativos à SIDA e ao vírus VIH, contudo nenhum que nos reporte para as faixas etárias nas quais temos em mãos o travão para que consigamos parar a tempo.

Este trabalho tem como metas orientadoras, estudar e aprofundar o início da sexualidade bem como o desenvolvimento da sexualidade quando já existente, e todos os aspectos aqui inerentes. Pretende analisar e responder a algumas questões:

- Que impacto tem a sexualidade na vida destes jovens?
- Como é o início da sexualidade em portadores?
- Como vivem os seus parceiros com esta questão? Têm conhecimento?
- Existe conhecimento suficiente por parte dos portadores e seus parceiros que lhes permita ter comportamentos sexuais adequados?
- Que constrangimentos trás o facto de serem portadores nesta fase tão precoce e com sede de tudo na sua vida?
- Em que se limitam ou o que se obrigam a não fazer por serem portadores?
- Como é vivido o processo da sexualidade quando falamos de consciencialização?
- Como lidam, nesta fase, com a discriminação?

Pretende-se desenvolver um estudo e obter resultados que permitam a todos mas principalmente aos pares, família, profissionais, educadores, saber como é vivida toda esta questão por estes jovens e conseguir através daqui desenvolver meios que cheguem rápido e de forma eficaz numa perspectiva de prevenção.

Este estudo foi efectuado com base na metodologia qualitativa, utilizando como método de investigação a realização de entrevistas e análise de conteúdo das mesmas. Conseguiu-se uma amostra reduzida de 13 portadores nestas condições, no entanto muitos dados interessantes.

Este tema foi o escolhido porque enquadra-se nos objectivos do mestrado, analisar riscos da sociedade, e, porque é, sem dúvida, um grande risco e preocupação o facto da infeção que continua a disseminar-se e a preocupação que devemos depositar na prevenção.

Este é um problema presente na nossa sociedade e que pode ser considerado um risco para e em todas as faixas etárias, classes sociais, profissões, etc. Risco este, que deriva da falta de informação, informação mal transmitida, falta de formação, falta de cuidados, falta de acompanhamento, entre outros, tanto a nível de portadores como dos seus próximos.

Por um lado, o vírus VIH/SIDA por si só é um tema que necessita não de maior abordagem mas de uma abordagem diferente. Necessita de profissionais mais formados e preparados para transmitir à sociedade de forma adequada toda a informação e formar para a preparação para situações próximas, bem como, para a prevenção.

É um tema que sempre foi e continua a ser muito debatido, parece ser algo sobre o qual tudo se sabe, mas na realidade algo que para muitos tem ainda muito por desvendar, prova disto, são estudos do mercado realizados, que provam que muita gente pensa ainda que este vírus se transmite pela saliva e apertos de mão. Ou seja, é necessário que toda a sociedade e profissionais informados sejam formados para a realidade associada a esta problemática. Existe ainda um grande estigma relativamente aos doentes de VIH. E, por isto é algo muito falado e que preocupa bastante a sociedade, na medida em que, é um problema que afeta muita gente entre infetados e afetados, que causa muita exclusão social e problemas adjacentes e por sua vez é causa de muitos problemas na vida destes doentes. Entre estes problemas temos debilitações graves na saúde, desemprego, exclusão não só por parte da sociedade mas também pela própria família, etc.

Este é um tema delicado, que trás ainda muito desconhecimento, dúvidas, informação errada e discriminação o que continua a levar os portadores a maus estados e baixa qualidade de vida.

Os sentimentos mais referidos são a “culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação à aceitação do diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão, discriminação, perda do desejo sexual e/ou diminuição da actividade sexual”. (Freitas MRI, Gir E, Furegato, 2002).

Posto isto, forma-se o tema de investigação sendo a adolescência um período da vida em que há muitos comportamentos de risco e muita vulnerabilidade a transmissões de doenças infetocontagiosas, inclusive a SIDA.

Este trabalho seguiu um percurso longo em que primeiramente foi efectuada pesquisa bibliográfica e selecção da mesma, seguindo-se a elaboração gradual do documento ainda com ideias chave, escolha de metodologia a utilizar, realização de entrevistas e por fim a análise de conteúdo.

Capítulo I

Sexualidade na Adolescência e juventude

1.1. Adolescência e juventude

Segundo Pinheiro (2001)¹.A adolescência é um processo, e não apenas um período de tempo ou idade cronológica. É um processo de maturação em que se adquirem atitudes e competências para uma efectiva participação social, bem como, para uma eficaz gestão do bem-estar pessoal.

Este é o período que marca, não só a aquisição da imagem corporal da pessoa, mas sobretudo aquela que determina a estruturação final da sua personalidade.

Existem diversas transformações ao longo desta fase da vida. Ocorrem modificações biopsicossociais² e modificações físicas³ que são vividas pelos adolescentes com o aparecimento de um novo papel (Sousa, 2000, p.16).

Se por um lado o corpo do jovem vai modificar-se tanto a nível psicológico como biológico “este vai ter de se familiarizar com o seu novo corpo que não cresce todo ao mesmo tempo” (Levisky,1995).

A adolescência é considerada “um segundo nascimento que se traduz em instabilidade psicológica. Uma etapa da vida caracterizada por perturbações no comportamento e grande tensão (Hall e Rouseai,1999).

“Este é um período de desenvolvimento significativo com fronteiras cronológicas difíceis de precisar, não só nos seus contornos como nos seus conteúdos. O seu início acontece com alterações psicobiológicas da puberdade, apesar de poderem acontecer a um ritmo diferente de individuo para individuo e ser difícil de perceber tanto o início como o final, pois não há nenhum acontecimento biológico que indique a entrada na vida adulta” (Sousa, 2000, p.19).

“Saber com precisão quando esta fase está concluída torna-se difícil, devido ao facto dos anos seguintes à adolescência se caracterizarem muito mais pela maturação psicológica do que pela maturação física”. (Erikson,1999).

A OMS considera este período do ciclo vital, adolescência, entre os 10 e os 19 anos, sendo que entre os 20 e 25 já é considerada juventude.

A adolescência é por si só uma idade de múltiplos riscos, onde múltiplas remodelações do sistema psíquico dos jovens e precariedade do seu sistema adaptativo aumentam a exposição ao risco. Isto deve-se ao facto de estarem muito mais expostos ao mesmo tempo que mais facilmente se deixam influenciar e seguir opções que não as mais corretas e

¹ Pinheiro, T. (2001). Narcisismo, sexualidade e morte. In M. R. Cardoso (Org.), *Adolescência: Reflexões psicanalíticas* (pp. 69-79). Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.

² desenvolvimento do individuo.

³ desenvolvimento dos órgãos sexuais, capacidade reprodutiva e caracteres sexuais secundários.

desejadas. “Os jovens são apaixonados e capazes de se deixar arrebatados por impulsos, mesmo quando se imaginavam guiados por aspirações nobres” (Cole, 2003)

Os estudos sobre a vida juvenil têm ocupado gradativamente maior espaço na área educacional, tendo em vista que esta fase não é composta somente por elementos de transitoriedade. Ao contrário, existem inúmeros aspectos e características que necessitam ser estudados e pesquisados a fim de conhecer os conflitos, anseios e projetos de vida dos jovens, relacionando-os com as múltiplas maneiras de existir individual ou colectivamente.

“O tema juventude alcançou maior visibilidade nos últimos quinze anos no Brasil como produto da intersecção de vários domínios da vida social e da ação de diferentes atores. Os jovens entram na pauta das políticas públicas como parte da questão social e do crescimento da violência no país. Iniciativas também observadas neste período, em um primeiro momento nas prefeituras e posteriormente em âmbito federal, tentam trazer para a arena pública novas visibilidades em torno dos segmentos juvenis, considerados como atores capazes de ação e de interlocução política. Há, assim, uma confluência de demandas e de representações no campo político que se torna uma arena bastante diversificada de iniciativas e de concepções em torno da questão juvenil no país”. (SPOSITO, 2010, p.17)

Segundo Melucci e Fabbrini (1992/2003)⁴ as mudanças físicas e psicológicas ocorridas na juventude são muito variadas e directamente influenciadas pelas condições sociais, culturais, de género e de regiões geográficas. Existem diversos sinais corporais e psicológicos que acenam para o início da juventude, entre eles a procriação, o desejo de menos proteção da família, quando o jovem busca a independência e assume novas responsabilidades.

Muitos estudos representam a juventude somente como um processo de mudanças ou um momento de transitoriedade, no qual os jovens se mostram incapazes de ampliar a definição de características, práticas sociais e outros elementos constitutivos que são essenciais e vitais para a compreensão da vida juvenil.

Existem diversos indicadores que enfocam questões da vida juvenil, entre eles os que apontam para a definição do final da juventude. A entrada para a vida adulta normalmente é definida por meio da conclusão dos estudos, o ingresso no mercado de trabalho, a saída da casa dos pais e a constituição de uma nova família. Diante das transformações que vivemos na atualidade, esses eventos não ocorrem mais de forma linear e, portanto, provocam incertezas e a assunção de novos papéis que afetam os projetos e planos de futuro. (Zluhan, M. e Raitz, T., 2014).

⁴ DAYRELL, Juarez. Uma diversidade de sujeitos: o aluno do ensino médio – o jovem desconhecido. In: **Juventude e escolarização**: os sentidos do Ensino Médio. Salto para o Futuro. Brasília, DF: Secretaria de Educação a Distância, MEC, Ano XIX, boletim 18, nov. 2009, p. 16-23.

1.2. Início da sexualidade

O início da sexualidade é um tema que deveria ser cada vez mais abordado precocemente, pois, estudos recentes afirmam que os jovens se tornam sexualmente ativos em idades cada vez mais precoces (Dias,2009, cit. por WHO, 2004).

Os caracteres sexuais primários e secundários apresentam-se no homem e na mulher em idades distintas. Nas raparigas são mais precoces. O desenvolvimento dos seios é um dos primeiros indícios que afirmam o começo da maturação sexual seguindo-se o aparecimento do pêlo pubiano e do pêlo axilar. Neste período aparece a menstruação, os ovários alcançam 30% do tamanho adulto, o que significa que a rapariga iniciou o processo que a conduzirá à maturidade sexual.

Contrariamente, nos rapazes, o primeiro carácter sexual secundário é o pêlo pubiano seguindo-se o aumento do tamanho dos órgãos genitais, logo aparecendo o pêlo axilar e finalmente o facial.

A maturação sexual resulta de modificações no funcionamento das glândulas endócrinas, advindas com o aumento da idade cronológica e conseqüente desenvolvimento do organismo do adolescente.

É nesta fase que na maioria das vezes ocorrem as primeiras experiências de relações sexuais com penetração (Felix e Marques, 1995).

As funções que indicam maturação sexual são: ovulação na rapariga e a espermatogénese no rapaz que vão permitir a possibilidade de procriação.

Na perspectiva de Freud⁵, com o início da puberdade, acontece a maturação do sistema reprodutor, e uma reactivação da zona genital como área de prazer sexual. Os adolescentes têm dificuldade em gerir os impulsos sexuais de forma socialmente aceite.

A evolução da sexualidade é um processo complexo e subtil, sujeito a diversos acasos, à medida que o ser humano passa pela infância, adolescência e idade adulta.

A socialização sexual é o processo pelo qual o homem se torna um ser sexuado, assume uma identidade do género, aprende papéis sexuais, e adquire o conhecimento, as competências e as disposições que permitem ao indivíduo funcionar sexualmente numa cultura. Esta socialização sexual é explicitada nos diferentes contextos da existência: na família, na escola e no grupo de pares.

É no período da adolescência que os jovens de ambos os sexos passam a sentir o desejo intenso de estabelecer com outra pessoa uma relação efectiva especial.

Quando este desejo é correspondido leva à formação de um par e maioritariamente em relações intituladas de “namoro”.

⁵ FREUD, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, p. 218). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)

A sexualidade faz parte do conjunto de transformações que caracterizam este período de vida, transformações estas que resultam de desenvolvimento sexual e que visa o desenvolvimento da sexualidade. No meio das transformações os impulsos sexuais até então desconhecidos chegam à sua perceção, crescendo os desejos e fantasias sem que os jovens sejam capazes de os concretizar.

É por isto que Freud se refere à adolescência como um período da genitalidade, no qual a libido que há alguns anos se mantinha latente, é revivida. Ao nível tanto da realidade concreta, como do imaginário e simbólico destaca-se a problemática do corpo. “Operam-se mudanças destinadas a dar a vida sexual infantil sua forma final normal,” (Freud, 1905/1972, p.213).

“a puberdade é caracterizada como a fase em que as atividades derivadas de pulsões e zonas erógenas distintas, que independente umas das outras buscavam prazer por si mesmas, se subordinam ao primado genital, isto é, a fase em que se estabelece a unificação das pulsões sob um novo fim sexual a primazia do genital com a conseqüente diferenciação entre sexos e a eleição do objeto sexual.” (Freud, 1905/1972, p. 213).

A primeira fase da adolescência marcada pelas primeiras mudanças pubertárias é uma fase de adaptação a um corpo que muda todos os dias e em que, sob o ponto de vista erótico o corpo assume uma dimensão narcísica⁶ é um modo de expressão simbólica dos conflitos e modos de relação⁷ e é um marco para a construção da identidade. Neste período brota uma sexualidade genital caracterizada pelo auto-erotismo.

“Neste período os impulsos e emoções sexuais ocorrem principalmente ao nível das fantasias e devaneios. O jovem nesta fase está muito voltado para si e para o seu próprio corpo” (Levisky, 1995).

Numa segunda fase o distanciamento em relação ao sexo oposto é gradualmente substituído pela aproximação, os grupos tendem a ser partilhados pelos dois sexos e não apenas por um, embora paralelamente a estes grupos de coexistência sexual, sejam mantidos os grupos unisexuais anteriores. Nesta fase ocorrem as primeiras experiências de relações sexuais com penetração.

No término da adolescência com o processo de maturação fisiológica concluído, os jovens, já portadores de um corpo e de uma identidade praticamente adulta, a vivência sexual dos adolescentes passa a assumir muitos traços da adulta.

“A idade do início da actividade sexual assume uma particular importância na área da saúde pública, na medida em que o início precoce da vida sexual tem sido associado ao uso inconsciente do preservativo e à multiplicidade de parceiros

⁶ é olhado, inspeccionado.

⁷ identidade sexual de grupo.

sexuais ao longo da vida, aspectos que podem implicar consequências na saúde sexual dos jovens, nomeadamente aquisição de infeções sexualmente transmissíveis incluindo o VIH, e gravidez indesejada” (Beal, Ausiello & Perrin, 2001; Felton & Bartoces, 2002; Kaestle, Halpern, Miller & Ford, 2005).

Estabelecem-se relações amorosas duradouras, alguns casam ou coabitam completando assim, o seu processo de autonomia face à família de origem.

Vários estudos demonstram que “as raparigas iniciam a vida sexual mais tarde, reportam menor frequência de relações sexuais e menos número de parceiros sexuais do que os rapazes” (Centers for disease control and prevention, 2004).

Outro dado interessante fornecido pela OMS, é de que as gerações atuais, a partir dos anos 90 são as que praticam menos sexo.

Quanto ao uso do preservativo, “as raparigas tendem a apresentar atitudes mais positivas em relação à sua utilização e a perceção de mais consequências negativas associadas à actividade sexual desprotegida” (Parsons, Halkitis, Bimbi & Borkowski, 2000).

Por outro lado, “as raparigas apresentam menor probabilidade de atuar conforme as suas intenções, o que, conseqüentemente leva a que sejam os rapazes quem normalmente apresenta maior frequência de utilização do preservativo” (Kann, 2000; Tapia-Aguiarr, 2004).

As raparigas adolescentes amadurecem em média dois anos antes do rapaz. Tendem a fortificar a sua feminilidade, prorrogar os encontros sexuais e selecionar um parceiro adequado para poder ter sua primeira relação sexual, o que ocorre de forma gradual. Os rapazes procuram encontros sexuais com mais ansiedade, geralmente, persuadindo as raparigas.

A perda da virgindade ainda é um marco importante para os jovens. É um acontecimento que pode ser vivenciado com orgulho ou com culpa excessiva, de acordo com a educação e tradição da família. Inicialmente procuram apenas envolvimento sexual, testar as suas novas capacidades quando confrontados com sensações antes desconhecidas. É a redescoberta do corpo. Só depois procuram o envolvimento afetivo complementar.

O início da sexualidade para um jovem portador de VIH/SIDA tem ainda mais tabus e torna-se ainda mais complexo, pois por um lado existe a ansiedade, curiosidade, vontade, responsabilidade de si, do seu corpo, mas, também, a responsabilidade do outro (Vera Oliveira).

1.3. Comportamentos sexuais nos adolescentes e jovens

De acordo com Miguel (1994)⁸, e Meneses (1990)⁹ neste período de vida, a sexualidade manifesta-se através de diversas actividades sexuais:

- Sonhos sexuais: sonhos eróticos que são involuntários normais ao longo deste período e podem ser acompanhados de excitação sexual. O orgasmo durante o sono¹⁰ é frequente.
- Fantasias sexuais: experiencias pessoais e culturais, podendo conter material muito variado que representam um papel importante na sexualidade, pela capacidade que tem de nos excitar e dar prazer e pela sua participação na masturbação e relações sexuais.
- Jogos sexuais: conjunto de caricias que despertam excitação sexual, permitindo a exploração do corpo do companheiro e conhecimento das suas respostas sexuais.
- Masturbação: fenómeno psicofisiológico que acompanha o individuo durante o seu desenvolvimento. Na adolescência a masturbação tem uma função maturativa e de desenvolvimento das zonas exógenas encaminhando os jovens para o prazer genital.

A masturbação pode ser acompanhada de fantasias sexuais e estas geralmente fazem referência a algum objecto ou pessoa externa. "A masturbação adquire um certo carácter relacional". (López,1998)

A masturbação durante a adolescência não tem apenas a função de satisfazer o desejo ou aliviar a tensão sexual, mas também a de ajudar a conhecer o próprio corpo, favorecer a auto-estima e, em algumas situações a de ajudar estados de tensão e ansiedade.

Face a esta realidade, torna-se necessário que pais e educadores não influenciem de modo negativo, as mentes dos jovens face a este comportamento, bem como, de que não é para praticar em qualquer local.

"O comportamento sexual dos jovens é já há muito uma preocupação para a sociedade, visto influenciar muito no que diz respeito à saúde pública pelo impacto que tem para várias consequências não desejadas que afetam o bem-estar dos jovens" (Dias, 2009).

A adolescência é a fase das dúvidas e das descobertas e é também nesta altura que os futuros adultos se deparam com os maiores problemas relativamente à descoberta da sua sexualidade.

A adolescência engloba um longo período de tempo e abrange diferentes processos e tarefas de desenvolvimento, o que leva a que seja considerada pela maioria dos autores uma fase heterogénea (Dias, 2009, cit. por Braconnier e Marcelli, 2000).

⁸ MIGUEL, Nuno Silva (1994). Os jovens e a sexualidade. 6ª Edição Lisboa, Comissão da condição feminina, EPNC.

⁹ MENESES, Isabel (1990). O desenvolvimento psicosexual. B. P. Psicologia do desenvolvimento e educação de Jovens. Lisboa, UA.

¹⁰ Com ejaculação nos rapazes.

Apesar da crescente informação disponibilizada na área da contraceção e das doenças sexualmente transmissíveis, os casos de mães adolescentes e doenças contraídas nos primeiros atos sexuais continuam a verificar-se, com todas as implicações negativas que acarretam, designadamente no campo psicológico e emocional (Oliveira, 2008).

Este problema começa em casa, onde ainda se verifica uma grande relutância por parte dos pais e encarregados de educação em abordar temas ligados à sexualidade e ao planeamento familiar.

Diversos estudos levados a cabo nesta área deixaram claro que os jovens que receberam uma educação centrada na informação sobre sexualidade e contraceção, iniciam a sua vida sexual mais tarde e de uma forma mais consciente.

A vida sexual de um adolescente cada vez começa mais cedo e cada vez mais desprotegida.

“As crenças relacionadas com o uso do preservativo como que tira o prazer; as atitudes positivas ou negativas face à sexualidade, a ideia do apoio por parte de pessoas significativas como família e pares, são condicionantes extremamente relevantes quando se procura explicar os diferentes tipos de comportamentos” (Nodin,2001).

Daqui deriva a contração de doenças sexualmente transmissíveis como o VIH/SIDA. Muitos adolescentes contraem esta doença nesta fase precoce da sua vida pelo facto de não utilizarem métodos contraceptivos ou por não utilizarem os mais eficazes, corretos e aconselhados.

Por outro lado, segundo Maria Roque, os jovens já portadores deste vírus, por vezes não sabem como se prevenir a si e ao outro e, em alguns casos, nem os próprios sabem que possuem o vírus.

“O processo de desenvolvimento psicosexual e identidade sexual é, uma das principais tarefas de desenvolvimento da adolescência e está associado às mudanças físicas, psicológicas e interpessoais que estão constantemente a ocorrer” (Sharpe, 2003).

A sexualidade “é um fenómeno multidimensional e é parte integrante da formação da identidade, do autoconceito, da autoestima e, em geral, do bem-estar físico e emocional dos indivíduos” (Dias, Matos e Gonçalves,2005).

A transição para o namoro, e em particular a precocidade e a rotura das relações românticas na adolescência, podem implicar potenciais dificuldades noutras dimensões, como “diminuição do desempenho académico, menores expectativas e objetivos para o futuro académico, problemas comportamentais, diminuição do autoconceito e maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos” (Dias, 2009, cit. por Zimmer – Gembeck, 2002).

A transição que ocorre na adolescência é particularmente “relevante no que respeita ao desenvolvimento devido à simultaneidade das mudanças” (Dias,2009, cit, por Braconnier & Marcelli, 2000).

A adolescência é uma fase onde são estimuladas novas referências, “altura em que se ganha novo sentido de pertença e identidade, se estabelece novos objectivos de vida e se testam novas potencialidades” (Matos, 2005).

Os comportamentos de risco adotados pelos adolescentes podem assim ser analisados numa dupla perspectiva:

“a conduta exploratória construtiva que potencia o crescimento, desenvolvimento psicossocial e estimula a autonomia, portanto, com consequências positivas na saúde e, por outro lado, os comportamentos destrutivos que podem gerar danos para a saúde dos adolescentes a curto, médio e longo prazo”
(Prazeres, 2003)

A adolescência continua a ser alvo de estereótipos ligados a consumos de tabaco, álcool, drogas e violência.

É cada vez mais consensual que a prevenção do VIH/SIDA e a promoção da saúde sexual em geral devem ocorrer numa perspectiva de desenvolvimento de uma sexualidade e uma actividade sexual esclarecidas e saudáveis, promovendo a responsabilidade da tomada de decisão por comportamentos sexuais positivos para a saúde e para a qualidade da vida dos jovens.

A idade, o género e a etnia, são importantes moderadores da relação entre os determinantes psicossociais e os comportamentos sexuais adotados. Os jovens parecem continuar a apresentar atitudes e crenças negativas em relação à utilização do preservativo, apontando razões como ineficácia, diminuição da sensibilidade, do prazer e da espontaneidade da relação, sentimentos de desconforto e embaraço na utilização e aquisição do preservativo, consequências interpessoais negativas, como a percepção de desconfiança face ao parceiro ou a possível ameaça da rotura da relação.

O preservativo continua muito associado a relações casuais, a infidelidade e doenças, o que interfere negativamente com as crenças de confiança, intimidade e compromisso subjacentes a uma relação amorosa.

Por outro lado, “os jovens tendem a ser mais influenciados pelas consequências positivas imediatas da actividade sexual do que pelas consequências negativas que a longo prazo podem ocorrer, nomeadamente de DST’S” (Dias,2009, cit, por Villarruel, 2004).

Têm também tendência a subestimar o risco da infecção pelo VIH na medida em que, “apesar de adotarem comportamentos sexuais de risco, reportam a percepção de baixos níveis de vulnerabilidade à infeção” (Dias,2009, cit, por Bettinger, Adler, Curriero & Ellen, 2004).

Existe igualmente uma grande inclinação para considerarem que “o facto de terem relações sexuais no contexto de uma relação amorosa, estável e de confiança os coloca numa posição de pouco risco face à infecção do VIH” (Dias, 2009, cit. por Zwane, 2004).

Outro aspeto a salientar é que os jovens tendem a apresentar maior preocupação com o risco de uma possível gravidez do que com o risco pela infecção pelo VIH e a justificar a utilização do preservativo mais para a prevenção da gravidez do que das DST'S.

Ultimamente as atitudes sexuais dos adolescentes sofreram uma evolução e uma aceleração constantes. Esta evolução traduz-se por uma permissividade crescente em relação a questões relacionadas com a sexualidade como: a importância da virgindade antes do casamento, a tolerância das relações sexuais pré-matrimoniais e a homossexualidade.

A sexualidade é vivenciada de forma diferente pelos dois sexos, em consequência dos diferentes critérios utilizados na educação efectiva e sexual dos rapazes e das raparigas, o que cria nuns e noutros atitudes e comportamentos diferentes.

No comportamento afectivo e sexual das raparigas nota-se normalmente uma actividade sexual menor que a dos rapazes, pela maior culpabilidade e maiores consequências directas em relação as actividades sexuais. Muitas vezes as raparigas têm relações sexuais porque os namorados querem e elas tem medo que estes as abandonem ou porque tem receio de serem consideradas antiquadas.

Nos rapazes verifica-se uma mudança na forma como estes veem a sexualidade e isto pela influência que a sociedade e a própria família desempenham na sua educação. Aos rapazes são-lhe inculcados certos padrões comportamentais: devem ser eles a iniciar a relação amorosa, o desejo sexual é o valor mais importante do nome; o desejo e actividade sexual são uma necessidade fundamental.

Muitas vezes o comportamento afectivo e sexual dos rapazes apresenta uma actividade sexual que é influenciada pela procura de segurança, desejo e afirmação.

No entanto, actualmente, já se verifica cada vez menos estas diferenças entre raparigas e rapazes.

1.3.1. Contraceção

A utilização de contraceção pelos jovens, aumenta à medida que estes vão estabilizando e regularizando os seus contactos sexuais. Contudo, mesmo em relações regulares o uso de contraceção não é a norma e, quando acontece, pode ainda não ser regular e sistemático.

Em contrapartida, em certas situações, a escolha e decisão são muito complexas porque o desenvolvimento e a busca do prazer são mais fortes e imediatos, e o risco associado parece estar mais distante e ser menos plausível.

Talvez isto explique a dificuldade que muitos jovens manifestam em utilizar os métodos contraceptivos e entre os quais o preservativo para se protegerem de um vírus tao mortal que não vêem nem sentem.

Existem vários métodos contraceptivos adequados para adolescentes, no entanto, estes devem ter em conta factores pessoais, culturais e ambientais, a idade do adolescente, hábitos sexuais, tais como: frequência das relações sexuais e o número de parceiros e riscos possíveis.

O acesso à contraceção é, na opinião de Villar (1992)¹¹ um direito que os jovens têm, permitindo-lhes viverem a sua sexualidade com segurança. A taxa de natalidade tem crescido significativamente, no entanto é conveniente, que a sua subida não advenha de mães adolescentes. A responsabilidade de evitar este problema é de todos nós: pais, professores e profissionais de saúde.

Os preservativos, quando utilizados de forma correta e adequada, constituem um dos mais importantes métodos de contraceção para este grupo etário.

A eficácia deste método requer motivação e informação adequada sobre a sua utilização.

É importante advertir e sensibilizar o adolescente a frequentar as consultas de planeamento familiar para aconselhamento e orientação sobre a utilização de métodos de contraceção ou outro tipo de informação necessária, bem como, para acompanhamento e vigilância.

1.4. Consequências dos comportamentos sexuais

Nesta fase a saúde não é uma preocupação prioritária, embora se saiba que a responsabilidade por um comportamento favorável à saúde cabe, em grande parte, aos próprios jovens.

Quando os jovens se iniciam sexualmente, subestimam o VIH e a probabilidade de serem infetados pelo mesmo, acreditando que esse perigo está distante de si e não vai acontecer.

Os jovens adotam padrões de risco cada vez mais precocemente, e, na escolha de estilos de vida, o fracasso de negociação dos obstáculos de desenvolvimento, podem trazer consequências serias para a saúde: alcoolismo ou outras drogas e doenças sexualmente transmissíveis, etc.

¹¹ VILAR, Duarte (1992). Os problemas sexuais "Pais", nº16, Fevereiro.

O comportamento sexual é uma área de potencial risco para os adolescentes, o que deriva essencialmente de uma actividade sexual precoce, muitas vezes não desejada, ou sem efectiva ponderação dos riscos possíveis¹². A sexualidade tem percalços, uns evitáveis e outros inevitáveis. Os inevitáveis derivam da complexidade dos afetos com ela relacionados, das expectativas e frustrações, da forma como a vivenciamos desde crianças.

A gravidez não desejada é, ainda hoje, um problema evitável, que atinge um significativo número de jovens no mundo.

As (DST) doenças sexualmente transmissíveis são outro problema evitável gerador de angústia nos jovens. A OMS (Organização Mundial de Saúde), afirma que, para além da violência, uso de drogas e acidentes, a propagação do vírus de imunodeficiência humana (VIH), de outras doenças de transmissão sexual são a maior ameaça à vida dos jovens.

O desconhecimento de aspectos fundamentais da sexualidade, da contraceção, bem como, a existência de crenças inadequadas, continuam a ser características da maioria dos adolescentes e jovens.

A falta de informação sobre medidas preventivas e locais de apoio à sexualidade dificulta uma prevenção eficaz.

1.5. Orientação sexual

Com as mudanças biofisiológicas, psicológicas e sociais verificadas no período da adolescência, “vai-se produzir outra importante mudança no adolescente: a especificação da orientação sexual” (López, 1998).

O adolescente começa a ter sensações às quais dará um significado puramente sexual, e determinados objectos e estímulos externos serão uma fonte de atração sexual. É nesta etapa da vida que o desejo sexual alcança a sua maior efervescência. A necessidade de procurar satisfação sexual ou sentir-se receptivo a ela chega a ser mais forte do que nunca, começando assim a consolidar-se a orientação sexual. Quando falamos de orientação sexual referimos ao tipo de objecto pelo qual o adolescente se sente atraído sexualmente.

O desenvolvimento sexual é um processo contínuo e dinâmico; a capacidade de exprimir significados eróticos no seio de um comportamento social aprende-se, principalmente, durante a adolescência e o começo da idade adulta.

O modo como o individuo aprende a dirigir o seu interesse sexual para indivíduos do mesmo sexo ou do sexo oposto é determinado pela interacção de factores hereditários e biológicos com factores biológicos e sociais.

¹² Doenças sexualmente transmissíveis ou uma gravidez não desejada.

Podem-se considerar segundo López (1998)¹³, as seguintes formas de orientação sexual: Heterossexual, homossexual, bissexual¹⁴, assexual e parafilica.

Em termos gerais os indivíduos são heterossexuais quando se sentem atraídos por pessoas do sexo oposto; homossexuais quando se sentem atraídas por pessoas do mesmo sexo; bissexuais quando se sentem atraídos/as por pessoas de ambos os sexos; assexuais quando carecem de desejo sexual e por fim parafilicos quando a sua atração sexual se dirige para objetos não humanos.

A orientação sexual considerada saudável para o individuo e aceite pela sociedade é a heterossexualidade.

A homossexualidade é relativamente rara nos adolescentes.

López (1998) afirma também que os contactos homossexuais são mais frequentes antes dos 15 anos e têm maior incidência nos rapazes do que nas raparigas. A nível das atitudes, López e Fuertes (1998) dizem que os rapazes aceitam melhor as relações homossexuais entre indivíduos do sexo oposto do que do próprio, enquanto que, as raparigas aceitam de forma similar em ambos os sexos.

No que respeita à heterossexualidade, na fase da adolescência torna-se evidente que a aproximação dos dois sexos e o desejo de intimidade heterossexual se efetue.

À medida que a adolescência progride e a identidade sexual se afirma, os namoros firmes e as relações de amor entre os adolescentes de sexos opostos baseadas em sentimentos mais profundos e maior compromisso, começam a tornar-se mais frequentes. As relações com o sexo oposto adquirem, nesta fase, nova importância.

A motivação dos adolescentes para iniciarem as relações heterossexuais é diversa.

Para os rapazes, a perda da virgindade é o reconhecimento da sua maturidade socio sexual. A maioria não está efectivamente envolvida com a companheira, sendo geralmente, relações casuais.

Quanto às raparigas, no momento em que a experiencia ocorreu declaram estar efectivamente envolvidas com o companheiro com quem mantiveram relações várias vezes após a primeira vez (Meneses, 1990).

¹³ LOPÉZ, Félix, FUERTES, Antonio (1998). Para comprender la sexualidade. Pampelona, Editorial Verbo Divino.

¹⁴ também designada ambisexual.

1.6. Informação sobre sexualidade adquirida nesta fase da vida

Segundo Leitão (1990)¹⁵, é neste momento do desenvolvimento da personalidade que a educação sexual se reveste de uma importância particular. As características familiares: composição e estrutura familiar; nível de escolaridade; estatuto socioeconómico; envolvimento e qualidade da relação familiar; supervisão parental; estilos parentais; comunicação entre pais e filhos e atitudes e valores parentais em relação aos comportamentos sexuais “têm sido identificadas como factores que influenciam as atitudes e comportamentos sexuais protectores ou de risco para a saúde dos jovens” (Rose, 2005).

A influência parental e os comportamentos sexuais dos jovens dependem em larga medida da qualidade da relação que os pais estabelecem com os filhos.

“Uma comunicação positiva entre pais e filhos sobre sexualidade que proporcione suporte emocional e um sentimento de apoio é um fator protector, contribuindo para um início da actividade sexual mais tardio e seguro, incluindo a comunicação positiva com o parceiro e a auto-eficácia na adoção de medidas preventivas” (McKay, 2003).

A renitência de alguns pais em conversar com os filhos sobre sexualidade e uso métodos contraceptivos poderá estar associada ao seu “receio de que este diálogo possa ser interpretado pelos filhos como um sinal de encorajamento à actividade sexual” (Aguar, 2004).

Atualmente reconhecem-se a importância da educação sexual formal, a nível dos ministérios da saúde e educação e por instâncias internacionais importantes na área da educação, cultura, infância, juventude e saúde como sejam a UNESCO, UNISEF E OMS.

A falta de educação/informação sexual nos adolescentes não é apenas um problema exclusivo do nosso país.

Dos diversos estudos efectuados em Portugal, destacamos um de Navarro¹⁶ que afirma que “os adolescentes consideram-se pouco informados sobre a sexualidade; as fontes de informação informais¹⁷ são as principais fontes referidas pelos adolescentes; os pais funcionam apenas como informadores espontâneos, ou, então, são pouco solicitados para estas questões” (Navarro, 1985).

¹⁵ LEITÃO, L.M (1990). Educação sexual nas escolas. “Saúde e escola”, nº15, junho.

¹⁶ NAVARRO, Maria Fernanda (1985). Adolescentes portugueses em estudos. Lisboa, ENSP.

¹⁷ Podem ser amigos, colegas, professores, pais

O sexo parece continuar a ser um tabu; os adolescentes e os educadores¹⁸ sentem-se pouco à vontade para abordar este tema. Os pais deixam essa informação para os professores, e estes por sua vez, para os profissionais de saúde.

Frequentemente, os adolescentes são deixados na ignorância, ou recebem a informação por meios menos adequados e de uma forma errada podendo criar-lhes repugnância por questões sexuais, desenvolver um ponto de vista preventivo ou levar os mesmos a banalizar o sexo.

Sem dúvida que as questões referentes ao sexo são complexas porque muitas vezes o individuo compreende pela informação a situação, porem, não a interioriza.

A mudança de atitudes é sobretudo gerada através da “interiorização do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo individuo e não por imposição ou obrigação” (Gir et al, 1998).

É importante, sem dúvida ter um bom conhecimento para possuir um bom controlo dos mecanismos e funções e alcançar um bom domínio do próprio corpo mas, fica-se longe da educação sexual, restringindo esta a um mero processo informativo.

A educação sexual é muito mais que a informação sobre anatomia, fisiologia e reprodução, mas sim, um processo progressivo de orientação e formação, que visa desenvolver atitudes e valores, permitindo a socialização do individuo.

Através da educação sexual deve promover-se o desenvolvimento psicossocial dos jovens, ajudando-os na construção de uma imagem positiva do seu corpo como entidade sexual, conduzindo a uma vivência mais gratificante esclarecedora da sexualidade humana.

Na adolescência, o problema da educação sexual ganha uma outra dimensão pela complexidade dos processos cognitivos e afectivos que acompanham a reelaboração e consolidação da identidade pessoal. A mera informação como um conjunto de palavras que carece de entendimento, é insuficiente para uma aprendizagem que envolve a construção pessoal e conseqüente modificação de comportamentos. Nesta fase de desenvolvimento da personalidade os jovens têm necessidade não só de reestruturar a sua história pessoal passada, em função do despertar das novas potencialidades do presente, como também de introduzir novos elementos dinamizadores da construção do seu projecto futuro.

A influência do ambiente familiar será um fator decisivo para a construção da personalidade e sexualidade do jovem.

Existe ainda embaraço dos pais quando se trata do diálogo com os filhos sobre o tema da sexualidade.

¹⁸ Pais e professores

A instituição família vai sendo, progressivamente, substituída pela instituição grupo/pares onde o adolescente passa a buscar a fonte de referenciadas normas de conduta e estatuto.

A escola é um dos locais onde a educação sexual deve complementar a preparação familiar.

A educação sexual nos adolescentes deve ser perspectivada na sua dupla função; gratificação e reprodução.

Embora a forma mais correta e informada devesse ser através da família e escola, os jovens continuam a procurar esta informação junto dos seus pares.

Embora muitos adolescentes tenham recebido educação sexual em idades precedentes, tanto pela família como pela escola, nem sempre estão devidamente preparados para tomar decisões mais conscientes e responsáveis face à sexualidade.

Através de alguns estudos pode verificar-se que “grande parte dos conhecimentos dos jovens sobre a sexualidade é adquirida dos seus pares e dos meios de comunicação” (Whaley e Wong, 1999).

Consequentemente muita dessa informação que eles acumulam é incompleta, incorrecta, carregada de valores culturais e morais e, portanto, pouco adequada.

Outra forma e meios de informação que procuram são a leitura e a televisão. No entanto, o material disponível não é geralmente produzido com a intenção de responder às suas necessidades, pois incluem, frequentemente, noções falsas ou inadequadas sobre a sexualidade, tendo uma influência nefasta na formação dos jovens.

A educação sexual é essencial já que alerta os jovens para as consequências do sexo desprotegido, ajuda a explorar os valores e sentirem-se bem com a sua sexualidade. Através de uma educação sexual adequada, os adolescentes podem desenvolver conhecimentos e confiança que lhes permita tomar decisões relativamente ao seu comportamento sexual, inclusivamente a decisão de não ter relações sexuais até que se sintam preparados.

1.7. Sexualidade em portadores de VIH

O facto de ser portador pode trazer dificuldades na vida sexual, que por sua vez causa complexidades sociais e emocionais. Conforme afirma Andrade (1997)¹⁹ a SIDA confronta-nos de imediato com o amor, o prazer, o gosto pelo perigo. O VIH mais do que um vírus continua a ser um grave problema social, pois existe ainda muita discriminação em todos os

¹⁹ ANDRADE, Maria Isabel (1997). Uma idade chamada desejo: perspectivas culturais para a prevenção da SIDA na adolescência. “Inovação” nº10.

aspectos o que leva os portadores muitas das vezes a encararem a vida e actividade sexual de forma negativa. Devem ser explicadas todas as dificuldades inerentes ao diagnóstico não omitindo ou colocando em segundo plano a questão da sexualidade.

Normalmente a vida sexual muda após o diagnóstico, diminui a frequência das relações sexuais pois há perda de desejo sexual devido aos receios. O estado emocional altera, pois os indivíduos questionam-se muito sobre a forma como vão contar ao parceiro, se o parceiro vai aceitar, como vai reagir, se vai querer continuar a ter relações, etc.

Como a sexualidade é um elemento intrínseco às relações sociais, a dificuldade sexual suscita dificuldades sociais que levam ao isolamento, afastamento de amigos, problemas com familiares, desemprego, etc.

“A incidência da infeção do vírus do VIH entre a população heterossexual tem vindo a aumentar sistematicamente e continua a existir uma percentagem na população homo/bissexual significativa, em particular em jovens adultos” (CVEDT, 2009; UNAIDS²⁰, 2008).

A infeção pelo VIH impõe uma relação conjugal estável entre sorodiscordantes e preocupações relacionadas à possibilidade de transmissão do vírus ao parceiro não infectado. No entanto, essa opção, para alguns parceiros estáveis, causa representações relacionadas à fidelidade e a fantasias sexuais, as quais influenciam o desempenho, o prazer e os papéis de cada um no ato sexual.

As atitudes, dúvidas e receios são vividos por todos os portadores do vírus da mesma forma, no entanto, a forma como são vividos são diferentes de um sexo para o outro.

É comum que as mulheres tenham restringido ou abolido suas práticas sexuais mesmo que não tenham perdido o desejo sexual por terem VIH, o que se deve ao medo de transmissão do vírus e o sentimento de limitação imposto pela necessidade de uso de preservativos. A negociação de uso de preservativo por iniciativa da mulher, implica para ela, ter de assumir diversos riscos que vão desde incompreensões do parceiro quanto ao seu sentimento de afectividade, até à desconfiança dele quanto à fidelidade conjugal e suas potenciais consequências.

Quando se fala dos homens portadores, a questão da utilização do preservativo coloca-se na medida em que ainda é muito cultural a ideia de que esta forma ativa de prática sexual (utilização do preservativo) coloca em causa a sua masculinidade.

Quando contraem o vírus muitos homens fazem abstinência sexual o que pode ser causa de impotência sexual.

²⁰ Parceria inovadora que encoraja, mobiliza e apoia países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Reúne recursos do secretariado do UNAIDS e de 11 agências das Nações Unidas em esforços coordenados e especializados para unir o mundo contra a AIDS.

Entre casais soro discordantes existe maior motivação para o uso do preservativo, visando a protecção do parceiro seronegativo, o que nem sempre é fácil para o casal, pois implica uma transformação e incorporação de hábitos, principalmente quando esses se referem a uma condição obrigatória para proteger o parceiro da infeção.

Mesmo assim alguns não utilizam preservativo porque há desconfiança desse dispositivo como método seguro contra a aquisição sexual da infeção. Outra razão que pode fazer com que os casais não utilizem é a alteração na satisfação sexual. Esta insatisfação muitas vezes deve-se não só à utilização do preservativo mas ao facto da consciência da obrigatoriedade da sua utilização.

Capítulo II

Serviço Social – Investigação/Intervenção

2.1. Serviço Social e investigação

“Intende-se por investigação um estudo sistemático em busca de conhecimento e respostas em relação a um determinado objeto com o fim de incorporá-lo, de maneira comunicável e comprovável, a um corpo de conhecimento que se dispõe numa dada área de reflexão” (Baptista, 2001: 31).

A preocupação do Serviço Social ao longo de muito tempo era servir os interesses instituídos a partir do desenvolvimento de uma prática específica da intervenção onde desempenhava atribuições institucionais e da política onde se inseria. Exercitava o modelo monográfico de Le Play que identificava as fragilidades das classes mais pobres identificando ações moralizadoras e de educação social. Só passado bastante tempo, década de setenta, foram inseridos o conhecimento de base sociológica e psicológica assim como dos métodos de caso, de grupo e de comunidade.

Mesmo assim o Assistente Social não era formado de modo a dominar o processo de construção de conhecimento mas só para a aplicação de métodos e técnicas. A formação desenvolvida desligava a teoria dos métodos e técnicas, logo, a investigação não era encarada como função destes profissionais.

Só após o 25 De Abril, com a chegada de uma forma alargada das ciências em Portugal é que esta perspetiva foi alterada.

Posto isto, começaram a existir planos de estudo inseridos pelas atuais matrizes. Com o reconhecimento da Licenciatura, reconheceu-se então, que

“o profissional de Serviço Social não é apenas um profissional para a intervenção mas também para a produção de conhecimento. Para isto, além da vontade desta produção é necessário que se alie a formação a centros de investigação e à produção científica.” (Martins, 1999, p.45-63).

Apesar da integração que o Serviço Social obteve após o reconhecimento da licenciatura ainda não foi conseguida uma promoção de uma dinâmica de investigação.

“Isto, devido ao escasso debate científico sobre a matéria; ao peso das atribuições institucionais do serviço social e também ao facto da cultura e os hábitos profissionais e insuficiente formação dos investigadores e a representação socio-histórica do serviço social como profissão de intervenção. Também pode estar relacionado a exploração das dimensões epistemológicas próprias à produção de conhecimento nesta área.”
(Branco, 2008, p.48-63).

A crise atual do capital e as transformações no mundo do trabalho instituíram profundas redefinições na sociedade, no Estado e nas políticas sociais, o que se refletiu nos processos de trabalho dos assistentes sociais, que passou a exigir um perfil de profissional

apto às requisições contemporâneas, portanto, um profissional polivalente e versátil, conduzido por uma racionalidade técnico-instrumental focada na superficialidade dos fenómenos sociais e não nas suas determinações pessoais.

É importante encontrar o sentido entre teoria e prática, para isso, é necessária investigação e cede de uma constante actualização.

“além dos conhecimentos de base teórica, faz-se necessário que se produza e se difundam conhecimentos e saberes de natureza prático-interventiva sobre o próprio Serviço Social, sua funcionalidade, seu *ethos*, meios e modos de operar, conhecimentos esses que sejam capazes de enfrentar o conservadorismo teórico e metodológico que historicamente conforma a profissão e se recicla no seu interior”. (GUERRA, 2004, p. 10).

A teoria social, ainda que ilumine e perpassa a totalidade do trabalho do assistente social, não oferece conhecimentos específicos para o desenvolvimento de sua ação, mas conteúdos teórico-políticos que lhes darão consistência.

2.2. Investigação, Serviço Social e VIH

É cada vez mais importante que o Serviço Social investigue nas mais diversas áreas de modo a contribuir não só com a sua intervenção mas também com a descoberta de novas metodologias e estratégias que facilitem e elucidem esta mesma intervenção. Até porque, investigando terão certamente uma melhor e maior capacidade de intervenção, devido ao conhecimento que se torna mais alargado sobre a questão tendo feito primeiramente uma investigação pormenorizada sobre tal.

O VIH é ainda uma área pouco abordada por assistentes sociais, notando-se ainda alguma reserva e por vezes mesmo discriminação e dúvidas por parte dos profissionais em geral. Posto isto é importante que a investigação nesta área comece a ser mais desenvolvida, para que certos mitos e concepções erradas sejam desmistificadas na totalidade, eliminando a possibilidade destes estigmas se tornarem prejudiciais para os portadores.

Deve ter-se em conta que a distribuição espacial das respostas sociais por distrito destinadas a pessoas Infetadas pelo VIH/ SIDA estão distribuídas por 10 distritos do Continente, à semelhança dos anos anteriores. A distribuição destas respostas não apresenta alterações, localizando-se preferencialmente na zona litoral do território.

Do total de distritos que detêm valências para este grupo-alvo, 8 têm 3 ou mais valências.

As respostas destinadas a esta população-alvo (com exceção do Centro de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial que mantém um crescimento significativo durante o período 1998-2010, 55 %), registam uma tendência de redução.

Acompanhamento Psicossocial que mantém um crescimento significativo durante o período 1998-2010 (55 %), registam uma tendência de redução. De igual modo, a capacidade destas respostas sociais tem manifestado variações, apresentando nos últimos anos alguma estabilização. Por comparação ao ano de 2009, os Centros de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial e o Serviço de Apoio Domiciliário registam contudo, um acréscimo na capacidade instalada de 5,1 % e 20,3 %, respetivamente.

Tal como em anos anteriores, as taxas de utilização das respostas sociais para Pessoas Infetadas pelo VIH/ SIDA registam níveis bastante elevados, em particular o Serviço Apoio Domiciliário e o Centro de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial.

“No ano de 2010, numa linha de crescimento que se vem observando há alguns anos, as taxas de utilização das respostas Centro de Atendimento e Acompanhamento Psicossocial e Serviço de Apoio Domiciliário, apresentam valores acima do limite da capacidade estabelecida”. (Carta Social, 2010)

Capítulo III

Metodologia

3.1. Metodologia utilizada

A metodologia utilizada neste estudo foi a metodologia qualitativa, através de realização de entrevistas. Da análise qualitativa efectuada, nas entrevistas, foi utilizada a análise de conteúdo.

“A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos, cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” extremamente diversificados” (Bardin, 1977, p. 9).

Pode considerar-se que a análise de conteúdo é uma “técnica de investigação que permite a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (Berelsn,1952, cit. Vala, 1986, p. 103).

Posteriormente a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados do seu contexto” (Krippendorf,1980, cit. por Vala, 1986, p. 103).

De acordo com alguns autores este método é laborioso e permite uma análise formal dos significados pessoais, no entanto, surgem “problemas com a análise de conteúdo que poderão ser ligados à fidelidade interna”, pois, “a determinação de categorias é submetida à diferença dos experimentadores, aos enviesamentos e erros” (Pereira, 2004, p.55).

3.2. O problema

Enquanto trabalho científico, este trabalho, pretende responder a uma questão de partida, na qual se baseou toda a pesquisa e investigação: “Quais os impactos na vida destes jovens na fase do início da vida sexual enquanto portadores de VIH?”

Este é um problema existente na nossa sociedade um pouco desconhecido ou esquecido e com pouco investimento a nível de prevenção.

A adolescência é uma fase muito propícia à transmissão de DST'S. Assim sendo, é uma fase atribulada que se torna mais complexa quando se trata de um adolescente portador do vírus.

Posto isto, existem questões que farão parte e serão fundamentais para este estudo, como:

- O que pensam os adolescentes nesta fase da sua vida?
- Que cuidados pensam ter?
- Obrigar-se-ão a cuidar de si e do/a companheiro/a?
- Saberão ambos os riscos que correm?

- Saberão as formas de prevenção existentes?

Estas e outras são questões importantes para as quais se pretende obter resposta através de entrevistas. São questões que fazem parte deste problema e que podem dar origem a uma forma melhor e mais adequada e eficaz de chegar até estes jovens e conseguir prevenir estes riscos e a propagação deste vírus.

Este problema tem algumas palavras-chave que necessitam de ser aprofundadas para melhor compreensão do mesmo. Estas são: Início da sexualidade; sexualidade na adolescência; VIH/SIDA; doença crónica; dependência.

Pretende-se perceber como é para os jovens portadores do vírus o início da sexualidade, quais os impactos e consequências que esta fase tem nas suas vidas.

3.3. Objetivos de estudo

Os objectivos do presente estudo permitem especificar e aprofundar a questão de investigação, servindo como orientadores de estudo para que sejam alcançados os resultados mais adequados e aproximados dos pretendidos.

Assim sendo, e, tendo em consideração a sua natureza qualitativa e exploratória, desta constam os seguintes objectivos:

- Assegurar a compreensão da atual realidade social deste problema;
- Fomentar a reflexão e interesse pelo tema;
- Perceber o papel e influência que o Serviço Social pode ter:
- Comparar e verificar a viabilidade existente entre teoria e prática;
- Perceber o impacto psicossocial que este problema tem;
- Perceber a influência que tem o meio de transmissão para a vida actual dos jovens em questão;
- Compreender as alterações que o facto de serem portadores trás para a sua vida e intervenientes na mesma;
- Analisar os comportamentos de risco dos adolescentes nesta fase;
- Compreender as carências económicas e emocionais existentes nesta área e até que ponto influenciam os comportamentos;
- Perceber que alterações podem existir na intervenção para melhor e mais eficaz prevenção;
- Apreender a que nível, e qual a melhor fase para intervir para conseguir evitar a transmissão da doença.

3.4. Recolha de dados

3.4.1. Entrevista

A entrevista é um método de recolha de dados correntemente utilizados, visto que permitem obter informações relativas a factos, através da formulação de questões direccionadas aos próprios indivíduos envolvidos num determinado fenómeno.

Através das respostas obtidas, o investigador tem acesso a informação “relativa aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes” (Fortin, 1999, p. 245).

A entrevista “é um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um sujeito” (Ghiglione & Matalon, 1992, p. 649).

A forma como o entrevistador coloca as questões e a direcionalidade que pretende definem a estrutura da própria entrevista²¹. “É exercido, por parte do entrevistador, o máximo de controlo sobre o conteúdo e o desenrolar da entrevista sendo maior a objectividade, a possibilidade de sistematização e de comparação de resultados com outros estudos” (Waltz et al, 1991 cit. por Fortin, 1999).

É importante que “o entrevistado tenha liberdade na forma como se exprime, pelo que as informações recolhidas reflectem de forma mais fidedigna as representações do sujeito acerca do tema” (Ketele & Roegiers, 1999).

“A adaptabilidade permitida pela entrevista é uma vantagem, face às características da população, revelando-se fundamental o entrevistador ir verificando se as questões foram claramente compreendidas” (Hersen & Turner, 1985).

Contudo, a entrevista como instrumento de pesquisa apresenta limitações. A flexibilidade, a adaptabilidade e a interacção humana, que caracterizam a entrevista, dão lugar, muitas vezes, a subjectividades e impasses.

Os dados recolhidos podem estar sujeitos a diversos enviesamentos causados por alguma falta de veracidade das respostas, no sentido de agradar ao entrevistador, ou mesmo pela tendência do entrevistador procurar respostas que confirmem as suas próprias noções acerca do tema.

Assim, a postura que o entrevistador assume durante a entrevista revela-se decisiva no resultado final de todo o processo, e, é importante que seja assegurado o respeito pelas

²¹ A entrevista pode ser estruturada, semi-estruturada ou directiva.

crenças, atitudes, opiniões e cultura dos entrevistados, “apesar de se utilizar um vocabulário cuidadosamente adequado ao nível de instrução do informante, o entrevistador introduz um questionamento que em nada tem a ver com o seu universo de valores e preocupações” (Ludke, 1986, p. 35).

“as situações de inquirição tipo pergunta-resposta são bem mais complexas do que geralmente se supõe. Esta argumentação salienta que essa relação deve ser pensada no quadro não apenas de interacção inquiridor-inquirido, mas também por atenção ao contexto social em que decorre. O que importa sublinhar nesta linha de argumentação é que não basta confinar a reflexão metodológica aos aspectos directamente relacionados com as perguntas e a sua formulação e ao modo como as respectivas características interagem com cognições e motivações de entrevistadores e inquiridos ou com a relação entre ambos” (Foddy, 2002, p. 11).

Revela-se pois fundamental considerar todos estes elementos como parte integrante de um conjunto dinâmico e interdependente de componentes que actuam no contexto da entrevista.

Os guiões das entrevistas foram construídos na sequência da bibliografia consultada e com base no conhecimento da população.

Neste caso, e tendo em conta a população entrevista, foi necessário um cuidado especial pelo facto de existirem ainda muitos mitos, estereótipos, medos, etc. em falar tanto de sexualidade como do vírus.

Para realização da entrevista foi efetuado um consentimento informado (apêndice I) a todos os participantes. Como existem menores de idade a instituição (SCML) deu conhecimento a todos os Encarregados de Educação que iria ser efetuada uma entrevista no âmbito da presente dissertação de mestrado através do preenchimento presencial da ficha de inscrição/autorização da colónia de férias (apêndice II).

As entrevistas iniciam-se com a legitimação da própria entrevista, garantindo confidencialidade e explicando os objectivos do estudo.

“A questão da confidencialidade é uma das mais importantes em relação às entrevistas (...). A predisposição para o indivíduo revelar informações pessoais pode depender da sua percepção de que essas informações serão mantidas confidenciais” (Hersen & Turner, 1985, p. 7).

3.5. Amostra

Dá-se o nome de amostra ao conjunto de todos os elementos que têm pelo menos uma característica comum, ou seja, um subconjunto de uma determinada população.

Para o estudo foram contactadas diversas instituições, associações, hospitais, serviços que de algum modo tivessem ligados a adolescentes e jovens portadores do vírus. Destes contactos, obtivemos diversas respostas negativas e várias ausências de resposta. Como tal, e, obtendo apenas resposta positiva por parte da SCML, este estudo baseou-se na amostra composta por 13 adolescentes e jovens portadores de VIH seguidos na sua maioria na SCML em regime ambulatorio, especificamente na UAT.

Estes são jovens que têm uma vida normal, e são seguidos nos serviços em questão através de consultas de infecciologia, seguimento no sentido de uma ativa prevenção e toma de medicação caso seja necessário. São na sua maioria jovens portadores de VIH através de transmissão vertical e entre os 15 e os 25 anos.

Capitulo IV

Resultados

4.1. Caracterização da população

Nesta investigação, especificamente na realização da entrevista foi realizada uma breve caracterização da população.

Quadro 1 - Idades

Idades	
15 Anos - 1	18 Anos - 4
16 Anos - 1	19 Anos - 2
17 Anos - 2	25 Anos - 3

Quadro 2 - Sexo

Sexo	
Feminino - 5	Masculino - 8

Dentro do grupo entrevistado existem cinco raparigas e oito rapazes com idades compreendidas entre os 15 e 25 anos, sendo que a idade que mais prevalece é a de 18 anos.

Quadro 3 – Estado Civil

Estado civil	
Solteiro - 10	Casado/união de facto - 3

No que respeita ao estado civil, a maioria neste momento é solteiro, uma jovem está em união de facto e dois dos entrevistados são casados. Os dois jovens casados são homossexuais.

Quadro 4 – Concelho de residência

Concelho de residência	
Lisboa - 4	Loures - 1
Moita - 1	Almada - 2
Sintra - 1	Odivelas - 2

O conselho de residência com mais entrevistados é Lisboa, sendo que o grupo se divide em localidades bastante dispersas.

Quadro 5 – Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	
7º Ano - 1	10º Ano - 2
8º Ano - 2	11º Ano - 2
9º Ano - 4	12º Ano - 4

Dos adolescentes e jovens entrevistados a maioria tem o 12º ano, salientando que os que ainda não concluíram a escolaridade obrigatória é apenas porque ainda está em anos anteriores mas pretendem concluir e avançar para uma formação superior.

Quadro 6 – Agregado familiar

Agregado familiar	
Pais - 3	Namorado - 1
Irmãos - 1	Marido - 2
Mãe e/ou irmãos - 5	Instituição - 1

Considerando o seio familiar, dentro do grupo entrevistado, existe um grupo significativo que vive com a mãe e/ou irmãos sendo que um deles vive só com o irmão, um deles só com a mãe e os restantes 3 com mãe e irmãos (com ausência do pai).

É relevante o facto de um dos adolescentes viver numa instituição pelo facto de desinteresse familiar e ter incapacidades derivadas de uma patologia de deficiência congénita.

4.2. Perguntas comuns

A entrevista foi composta por um conjunto de perguntas, em que algumas são iguais para todos os entrevistados, havendo perguntas realizadas a todos independentemente das suas condições (idade, vivência, actividade (ou não) sexual, etc.).

Quadro 7 - Que idade tinha quando começou a namorar pela primeira vez?

Idades		
7 Anos – 1	10 Anos – 1	14 Anos – 3
8 Anos – 1	12 Anos - 1	16 Anos – 1
9 Anos - 1	13 Anos – 1	18 Anos – 3

Quando questionados sobre a idade que tinham quando tiveram uma relação amorosa pela primeira vez, os jovens hesitam um pouco, pois alguns tiveram o primeiro relacionamento muito cedo o que os surpreende a eles próprios. Por outro lado 3 dos jovens namoraram pela primeira vez apenas aos 18 anos o que também os surpreende porque foram tendo algumas relações que não namoros e o “primeiro namoro a sério foi só com 18 anos”, já na maior idade.

Quadro 8 - Neste momento está numa relação amorosa?

Estado	Sexo
Sim	Masculino - 3
	Feminino - 3
Não	Masculino - 5
	Feminino - 2

Quando falamos da atualidade no que toca a namoro, 6 estão numa relação amorosa e 7 não estão. Dos 6 que estão 3 são rapazes (todos já tiveram relações sexuais) e 3 são raparigas (uma não iniciou relações sexuais e duas já iniciaram relações sexuais). Dos que não estão num namoro 5 são rapazes (1 não iniciou relações sexuais, e 4 já iniciaram relações sexuais) e 2 são raparigas que ainda não iniciaram relações sexuais.

Quadro 9 - Normalmente sente-se atraído por que tipo de pessoa?

Categoria	Subcategoria	Referencias	
Motivos/características de atração	Psicológicas	Compreensão	Carinho
		Gostos iguais	Apoio
		Originalidade	Cuidado com o outro
		Inteligência	Bondade
		Amizade	Saber conversar
	Físicas	Musculado	Altura
		Cabelo	Olhos
		Bonito	

No que respeita ao que leva os entrevistados a sentirem-se atraídos por alguém, verifica-se uma maior incidência nas características psicológicas, ou seja, o interior da pessoa expressando muitas vezes que “o que interessa é ter caráter” e que “claro que também gosto de uma pessoa gira, mas o mais importante é o interior, vou mais pelo interior

do que pelo físico”. É concordante o facto de ambicionarem ter uma pessoa ao seu lado que seja compreensiva e tolerante.

Quadro 10 - Para si/na sua opinião o que é ser virgem?

Categoria	Referencia
Definição de virgindade	Sem experiencia sexual
	Sem relações sexuais
	Não conhecer
	Não haver penetração

Quando abordada a ideia de virgindade, todo o grupo revela saber que o ser virgem depende da experiencia sexual que tem ou não, e que uma relação sexual não é efectiva se “não tiver existido penetração”.

Quadro 11 - Acha que a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais?

Categoria	Referencia
Perceção de relação entre pares	Sim -9
	Quase todos – 2
	Não sei – 1
	Não - 1

Quando questionados relativamente ao que pensam ser a relação/vida sexual dos seus amigos, a grande maioria revela achar que todos os seus amigos já iniciaram relações sexuais e em muitos casos mantêm uma vida sexual ativa.

“Sim, claro, de certeza que todos!” Esta é uma questão que nos leva a perceber que é muito normal tanto para os adolescentes como para os jovens que nas suas idades (independentemente de no seu caso já terem iniciado a vida sexual ou não) já não se ser virgem e já se ter uma vida sexual ativa. O que surpreenderia na maioria dos casos seria não o terem iniciado, embora haja abertura de todos e sensibilidade para aceitar que mesmo mais velhos possam não ter iniciado e não seja para eles motivo de discriminação.

Quadro 12 - E, no seu caso já teve relações sexuais?

Categoria	Referencias
Experiencia de relações	Sim – 9
	Não - 4

Quando reportado o seu caso para a sua vida sexual, a maior percentagem diz já ter tido relações sexuais. Dos entrevistados 9 já tiveram relações sexuais, entre os quais, 7 rapazes e 2 raparigas, e, 4 ainda não tiveram relações sexuais, entre os quais 1 rapaz e 3 raparigas. Aqui é de salientar que uma das jovens que ainda não iniciou relações sexuais se encontra num relacionamento.

Quadro 13 - É uma preocupação para si a reinfecção?

Categoria	Subcategoria	Referencia
Nível de preocupação	Nenhuma	4
	Alguma	3
	Muita	6
Razão de despreocupação	Não sabe o que é	2
	Sabe o que faz	2

Quando abordada a questão da reinfecção, alguns jovens mostraram-se com dúvidas relativas ao que é, mas quando certos da definição mostram-se no geral bastante preocupados dizendo que “é muito mau se houver porque o sistema imunitário fica ainda mais fraco e piora toda a situação”. Os jovens que não encaram este problema com preocupação é pelo facto de não saberem o que é ou “é fácil contornar a questão, sei bem o que faço e que tenho cuidado por isso não há muita probabilidade disso acontecer”.

Quadro 14 - Que constrangimentos já teve, ou pensa poder vir a ter na sua vida sexual por ser portador?

Categoria	Subcategoria	subcategoria	Referencia
Constrangimentos	Tem	Psicológicos	Culpa
			Más reações
			Falta de aceitação
			Contar
			Medo
		Físicos	Romper de preservativo

		Inibições no ato sexual
	Não tem	É tudo igual

Quando falamos de constrangimentos, um número significativo da amostra diz não passar por eles e não sentir que o facto de ser portador lhe cause tal estado.

Por outro lado, e um número não menos elevado, revela sentir não só um, mas vários constrangimentos. Mais relevante é o “medo de contar e “a reacção que isso pode provocar na pessoa em questão”; o que pode acontecer porque “as pessoas não reagem bem, não aceitam, só se houvesse um portador em cada família é que iam achar normal. Conheço uma pessoa que era madrinha e deixou de ser por saber”.

Por outro lado a nível sexual, porque “estou sempre com receio que o preservativo rompa” e “os cuidados que tenho de ter no ato sexual, não se pode fazer tudo nem de qualquer maneira”.

Um facto curioso é o testemunho de mais do que um jovem que diz “já tive de dizer que não porque não tinha preservativo”.

Quadro 15 - O que tem sido diferente na sua vida por ser portador?

Categoria	Subcategoria	subcategoria	Referencia
Diferenças	Físicas	Saúde	Medicação
			Mais vulnerabilidade
		Mais sensibilidade	
		Aparência	Magreza excessiva
	Psicológicas		Hemofobia
			Timidez
			Inibição
			Redução de relações

No que respeita às diferenças impostas pelo facto de ser portador, todos os entrevistados referem alguma diferença mesmo que para si não seja relevante. Todos encaram a medicação como grande diferença: “a única diferença é a medicação”; “a grande diferença é a medicação, é o que me faz todos os dias à noite lembrar que tenho o vírus”.

Existe uma grande consciência de que “há mais vulnerabilidade. O organismo fica mais sensível” e que “tem de haver mais cuidado, porque uma simples constipação pode fazer muito mal e trazer problemas”.

Ainda a nível físico um número reduzido mas muito preocupado com o pouco peso “sou muito magrinha e sei que tenho de ter cuidado porque emagreço muito facilmente e tenho pena de ser assim.”; “às vezes não gosto de me ver ao espelho”; “quero ter um filho e a minha estatura não ajuda muito”.

Não menos importante, mas menos referido, a nível psicológico existem também algumas diferenças, na medida em que, este problema influencia e é motivo de traumas desenvolvidos dependendo da experiência de vida imposta pelo próprio.

Por exemplo: no caso de uma jovem em que se pensa que a transmissão foi através de uma transfusão pouco consciente, “sou paranóica com sangue, não posso ver sangue à frente, fico em pânico”.

Outro exemplo: no caso de adolescentes que têm sido muito “apontadas” pelo facto de ser portadora, “parece que anda sempre toda a gente atrás de mim” e “quando se fala no assunto numa aula ou noutro contexto parece que toda a gente sabe que eu tenho”.

É também de realçar que vários dos entrevistados sentiram na sua vida, por serem portadores, a necessidade de restringir a sua rede e relacionamentos que vão mantendo. Sentem que “há sempre alguma coisa a esconder”; “os que pensava que eram meus melhores amigos, afinal não são, porque eu próprio não lhes conto tudo”; “sempre pensei que contava tudo e podia contar, mas desde que sei que tenho o vírus percebi que afinal não se pode contar tudo”; “a minha definição de melhor amigo e de confiança mudou”.

Quadro 16 - Tem-se sentido discriminado? Em quê? Como?

Categoria	Subcategoria	Referencia
Níveis de discriminação	Nada	5
	Um pouco	3
	Muito	5
Formas de discriminação	Física	Bulling
		Magreza
	Psicológica	Bulling
		Alteração de comportamentos

Agora falamos de um tema complexo. Discriminação. Quando abordado este assunto, e entenda-se que a pergunta não especifica discriminado por ser portador, ou seja, falamos de discriminação de uma forma geral, e pretende-se aqui perceber o que realmente é para estes adolescentes e jovens discriminação e em que situações a sentem, independentemente da sua condição.

É já significativa a percentagem que diz não sentir-se discriminado; “não me sinto nada discriminado”, embora alguns reconheçam que “não há discriminação porque ninguém sabe!”.

No entanto, a grande maioria ainda diz sentir discriminação mesmo que, já não tanto ou tão acentuada.

Existe ainda muita discriminação pelo facto de serem portadores de VIH, “Quando souberam, sofri de bullying”; “quem sabe muda logo de atitude”; “quando uma tia minha soube ... começou a tratar-me de maneira diferente”; “a minha própria família não sabe, não pode saber porque sei que seria muito mau”.

Por outro lado, existe ainda muita discriminação por outras e todas as razões tão insignificantes que lhes dá motivos para não contarem nem quererem que ninguém saiba que são portadores, pois “ se sou discriminada por causa do cabelo, por ser negra, o que seria se soubessem que tenho o vírus”; “sou olhada logo porque sou magrinha, por isso...”; “sou discriminada porque sou cristã, se soubessem que tinha o vírus”.

4.3. Perguntas realizadas a quem ainda não iniciou relações sexuais

Tendo em conta os objectivos de estudo e o tema principal abordado ao longo da entrevista, sexualidade em portadores, houve a necessidade de que a entrevista fosse composta por perguntas distintas: perguntas para quem não iniciou relações sexuais e perguntas para quem já iniciou relações sexuais.

Posto isto a forma mais adequada para apresentação da análise de resultados foi a divisão da amostra em dois grupos: quem já iniciou relações sexuais e quem não iniciou relações sexuais.

De seguida segue-se a análise dos resultados das perguntas efectuadas ao grupo que não iniciou relações sexuais.

Quadro 17 - O facto de não ter iniciado a sua vida sexual está relacionado com o facto de ser portador? Porquê?

Categoria	Subcategoria	subcategoria	Referencia
Razões de não início	Receios	Aceitação	Quando se conta
		Falta de preparação	Não está preparado
	Segurança/insegurança		Ainda não está preparado
			Não se proporcionou

Quando questionados sobre a razão pela qual ainda não iniciaram a sua vida sexual, a maioria dos entrevistados refere nada ter a ver com o facto de ser portador.

Referem que “não tem nada a ver, simplesmente ainda não calhou”; “não estou preparada/o ainda, mas não por ser portador. Sei bem o que tenho de fazer”; “ainda não encontrei a pessoa certa”.

A minoria que relaciona o facto de não ter tido relações sexuais com o facto de ser portador diz “ainda não inicie porque acho que a pessoa tem de saber e para isso tem de haver muita confiança”.

Neste grupo existe uma jovem que está numa relação amorosa e ainda não iniciou a sua vida sexual porque “a pessoa que está comigo tem o direito de saber, por isso estou a ganhar confiança para contar e iniciar. Sei que ele vai aceitar”.

Quadro 18 - Pensa contar ao seu parceiro que é portador? Porquê?

Categoria	Subcategoria	Referência
Vou contar	Confiança	Confia na pessoa
	Consciência	Direito a saber
Não vou contar	Confiança	Insuficiência de confiança
	Questões futuras	Só no caso de casar

Com esta questão pretendeu-se aferir a opinião que a amostra tem em relação à informação que os seus parceiros devem ter ou não. À ideia que têm em relação ao que dizem ou pensam vir a dizê-lo e, a cima de tudo, o porquê de o fazerem.

É muito importante percebermos a informação que os parceiros sexuais têm um do outro e as precursões, influencias e consequências que pode ter na sua vida o facto de ter ou não ter a mesma.

Verificou-se numa quantidade alarmante que os portadores não contam aos seus parceiros que têm o vírus.

A maioria “não tenho confiança suficiente para contar”; “não sei se é uma relação com futuro, e depois se acabarmos e contar pode espelhar e depois mais pessoas ficam a saber”; “por agora não vou contar, só quando tiver a certeza que é uma relação segura, para casar”.

Um grupo restrito diz que já contou ou vai contar porque o parceiro tem direito de saber e porque “ao contar vou perceber se gosta mesmo de mim, se fica comigo mesmo assim, se quer casar”.

Quadro 19 - Que métodos contraceptivos conhece?

Categoria	Subcategorias	Referência
Métodos	Preservativo	4
	Pílula	2
	Implante	1
	DIU	1
	Laqueação	1
Nível de desconhecimento	Baixo	Apenas um: 1
	Médio	Dois ou mais: 1
	Alto	Três ou mais: 2

Quando falamos de VIH, falamos de um vírus que não deve, de todo, ser propagado. Por isso tentou-se analisar os métodos contraceptivos que os portadores conhecem.

Deste grupo, todos conhecem o preservativo e a maioria o preservativo e mais alguns.

Quadro 20 - Quais pensa vir a utilizar?

Categoria	Subcategoria	Referência
Métodos a utilizar	Preservativo	4
	Pílula	1
	Implante	1
	Todos	1

Ainda mais importante do que conhecer, é utilizar métodos contraceptivos. Por isso os entrevistados foram questionados relativamente aos métodos que pensam vir a utilizar.

Todos dizem que vão utilizar o preservativo, que é essencial para correrem o mínimo risco de infetar o parceiro e a maioria diz que pensa vir a utilizar preservativo em complemento de outros.

Quadro 21 - Como é a sua vida amorosa?

Categoria	Subcategoria	Referencia
Estado	Positiva	Feliz
		Tranquila
		Correspondida
	Negativa	Confusa
		Falta de afeto
		Falta de paixão

Foi também objectivo perceber como encaram e vivem estes adolescentes e jovens as suas relações e vidas amorosas.

Quase todos dizem ter uma vida amorosa normal, que significa, feliz, com tranquilidade e bastante correspondida, sem dificuldades e muitas paixões.

Um número reduzido diz ter uma vida amorosa um tanto confusa, sentir falta de afeto e não sentir muita paixão ou enamoramento.

4.4. Perguntas efectuadas a quem já iniciou relações sexuais

Dada a divisão da amostra efectuado segue de seguida a análise de resultados das perguntas efectuadas ao grupo que já iniciou relações sexuais.

Quadro 22 - A pessoa com quem iniciou relações sexuais era seu namorado?

Categoria	Subcategoria	Referencia
Contextos de início	Relação amorosa	2
	Familiar	2
	Ocasional	5

Quando questionados quanto à pessoa com quem iniciaram relações sexuais, continuamos com uma grande maioria em que esta iniciação ocorre ocasionalmente, com um colega, um amigo, uma pessoa que não se conhece ou mesmo ainda através de sexo pago.

Ocorre aqui numa minoria, mas não menos curioso, a iniciação sexual com familiares. Familiares estes, que não são próximos, mas que ocasionalmente “servem” para tirar a virgindade aos rapazes.

O que ainda pouco predomina é a iniciação sexual quando se está numa relação amorosa, ou seja, com o/a namorado/a.

Pergunta: Também foi a primeira vez dessa pessoa?

Poucos sabem responder a esta questão. Este facto deve-se ao facto de na maioria dos casos não conhecerem bem, ou mesmo não conhecerem a pessoa com quem tiveram a sua primeira vez, ou seja, não sabem muito sobre essa mesma pessoa. Posto isto, não sabem e não perguntam pormenores. Alguns perdem a virgindade com quem ainda partilha da mesma e outros perdem-na com quem já não a tem.

Pergunta: Sentiu algum tipo de pressão para iniciar a sua vida sexual?

A maioria diz não ter sentido nenhuma pressão: “não, ele até esperou”; “não, eu é que quis, até incentivei”. No entanto existe um número significativo que reconhece e lamenta que haja muita pressão por parte do grupo de amigos. “Num grupo de amigos a maioria pode não ter iniciado, mas os que o admitem são gozados”; “sim, é complicado ser virgem num grupo de amigos”.

Pergunta: Sentiu-se reticente (com duvidas) por ser portador?

A este respeito a amostra está quase dividida. No entanto, a maioria diz não se ter sentido reticente, “não, sabia bem o que estava a fazer”; “não, sabia que tinha de ter cuidados acrescidos”; “não, sei que tenho de ter cuidado e como devo fazer as coisas”; “não, se as coisas forem bem-feitas, não há porque ter receio, é tudo normal”.

Por outro lado também um considerável grupo admite ter ficado reticente: “estava com medo. Não tinha de contar mas tinha medo que o preservativo rompesse”; “a única coisa que pensei na altura foi que tinha de utilizar preservativo”; “tem-se sempre medos e questionamo-nos”.

Pergunta: Alguma vez deixou de ter relações sexuais ou amorosas por ser portador?

Com esta questão tentou perceber-se se o facto de serem portadores do vírus condiciona o estabelecimento de relações ou não. Na maioria esta condição não influencia as relações que estabelecem e frequência com que o fazem. Os entrevistados dizem que “não tem nada a ver. É igual a toda a gente, só tem de se ter cuidado”; “não, sei bem o que tenho de fazer, não há razão para isso”.

Os poucos que admitem deixar de ter relações tanto sexuais como amorosas em consequência do vírus dizem que “sim, porque tenho medo do que pode acontecer”; “sim, porque azares acontecem e tenho receio”; “já, porque tenho medo da reacção da pessoa”.

Pergunta: Neste momento tem uma vida sexual ativa?

Quase a totalidade da amostra tem actualmente uma vida sexualmente ativa, sendo que, alguns destes não estão numa relação amorosa, ou seja, vão tendo relações sexuais pontuais e/ocasionais.

Os restantes não têm uma vida sexual ativa pelo facto de não estarem num relacionamento.

Pergunta: O seu parceiro sabe que é portador?

A maioria não conta ao parceiro que é portador, tanto os que têm relações pontuais como os que estão numa relação amorosa. E, os que contaram todos estão numa relação amorosa estável e que assumem como definitiva (dois casados, um em união de facto e um num namoro já duradouro).

Pergunta: Como foi para si contar ao seu parceiro que é portador?

Quem já teve a experiência de contar ao parceiro diz ser muito complicado contar mesmo quando têm toda a confiança nele/a. “Foi muito difícil, mas acabou por aceitar e compreender”; “Foi difícil, disse logo que me ia deixar”; “Estava com muito medo, sabia que não ia reagir bem”; “foi muito mau”.

Pergunta: Como reagiu o seu parceiro ao facto de ser portador?

A maioria dos portadores tem muito receio de contar pois pensa na pior reacção e tem medo que o parceiro o/a deixe quando souber. E os parceiros? O que pensam? Como reagem?

Esta questão surgiu para responder a estas perguntas.

Os parceiros de facto reagem na sua grande maioria mal, porque “tinha muitas dúvidas”; “pensou que ia morrer”; “não sabe bem o que é”; “só ouviu falar mas quando calha na pele é diferente”.

As descrições das reacções são: “foi bruto”; “gritou”; “ameaçou-me”; estava com medo e muitas dúvidas”; “queria saber tudo”; “estava em choque”.

Através desta pergunta foi possível constatar que a reacção é má numa primeira fase a que se pode chamar fase de choque, depois segue-se a fase em que se questionam a si próprios e aos parceiros portadores, de seguida a fase em que desculpam o facto de não saberem até à data e querem manter a relação e por fim a fase em que procuram o máximo de informação a todos os níveis inclusivamente recorrendo ao médico (normalmente consulta de infecciologia) de modo a contornar da melhor maneira a questão.

Pergunta: O seu parceiro é portador?

Esta questão remete-nos para a informação que os portadores têm ou não dos seus parceiros. A maioria dos adolescentes e jovens diz saber que os parceiros não são portadores e por isso têm cuidados redobrados porque não querem infeta-los com o vírus. Os restantes dizem saber que sim, e estes casos referem-se aos dois casos de casamento. E apenas um diz não saber.

Pergunta: Já teve relações sexuais com alguém que não soubesse que é portador?

Quase a totalidade da amostra diz já ter tido relações sexuais com pessoas que não sabiam nem sabem que são portadores. É frequente que os parceiros sexuais tenham relações com portadores do vírus sem o saberem, pois as relações são curtas, muitas vezes ocasionais e isso não dá confiança suficiente aos portadores para exporem a sua condição de vida.

A minoria diz nunca ter estado com ninguém que não soubesse, e estes casos são os que estão actualmente com a pessoa com quem iniciaram relações sexuais e mantêm o relacionamento, ou seja, como é uma relação estável, de algum tempo, já conseguiram estabelecer uma relação de confiança que lhes permitiu contar.

Pergunta: Que métodos contraceptivos utiliza?

Todo este grupo utiliza preservativo e mostra-se consciente de que tem de utilizar. Alguns dos entrevistados além do preservativo utilizam outros métodos em complemento.

Pergunta: Evita determinadas práticas sexuais por ser portador?

De todo o grupo apenas uma pessoa evita alguma prática sexual, no caso específico sexo anal porque “sei que não é tao seguro e nos expõe mais à possibilidade do preservativo romper”.

Todos os restantes admitem não evitar qualquer prática, “não, é tudo igual”; “não, faço tudo normal, é só ter cuidado”; “não, tenho mais cuidado e se calhar faço certas coisas com mais cuidado mas não deixo de fazer”.

Pergunta: Adota/prefere determinadas praticas sexuais por ser portador? Quais?

Todo o grupo revela ter relações sexuais de uma forma completamente normal, e não preferir certas práticas, “prefiro o que toda a gente prefere”.

4.5. Reflexões/contributos em primeira mão

“Se as pessoas têm dúvidas devem procurar informação porque há muita gente que sabe que temos e perguntam logo: com quantas é que já tiveste?”

“Tem de se ter noção do que se faz. Não é porque se quer ter relações que não se vai utilizar preservativo”

“Uma conhecida apanhou do namorado e só souberam depois os dois. Não é só porque temos que temos de usar preservativo, todos têm! Porque há muitas doenças!”

“Temos de ter sempre sexo seguro, porque nós jovens, não gostamos muito de usar preservativo, mas tem mesmo de ser para não corrermos riscos”

“Não devemos sentir-nos mal por sermos virgens só porque os outros dizem, temos de deixar de ser quando nos sentimos preparados”

“Gostava que as pessoas não vissem isto como uma doença, ou que tenham nojo e me vissem como uma pessoa normal. “

“As pessoas não deviam ser tão preconceituosas porque isso só trás tristeza e mágoa para os outros. “

“Por mais que se tente ignorar está sempre presente porque tem sempre de se esconder”

“É possível ter uma relação”

“Se existe amor tem de haver compreensão e a minha relação é prova disso, e ele não é único de certeza”

“Não tenho medo nenhum. Tenho mais medo de um cancro ou de ficar sem trabalho”

4.6. Análise do conteúdo

A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos, cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos extremamente diversificados (Bardin,1977).

Os dados qualitativos representam a informação que identifica alguma qualidade, categoria ou característica, não susceptível de medida, mas de classificação, assumindo várias modalidades.

Para sumariar dados qualitativos numericamente utilizam-se contagens, proporções, percentagens, taxas, etc.

Este método é diligente e permite uma análise formal dos significados pessoais, contudo, proporciona a utilização de material não estruturado, utilizando uma vasta quantidade de informação. O objectivo da análise de conteúdo focaliza-se na classificação quantitativa do conteúdo numa organização por categorias ligadas aos propósitos do objecto de estudo (Pereira, 2004).

A análise de dados qualitativos assenta na aplicação das técnicas que permitam uma percepção mais completa e profunda de uma realidade mais restrita.

O paradigma de investigação qualitativa não incide sobre um universo tão vasto como na abordagem quantitativa, mas pretende antes obter o máximo de informação sobre os valores, crenças e o processo do facto social em estudo, de forma a dotar o investigador de uma visão e conhecimento do mundo específicos, por meio do estudo e análise dos seus atores.

O tratamento e a análise de dados qualitativos estão associados a uma intensa interpretação, através de uma compilação sólida de dados. Deve encontrar ligações entre categorias e conceitos de maneira a construir pressupostos teóricos suficientemente válidos que permitam a sua generalização.

As questões realizadas na entrevista pretendiam responder aos objectivos de estudo e encontrar um ponto de partida para todas as questões pouco desenvolvidas do tema.

Através da amostra estudada pode verificar-se que o vírus do VIH é ainda uma realidade social muito camuflada. Os portadores continuam a ser muito discriminados, e

este facto deve-se à falta de informação da sociedade. Existe muita informação é certo, mas não é devidamente interpretada e a comunidade não está envolvida neste tipo de questões. O povo continua a ter muitas dificuldades em aceitar a população portadora do vírus, através de mitos e estigmas existentes, tal como há muitos anos atrás. Reportamos aqui para a relação que existe ou deveria existir entre a teoria e a prática, pois toda a gente lê artigos, vê notícias, documentários, etc., no entanto na prática não sabem nem conseguem reagir e agir em conformidade.

Esta questão social precisa que todos nós nos absorvamos dela, e percebamos que podemos estar e viver com um portador sem correremos riscos maiores, desde que tenhamos a informação e atitudes corretas, para isto é necessário que sejam fomentadas acções de sensibilização na e para a população.

Esta sensibilização irá não só proporcionar e permitir a todos um melhor e mais aprofundado conhecimento como através deste fazer reduzir o nível de discriminação lamentavelmente ainda existente. Se tivermos uma sociedade devidamente informada teremos certamente uma sociedade mais compreensiva e com maior capacidade de aceitação e inclusão.

O número de portadores em Portugal tem baixado significativamente o que se deve ao trabalho dos bons profissionais que temos a intervir nesta área. No entanto, existem ainda muitos portadores entre os quais começam a surgir os adolescentes e jovens. Sabe-se que nesta faixa etária existem poucos, precisamente porque estão apenas agora a chegar a esta idade.

A maioria destes adolescentes e jovens são portadores através de transmissão vertical o que não nos reporta a partida para inconscientes práticas sexuais da sua parte.

Pode perceber-se que estes jovens têm muita consciência do problema que têm em mãos, que não é só seu mas também de quem os rodeia, e, muito em particular dos seus parceiros sexuais.

A amostra estudada, na sua grande maioria, é seguida na SCML no serviço ambulatório, e este acompanhamento influencia sem dúvida o seu comportamento. Este grupo é seguido ao longo do ano através de todos os acompanhamentos e encaminhamentos necessários, controle de medicação, aconselhamento, etc. e, uma vez por ano é organizada uma colónia de férias de alguns dias onde os jovens se encontram todos. Este encontro é muito importante por estarem todos juntos, por acolherem novos membros mas principalmente pelos momentos de partilha.

São proporcionados momentos de actividades e conversas relativas ao tema da sexualidade nos quais é muito estimulada a consciencialização dos atos que vão sendo praticados ao longo do ano, o que fazem de positivo e negativo e o que devem melhorar.

Quando falamos de adolescentes e jovens, falamos de pessoas que há bem pouco tempo não estavam cientes da sua problemática, e que há menos tempo ainda passaram pelo choque de perceber do que se trata, de ter algo para sempre, de ter de tomar medicação diária e ter de ter cuidados para com o meio envolvente.

Aqui, surge uma fase única que é o início da sexualidade ou o começo de uma vida sexual ativa, fase esta, que, associada à patologia, exige uma margem de manobra bastante elevada e cuidadosa. Esta é uma etapa de muitas emoções, desejos, curiosidades, e saiba-se que, tudo se deve e pode viver, desde que, claro, COM CUIDADO.

Estes jovens são acompanhados a nível social e médico e estes acompanhamentos influenciam muito na visão que têm de toda a sua vida acompanhada deste que a partir de agora tem de ser visto como parceiro.

Ao longo do estudo foi interessante perceber como estes jovens encaram este acompanhante, que cada vez mais, nada tem a ver com problema grave ou morte como muitos ainda pensam.

O vírus, é visto como a causa de uma toma diária de medicação como podia ser a diabetes ou o colesterol. O que os faz lembrar todos os dias que têm “algo” é precisamente a hora da medicação e o facto de não poderem partilhar esta informação com qualquer pessoa. Há cada vez mais possibilidades de ter e viver uma vida completamente normal e é assim que é reconhecido por todos.

Ao nível da sexualidade os adolescentes e jovens têm uma grande consciência do que podem e não podem fazer. Reflectem que podem fazer tudo mas sem nunca colocar em causa o cuidado e riscos inerentes.

Existe uma acrescida preocupação em não infetar outras pessoas, por isso, jamais descartam a utilização do preservativo, independentemente da situação, chegando a não praticar sexo pelo facto de não terem consigo preservativos.

A maioria mostra-se tranquilo pois em todas as situações utilizam preservativo, por isso, e, embora tenham receios de rotura, fazem tudo normalmente e não se sentem diferentes por isso porque fazem o que todos deviam de fazer independentemente de terem alguma doença sexualmente transmissível.

Através dos discursos e descrições dos entrevistados e contacto que tive oportunidade de ter com alguns parceiros, foi possível perceber que quando existe uma boa relação este não é um obstáculo ou fator de término.

Podemos considerar que a forma de agir e reagir a esta questão pode depender um pouco do meio comunitário onde estão inseridos, isto é, contexto familiar, contexto cultural, valores, crenças, etc. Mas depende, principalmente, da forma de pensar e percepção que o próprio tem do problema e o modo como se relaciona com ele ou não. De um modo geral os

parceiros de facto não reagem bem à situação, têm muitos receios e passam a partilhar as preocupações e cuidados acrescidos, mas aceitam e ficam com os portadores. Alguns portadores dizem ter mais medo de outros problemas e doenças do que do vírus.

Os portadores destas faixas etárias não são pessoas de classe económica alta e em alguns casos são pelo contrário de classe social baixa, o que, positivamente não influencia na prevenção constante que devem adotar. Existem alternativas através das consultas que frequentam e centros de saúde da área de residência que lhes permite ter acesso aos métodos contraceptivos necessários tanto para prevenção da infeção e reinfeção como de contracção de outras doenças e gravidez indesejada.

Este estudo foi sem dúvida fundamental para percebermos que, ao contrário do que se pensa, é elevado o número de adolescentes e jovens que não têm comportamentos de risco, posto isto, é fulcral que se invista na formação tanto a nível do vírus como a nível da sexualidade nas escolas desde muito cedo, para que continue a não existir propagação do vírus através destes grupos etários. Para que as crianças informadas e formadas consigam lidar com estas situações, aceitem os colegas independentemente da sua condição e eliminem a discriminação dos seus vocabulários.

É importante que existam equipas multidisciplinares que sigam estes casos a partir do momento em que são diagnosticados.

É fundamental que exista articulação entre todos os serviços envolvidos de modo a encaminhar e seguir da melhor forma estes casos, bem como, investigação e intervenção para e nos grupos que realmente continuam a propagar esta e outras DST's.

Só assim será possível trabalhar de uma forma séria na prevenção da infeção e reinfeção.

Conclusão

A sexualidade na adolescência e juventude é uma preocupação constante por todos os riscos que implica, e, quando crescemos o facto de ser portador de VIH a preocupação aumenta. No entanto não existem estudos relativos a este tema.

No que diz respeito ao presente estudo, este pode contribuir para uma melhor compreensão do que pode ser ou não problema nesta fase da vida acompanhada deste diagnóstico, tanto para os envolvidos como para não envolvidos e profissionais.

Podemos concluir que, ao contrario do que a maioria das pessoas pensam, os adolescentes e jovens não têm comportamentos de risco elevados e estão muito conscientes dos cuidados que têm de ter tanto a nível sexual e da sua vida diária como do que devem e podem fazer para garantir o seu bem-estar a longo prazo.

Deste estudo podemos retirar práticas a desenvolver, como a insistência na prevenção; a continuação e aumento do acompanhamento dado a esta população; o aumento de acompanhamento aos cuidadores e/ou pessoas e familiares próximos; aumento do acompanhamento aos parceiros sexuais destes adolescentes e jovens; realização de diferentes e maiores ações de sensibilização para a população em geral, bem como, ações de sensibilização e formação para profissionais da área e ligados à área.

É de salientar que este vírus tem de ser controlado regularmente, exige cuidados a nível de toma e controlo de medicação e principalmente requer que exista uma exigência pessoal e consciência a nível da prevenção sexual, de modo a evitar ao máximo infetar e reinfectar.

Com isto pode afirmar-se que a prevenção do VIH impõe desafios constantes, exigindo ações educativas efectivas e permanentes que reduzam a vulnerabilidade dos indivíduos à infeção e reinfeção no caso dos já portadores.

Com o feliz aumento da esperança média de vida dos portadores, é possível observar cada vez mais a possível manutenção de relacionamentos afectivos e sexuais entre parceiros sorodiscordantes. Isto reforça a necessidade dos serviços e profissionais de saúde continuarem a intensificar a informação sobre as dificuldades de viver com este vírus e cuidados a ter, considerando todos os aspectos com necessidades físicas, psicológicas e sociais destes indivíduos.

Na correta informação e formação sobre todas estas questões está a diferença entre ter uma vida normal com tudo o que implica e pressupõe e uma vida sexualmente ativa ou correr riscos constantes, viver todos os dias constrangimentos que dependem muitas vezes de pormenores, causar e passar por reinfecções, e, o mais grave, continuar a colaborar para o aumento de portadores/infetados.

É de salientar que devem continuar a ser realizados estudos nesta área no sentido de criar, melhorar e/ou proporcionar uma rede envolvida que seja facilitadora e impulsionadora de boas práticas sexuais nesta e noutras populações.

A partir e após este estudo, seria interessante estudar os parceiros adolescentes e jovens de portadores; a forma de estar da família de adolescentes e jovens portadores; famílias que sabem e/ou não sabem que têm familiares portadores e influencia/ajuda que a família representa na vida dos adolescentes e jovens portadores.

Quanto à metodologia utilizada, foi a mais adequada, na medida em que, com uma amostra muito reduzida foi possível retirar muita informação e obter resultados relevantes.

No que respeita às limitações do trabalho, podemos considerar a falta de estudos anteriores na área e falta de bibliografia na mesma e a dificuldade em encontrar população nestas condições constrangimentos sentidos ao longo de todo o processo.

Bibliografia

- Andrade, M. I. (1997). Uma idade chamada desejo: perspetivas culturais para a prevenção da sida na adolescência “Inovação”, nº10.
- Associação de Planeamento Familiar (1995). Declaração sobre contraceção para adolescentes. “Sexualidade”, nº6.
- André, M. R. (2005). Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA. Stória Editores, Lda.
- Batista, M. V. (2009). A relação teoria/método: base do diálogo profissional com a realidade. In: BAPTISTA, M. V. BATTINI, O. *A prática profissional do Assistente Social: teoria, ação, construção do conhecimento*. São Paulo: Veras.
- Carvalho, M. M. (2009). Actualização em Foucault: aplicações da noção de dispositivo ao VIH/SIDA, Universidade do Porto.
- Campos, M. J., Fernandes R., Freitas, R., Postiço, E.A., Lencastre, D. (2014). Introdução à Terapêutica de combinação para a infeção pelo VIH. Retirado: Março, 5, 2016, de www.gatportugal.org
- Complemento por dependência, níveis e graus de dependência. Retirado: Março, 5, 2016, de <http://www.ctadequar.com.br/index.php/home/item/10-n%C3%ADveis-de-depend%C3%A2ncia.html>
- Cordeiro, M. (1993). Os adolescentes e a sexualidade. “Pais e Filhos”.
- Dias, S. M. F. (2009), Comportamentos Sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/SIDA, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, S.M. e Gonçalves, A. (2005). Sexualidade e risco na adolescência.in “Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola”. Lisboa FMH Edições.
- Dayrell, J. (2009). Uma diversidade de sujeitos: o aluno do ensino médio – o jovem desconhecido. In: Juventude e escolarização: os sentidos do Ensino Médio. Salto para o Futuro. Brasília, DF: Secretaria de Educação a Distância, MEC.
- Faria, Telo: Infeção VIH/sida, que repercussões sociológicas;
- Felix, L e Marques, A.M (1995). E nós somos diferentes? Editora A.P.E.

- Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, p. 218). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Gameiro, J. (1994). Quem sai aos seus/comunicação pais e filhos adolescentes sobre sexualidade. Porto Edições Afrintamento.
- Graus de dependência. Retirado: Fevereiro, 11, 2016, de <http://int.searchgraus+de+depend%C3%AAncia+nos+idosos>
- Iamamoto, M. V. (1997). *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez.
- Leitao, L.M (1990). Educação sexual nas escolas. “Saúde e escola” nº15, Junho, Editora M.E.S.
- Lopez, F., FURTES, A. (1998). Para compreender la sexualidade. Pampelona, Editorial Verbo Divino.
- Meneses, I. (1990). O desenvolvimento psicosexual. B. P. Psicologia do desenvolvimento e Educação de jovens. Lisboa, UA.
- Miguel, N. e Vilar D. (1987). Afetividade e sexualidade no contexto cultural e social português. Lisboa, IED, vol II.
- Miguel, N. S. (1994). Os jovens e a sexualidade. 6ª edição. Lisboa, comissão da condição feminina, EPNC.
- Merchan, H., E. (1999). Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma praxis integral. Cadernos de saúde pública.
- Matos, M.G (2005). Adolescência, saúde e desenvolvimento, in “Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola”. Lisboa FMH Edições.
- Matos, M.G (2005). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes, in” Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola”. Lisboa FMH Edições.
- Ministério da Saúde (2007), Coordenação Nacional Para a Infecção De HIV/SIDA Manual de formação, Apoio Domiciliário a indivíduos infectados pelo HIV.
- Navarro, M. F. (1985). Adolescentes portugueses uns estudos. Lisboa, ENSP.

- Nodin, N. (2001). Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa: APF, Associação para o planeamento da família.
- Oliveira, V. F. Adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis;
- Oliveira, A. (2008), Preservativo, sida e saúde pública, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Organização Internacional Do Trabalho (2008), Directrizes conjuntas OIT/OMS, sobre os serviços de saúde e a infecção VIH/SIDA.
- Pereira, S. A. P.: Programa de prevenção: comportamentos sexuais de risco em adolescentes;
- Prazeres, V. (2003). Saúde juvenil no masculino: género e saúde sexual e reprodutiva. Lisboa, direcção geral da saúde. Ministério da saúde.
- Paiva, V. Peres, C. e Blesa, C. (2002). Jovens e adolescentes em tempos de AIDS. Reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicologia USP.
- PINHEIRO, T. (2001). Narcisismo, sexualidade e morte. In M. R. Cardoso (Org.), *Adolescência: Reflexões psicanalíticas* (pp. 69-79). Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.
- Pico J. (2010). As 101 perguntas: conversando com um doente com sida. Cmykgloss impressores Lda.
- Robertis, C. (2003). Fundamentos del Trabajo Social: Ética e Metodologia. Valência: Nau Litros. Pp.73-93
- Robertis, C. (1992). Metodología de la intervención en trabajo social, Centurion, Paris.
- Roque, M. B. G. C. S. Sexualidade na adolescência e conhecimento da infeção HPV e respetiva vacina;
- Rui, A.R. (2005). Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA, Stória Editores, Lda.
- Sharpe.T. (2003). Adolescent sexuality. The family Journal.

Sousa, M.F.G. (2000). *Sexualidade Na Adolescência: comportamentos, conhecimentos e opiniões/attitudes de adolescentes escolarizados*. Dissertação apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre em Ciências da Enfermagem, orientada por Professora Doutora Zaida Azevedo, Porto.

Sexualidade nos adolescentes. Retirado: Fevereiro, 11, 2016, de <http://www.abcdasaude.com.br/sexologia/o-estudo-da-sexualidade-humana>.

Sposito, M. P. (1997) Estudos sobre juventude em educação. *Revista Brasileira de Educação*,

Vilar, D. (1992). Os problemas sexuais. "Pais", nº16.

Vala, L. (1986). A análise de conteúdo. In A.S. Silva e J.M.Pinto. *metodologia das ciências sociais*. Porto Edições Afrontamento.

Zluhan M. e Raitz T. (2014). Juventudes e as múltiplas maneiras de ser jovem na actualidade. *Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, Brasi*.

APÊNDICE I

Consentimento Informado

Data: ____/____/____

Consentimento Informado

O presente estudo enquadra-se no âmbito de um projeto de mestrado a realizar na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias que tem como tema “*Início da Sexualidade nos jovens/adolescentes portadores de VIH*”.

Pretende-se analisar as experiências pessoais vividas nesta fase da vida, de modo a identificar os comportamentos existentes e a prevenção necessária.

A sua colaboração implica a participação numa entrevista em que lhe será colocado um conjunto de questões, às quais se pede que responda de acordo com a sua experiência e opinião pessoal, que para nós são muito importantes. **Não existem respostas certas nem erradas.**

A participação no estudo é **voluntária**, podendo recusar ou desistir a qualquer momento se o pretender. Todas as informações fornecidas são **confidenciais**.

A entrevista será gravada em sistema áudio tendo em vista um registo mais rigoroso de toda a informação, no entanto os dados apenas serão utilizados para esta investigação não sendo divulgados a terceiros.

Os resultados finais do estudo serão apresentados a todos os participantes, em data a definir, durante o próximo ano de 2016.

Qualquer dúvida que tenha no decorrer da entrevista poderá colocá-la para que seja esclarecida.

Muito obrigada pela sua colaboração que será essencial para o sucesso desta investigação.

Tomei conhecimento do objetivo do estudo e do que tenho de fazer para colaborar.

Declaro que aceito participar na investigação.

(Assinatura do participante)

APÊNDICE II

Consentimento Informado



Unidade de Acompanhamento Terapêutico

Ficha de Inscrição para Colónia de Férias

Local: Colónia Balnear de São Julião da Ericeira

Proc.º _____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Jovem: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

E-mail do Jovem: _____

Nome do responsável: _____

Morada: _____

Contacto: _____

Outro telefone de contato, caso necessário: _____ Nome: _____

Grau de parentesco: _____

Na impossibilidade de ir buscar o jovem autorizo (Nome) _____

a recebe-lo no dia de chegada. (O responsável por ir buscar o jovem deverá Identificar-se com o documento de identificação).

1. O jovem faz medicação?

() Sim () Não Qual? (determinar horário)

Horário	Pequeno-almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Ceia	S.O.S.
Medicação						

--	--	--	--	--	--	--

2. O jovem é alérgico a algum tipo de alimento ou medicamento?

() Sim () Não Qual? _____

3. O jovem pode praticar exercícios físicos como futebol, natação, corridas etc?

() Sim () Não Diga porquê _____

O jovem leva dinheiro para a colónia? _____

Se sim, quanto? _____ Aceita que a equipa fique com a gestão do mesmo? () Sim () Não

AUTORIZAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO DO JOVEM NA COLÓNIA DE FÉRIAS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA

Eu, _____
autorizo o jovem _____ a
participar na Colónia de Férias que decorrerá de 31 de Agosto a 4 Setembro de 2016, na Colónia
Balnear de São Julião da Ericeira, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Tomei conhecimento das informações fornecidas e concordo com as atividades e passeios a realizar.

Assinatura do responsável

Lisboa, ____ de _____, de _____

Observações e sugestões do Jovem e/ou do Encarregado de Educação:

APENDICE III

Entrevista

Entrevista

Dados Pessoais e sociodemográficos

1.Idade: _____ 2.Sexo: Feminino _____ Masculino _____

3.Estado Civil:

Solteiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Casado(a) /União de facto

Viúvo(a)

4.Concelho de residência: _____

5.Habilitações Literárias: _____

6.Com quem vive _____

Questões

1. Que idade tinha quando começou a namorar pela primeira vez?
2. Neste momento está numa relação amorosa?
3. Normalmente sente-se atraído (a) por que tipo de pessoa?
4. Para si / na sua opinião o que é ser virgem?
5. Acha que a maioria dos seus amigos já teve relações sexuais?
6. E, no seu caso, já teve relações sexuais?

Se sim:

7. A pessoa com quem iniciou relações sexuais era seu namorado (a)?
8. Também foi a primeira vez dessa pessoa?
9. Sentiu algum tipo de pressão para iniciar a sua vida sexual? Qual?
10. Sentiu-se reticente (com dúvidas) por ser portador (a)?
11. Alguma vez deixou de ter relações sexuais ou amorosas por ser portador(a)? Porquê?
12. Neste momento tem uma vida sexual ativa?
13. O seu (sua) parceiro(a) sabe que é portador(a)?
14. Como foi para si contar ao seu (sua) parceiro(a) que é portador(a)?
15. Como reagiu o seu (sua) parceiro(a) ao facto de ser portador?
16. É uma preocupação para si os casos de reinfeção?
17. O seu (sua) parceiro é portador(a)?

18. Já teve relações sexuais com alguém que não soubesse que é portador(a)?
19. Que constrangimentos já teve, ou pensa poder vir a ter, na sua vida sexual por ser portador?
20. A sua vida sexual é diferente das pessoas que não são portadoras? Porquê?
21. Que métodos contraceptivos utiliza?
22. Evita determinadas práticas sexuais por ser portador? Quais?
23. Adota / prefere determinadas práticas sexuais por ser portador? Quais?
24. O que tem sido de diferente na sua vida por ser portador(a)?
25. Tem-se sentido discriminado(a)? Em quê? Como?

Se não:

7. O facto de não ter iniciado a sua vida sexual está relacionado com o facto de ser portador(a)? Porquê?
8. Pensa contar ao seu parceiro(a) que é portador? Porquê?
9. Que métodos contraceptivos conhece?
10. Quais pensa vir a utilizar?
11. É uma preocupação para si a questão da reinfeção?
12. Que constrangimentos tem tido e pensa vir a ter por ser portador(a)?
13. Como é a sua vida amorosa?
14. O que tem sido diferente na sua vida por ser portador(a)
15. Tem-se sentido discriminado(a)? Em quê?