

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Comportamento Sexual e Religiosidade:
Um Estudo com Jovens Brasileiros**

Elder Cerqueira Santos

Porto Alegre
Março de 2008

**Comportamento Sexual e Religiosidade:
Um Estudo com Jovens Brasileiros**

Elder Cerqueira Santos

**Tese de Doutorado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da
Profa. Dra. Sílvia Helena Koller
em co-orientação com Prof. Dr. Brian Wilcox,
University of Nebraska-Lincoln**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Março de 2008

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar os agradecimentos desta tese, resolvi relembrar como foram os meus agradecimentos da dissertação de mestrado, quatro anos atrás. Ufa! Que boa constatação, posso repetir todos os nomes que estavam lá e adicionar alguns mais que agora fazem parte da minha vida acadêmica e pessoal. Assim agradeço a todos que fazem parte dessa trajetória, mesmo que não tenham se dado conta do quanto foram importantes no meu processo de doutoramento. Agradeço:

- À minha mãe, pessoa mais importante da minha vida, e apoio incondicional. Obrigado por cada dia, cada telefonema, vindas à Porto Alegre, ida à Nebraska (quem diria!). Momentos de extrema alegria compartilhados juntos!
- À toda minha família, tios, primos etc. Em especial à minha avó Maria do Carmo, ao meu irmão Edmundo, minha cunhada Ceíça, meus sobrinhos Gabriela e Alexandre e ao meu Tio Manoel.
- À Profa. Dra. Sílvia Koller, por ser uma orientadora maravilhosa e uma amiga afetuosa. Admiro com orgulho o exemplo de humanidade e competência que você nos dá. Obrigado pela GENEROSIDADE!
- Ao Prof. Dr. Brian Wilcox, co-orientador deste trabalho. Amigo que me acoheu nos Estados Unidos com toda a atenção e disponibilidade. Obrigado por abrir as portas do CCFL/UNL e pela importante experiência de trabalhar com vocês.
- À Profa. Dra. Marcela Raffaelli, que também me acolheu especialmente em Nebraska, dedicando-se como uma co-orientadora e também tornando o meu estágio nos Estados Unidos mais proveitoso e agradável.
- Aos meus amigos. São muitos nomes e cito apenas alguns que estiveram mais próximos nessa jornada: Airi, Ana Karina, Fernanda Torres, Simone Paludo, Yuri, Vicente, Andreína, Monise, Camila, Clara, Jan (“chefe”)... Especialmente aos amigos Normanda e Lucas, verdadeiros “irmãos” pra todas as horas.
- Aos amigos que fiz em Nebraska (USA), Anderson e Tom. Especialmente ao Robb Crouch, por todo o apoio emocional e profissional e por ter me emprestado e feito parte da minha “família” americana.
- À minha turma do doutorado, colegas que se tornaram amigos e fazem parte da minha inserção no Rio Grande do Sul.
- Aos alunos de graduação em Psicologia da UFRGS que participaram como entrevistadores desta pesquisa.
- Aos cepianos!!! Todos vocês são como uma família. Obrigado pela parceria, festas, trabalhos etc. Através da Carmen agradeço a todos vocês.
- Aos professores deste Programa de Pós-Graduação, que se dedicam ao ensino

público de altíssima qualidade. Obrigado pelo que aprendi com vocês. Especialmente à dedicação da secretária Margareth.

- Aos professores desta banca: Prof. Dr. Jorge Sarriera, Prof. Dr. Maycoln Teodoro, Profa. Dra. Ângela Coelho e especialmente à Profa. Dra. Débora Dell'Aglio pelo trabalho de relatoria, mesmo interrompendo suas férias.

- À CAPES, pelas bolsas de doutorado no Brasil e nos Estados Unidos.

- À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFRGS, pela dedicação especial na concessão de bolsas e auxílios.

- À University of Nebraska at Lincoln (UNL), pelo aprendizado inestimável que tive no meu estágio sanduíche.

- À todos os participantes deste estudo.

O autor

SUMÁRIO

Resumo	.....	09
Abstract	.....	10
CAPÍTULO I		
Introdução	.....	11
1 Religiosidade/Espiritualidade	.....	13
2 Religião e Saúde	.....	15
3 Comportamento de Risco Sexual.....		23
3.1 Sexo Desprotegido.....		24
3.2 Gravidez.....		24
4. Religião no Brasil.....		25
CAPÍTULO II		
Método	.....	32
1 Delineamento.....		32
2 Participantes.....		32
3 Instrumento	.....	32
4 Procedimentos	.....	33
4.1 Capacitação das Equipes	.....	35
4.2 Amostragem	.....	35
4.3 Coleta de Dados	.....	37
CAPÍTULO III		
Resultados	.....	39
1 Estudo I.....		39
1.1 Análises Descritivas.....		39
1.2 Religiosidade e Sexualidade..		55
2. Estudo 2.....		68
2.1 Análise de <i>Attrition</i>		68

	2.2 Análise Longitudinal.....	73
CAPÍTULO IV		
	Discussão	80
	1. Biosociodemográfico.....	80
	2. Religiosidade.....	84
	3. Religiosidade e Sexualidade.....	86
	4. Estudo Longitudinal.....	91
	5. Limitações.....	93
CAPÍTULO V		
	Considerações Finais	95
Referências	.....	99
Anexos		
	Anexo A. Questionário Utilizado na Pesquisa com os Jovens Brasileiros.....	1007
	Anexo B. Termo de Concordância.....	127
	Anexo C. Termo de Consentimento.....	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos Indivíduos Brasileiros por Grau de Instrução, segundo Religião Atual em 1998.....	29
Tabela 2	Distribuição dos Indivíduos Brasileiros por Nível Socioeconômico, segundo Religião Atual em 1998	30
Tabela 3	Categorização dos Itens do Questionário com Jovens Brasileiros das Capitais: Campo Grande, Porto Alegre, Recife e São Paulo	34
Tabela 4	Diferenças de Gênero para Episódios, Idade e Parceiro(a) da Primeira Relação Sexual de Jovens Brasileiros.....	42
Tabela 5	História de Gravidez e Aborto entre Jovens Brasileiros de 14 a 24 anos	44
Tabela 6	Percentuais de Episódios de Gravidez entre Jovens de 14 a 24 anos em Recife, Porto Alegre, São Paulo e Campo Grande.....	45
Tabela 7	Percentual do Uso de Camisinha como Método para Evitar HIV entre Jovens de Recife, Porto Alegre, São Paulo e Campo Grande	45
Tabela 8	Diferenças de Gênero para os itens do Índice de Comportamento de Risco Sexual entre Jovens Brasileiros	48
Tabela 9	Diferenças de Gênero para os Itens da Escala de Religiosidade para Jovens Brasileiros.....	51
Tabela 10	Médias e Análise Fatorial para Escala de Religiosidade entre Jovens Brasileiros.....	52
Tabela 11	Níveis de Religiosidade de Jovens Brasileiros para Grupos por Gênero, Idade e Cidade.....	53
Tabela 12	Frequências e Percentuais para Comportamentos Sexuais de Jovens Brasileiros nos Três Grupos de Nível de Religiosidade.....	56
Tabela 13	Diferenças das Médias para Religiosidade e Grupos Religiosos quanto ao Índice de Risco Sexual entre Jovens Brasileiros.....	58
Tabela 14	Correlações de Person entre as Variáveis de Religiosidade, Saúde e Sexualidade para Jovens Brasileiros por Gênero	60
Tabela 15	Regressão Logística dos Preditores para a Primeira Relação Sexual de Jovens Brasileiros.....	61
Tabela 16	Regressão Linear Múltipla de Preditores para o Índice de Risco Sexual de Jovens Brasileiros	62

Tabela 17	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Relação Sexual Precoce” entre Jovens Brasileiros.....	63
Tabela 18	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Gravidez Precoce” entre Jovens Brasileiros.....	64
Tabela 19	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Uso de Camisinha como Contraceptivo” entre Jovens Brasileiros.....	65
Tabela 20	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Uso de Camisinha para Prevenção de HIV” entre Jovens Brasileiros.....	66
Tabela 21	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Abuso Extrafamiliar” entre Jovens Brasileiros.....	67
Tabela 22	Regressão Logística para os Preditores da Variável “Abuso Intrafamiliar” entre Jovens Brasileiros.....	67
Tabela 23	Percentuais de Uso de Camisinha e Abuso Sexual para Egressos e Remanescentes Questionados em T1.....	72
Tabela 24	Percentuais Comparativos de Egressos e Remanescentes para as Diferentes Afiliações Religiosas em T1.....	73
Tabela 25	Percentual e Frequência de Virgens e Debutantes em T2 para Grupos de Afiliação Religiosa.	75
Tabela 26	Regressão Logística para as Variáveis de Predição da Virgindade em T2 para os Participantes Remanescentes.....	76
Tabela 27	Médias de Religiosidade em T1 e em T2 segundo o Comportamento Sexual de Jovens Participantes Remanescentes.....	77
Tabela 28	Análise de Regressão Linear para Preditores da Religiosidade em T2 entre Jovens Remanescentes.....	78
Tabela 29	Percentuais para Razões Declaradas pelos Jovens Virgens sobre o porquê não Tiveram Experiência Sexual.....	79

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição de fiéis por religião no Brasil.....	28
Figura 2	Trânsito religioso brasileiro entre católicos e protestantes de 1950 a 2000.....	28
Figura 3	Distribuição da renda familiar dos jovens participantes do estudo I....	40
Figura 4	Distribuição percentual segundo a série escolar dos jovens participantes do Estudo I.....	40
Figura 5	Distribuição percentual da idade da primeira relação sexual para os jovens brasileiros participantes do Estudo I	41
Figura 6	Hábito de uso de método contraceptivo para jovens brasileiros de 14 a 24 anos	43
Figura 7	Percentual de jovens participantes segundo auto-declaração da afiliação religiosa	49
Figura 8	Nível de religiosidade/espiritualidade de Jovens Brasileiros por cidade.....	54
Figura 9	Nível de religiosidade/espiritualidade de Jovens Brasileiros por afiliação religiosa.....	55
Figura 10	Situação dos jovens em T2 com relação ao vínculo escolar.....	69
Figura 11	Diferença percentual de participantes por gênero entre os grupos de egressos e remanescentes.....	70
Figura 12	Porcentagem de jovens egressos e remanescentes que tiveram a primeira relação sexual e gravidez.....	71
Figura 13	Percentual de jovens remanescentes segundo a condição de experiência sexual.....	74
Figura 14	Percentual de jovens virgens e debutantes por gênero em T2.....	74

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi investigar a relação entre comportamentos sexuais de risco e religiosidade entre jovens brasileiros de nível socioeconômico baixo. A pesquisa foi dividida em dois estudos: transversal (em São Paulo, Porto Alegre, Recife e Campo Grande) e longitudinal (em Porto Alegre). Participaram 4078 jovens com idades entre 14 e 24 anos, 46,5% masculino e 53,5% feminino, vivendo em situação de pobreza. Foi utilizado um instrumento auto-aplicável e confidencial de 109 questões. Os dados foram coletados em escolas e ONGs de forma coletiva. Foram desenvolvidas duas escalas, uma medindo religiosidade e outra comportamento de risco sexual (um índice composto por idade da primeira relação sexual, uso de camisinha, uso de métodos contraceptivos, abuso sexual e gravidez). A média de idade dos jovens participantes foi de 16,14 anos ($SD=1,83$) e não foi encontrada diferença entre moças e rapazes. Os resultados indicam que 97,2% são heterossexuais e 46,8% já tiveram a primeira relação sexual. A média de idade para o debute sexual foi de 14,24 anos ($SD=0,60$). A média do escore de comportamento de risco sexual foi de 0,60 ($SD 0,60$) com diferença significativa entre moças e rapazes ($t=8,99$; $p<0,001$), com média mais elevada para as moças (0,68 e 0,51). Em termos de religiosidade, a maioria se auto-declarou como católicos (40,8%), seguidos por aqueles que não têm uma religião (24,5%) e protestantes (20,5%). Houve uma diferença significativa para o nível de religiosidade ($t=11,47$; $p<0,001$) entre moças e rapazes, a média do índice de religiosidade para eles foi de -0,21 ($SD=1,03$) e para elas foi de 0,19 ($SD=0,94$). A amostra foi dividida em três grupos de religiosidade: alta, média e baixa religiosidade. O grupo com alta religiosidade teve o maior índice de comportamento sexual de risco ($F=7,82$; $p<0,001$). De seis indicadores de risco sexual, somente a relação sexual foi associada ao nível de religiosidade (participantes mais religiosos tenderam a atrasar a idade da primeira relação sexual). Dados longitudinais revelaram que a experiência sexual tende a diminuir o nível de religiosidade. Os resultados sugerem que, embora a religiosidade seja um fator de proteção atrasando a primeira relação sexual, esta não se mantém como um fator de proteção significativo após o debute sexual.

Palavras-Chave: Religiosidade; Comportamento Sexual de Risco; Juventude Brasileira.

ABSTRACT

The aim of this research was to investigate the relationship between sexual risk taking behavior and religiosity among poor youth in Brazil. The research was divided into two studies: cross-sectional (in the cities of São Paulo, Porto Alegre, Recife and Campo Grande) and longitudinal (in Porto Alegre). The research was conducted with 4078 young people, ages 14-24, 46.5 % males and 53.5% females, living in poor social conditions. Data were collected using a confidential self-administered questionnaire with 109 questions. Data collection was conducted in groups at schools and non-governmental organizations (NGOs). Two scales were developed from the data, the first measuring religiosity and the second measuring sexual risk taking behavior (a composite of age of first sexual intercourse, condom use, contraception method, sexual abuse and pregnancy). The mean age was 16.14 years old (*SD* 1.83) and there is no age difference between males and females. Results indicate that 97.2% were heterosexual and 46,8% have had their first sexual intercourse. The mean age for the sexual debut was 14.24 years old (*SD* 1.93). The mean score of sexual risk taking behavior was 0.60 (*SD* 0.60) for the overall sample. A significant difference was found between males and females ($t=8.99$; $p<0,001$), showing that the girls have higher scores than the boys (0.68 and 0.51). Concerning religiosity, the majority was catholic (40.8%), followed by people who do not have a religion (24.5%) and protestants (20.5%). There was a significant gender difference for religiosity ($t=11.47$; $p<0.001$), the mean for males was -0.21 (*SD* 1.03) and for females was 0.19 (*SD* 0.94). The sample was divided into three groups of religiosity: high, medium or low religiosity. The high religiosity group has the highest level of sexual risk taking behavior ($F=7.82$; $p<0.001$). Of the six risk-taking indicators, only sexual debut was associated with religiosity (respondents who were more religious tended to delay sexual intercourse). Longitudinal data showed that experiencing sexual intercourse decrease religiosity levels. The findings suggest that, although religiosity plays a protective role delaying sexual debut, this is not a predictive variable for sexual risk taking behavior among poor young people in Brazil, once they are not abstinent.

Keywords: Religiosity; Sexual Risk taking Behaviour; Brazillian Youth.

CAPÍTULO I

Introdução

As investidas científicas do estudo das religiões apresentam um histórico de tentativas de desvalorização desse campo, tentando afirmar que a crença religiosa ou fé seriam patamares inferiores à ciência e revelariam um desconhecimento das causas naturais dos fenômenos (Guerriero, 2005). Apenas recentemente houve um maior interesse das ciências em investigar fenômenos religiosos/espirituais¹ como manifestações de dinâmicas individuais e coletivas que influenciam diretamente nas esferas subjetivas e sociais do ser humano.

Parte da literatura (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), apoiada em pressupostos atuais da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2001), através de diversos enfoques teóricos, discute o papel positivo da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas e na organização social. O pressuposto básico é o de que colaboram no desenvolvimento de aspectos positivos, ou seja, saudáveis, como a esperança, a fé, a auto-estima e o otimismo, entre outros.

A ligação entre o estudo das religiões e espiritualidade com a Psicologia tem tido ênfase nas questões de saúde, especificamente na influência desta no processo de cura e recuperação de doentes (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). A investigação desta temática com grupo jovens é ainda escassa. No entanto, dados oriundos de levantamentos demográficos e de pesquisa em outras áreas do conhecimento (como a Sociologia) vêm mostrando que os jovens estão intimamente ligados ao fenômeno religioso, seja aderindo a este ou rechaçando-o. Recentemente surgiu o interesse, mais especificamente para populações jovens, em cruzar as variáveis religiosidade/espiritualidade com outros fatores da vida, como o uso de drogas, agressividade e comportamentos sexuais, entre outros (Miller & Thoresen, 2003).

Os comportamentos sexuais, principalmente aqueles que expõem a população de jovens ao risco de contrair doenças e engravidar precocemente, têm sido especialmente relacionados à religiosidade em investigações nos últimos anos (Hardy & Raffaelli, 2003; Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001). Entre as principais

¹ Uma definição e discussão sobre os conceitos de religiosidade e espiritualidade são expostas a seguir.

hipóteses destes estudos está a idéia de que a religiosidade/espiritualidade tem sido um fator protetivo para os comportamentos sexuais de risco. A religião aparece como fator protetor, na medida em que adia o início da vida sexual e conduz a uma série de comportamentos como a monogamia, que evitam doenças entre outros problemas (Rostosky, Wilcox, Wright, & Randall, 2004). A religiosidade tem sido apontada como responsável por comportamentos protetivos, como o uso de preservativo e métodos contraceptivos entre os jovens (Whitehead, 2001)

O principal objetivo deste estudo é investigar comportamentos sexuais de risco e religiosidade/espiritualidade de jovens de nível socioeconômico baixo, com vistas a avaliar, também, fatores de proteção presentes neste contexto. Trata-se de um estudo que visa a identificar aspectos relacionados à religiosidade/espiritualidade e comportamentos sexuais de jovens brasileiros das cidades de Campo Grande, Porto Alegre, Recife e São Paulo. Também, avaliar, longitudinalmente estes aspectos em jovens da cidade de Porto Alegre, no intervalo de um ano. Considerando a possibilidade de uma relação bidirecional entre religiosidade e sexualidade, também será investigada a influência dos comportamentos sexuais para a adesão religiosa e pressupostos espirituais dos jovens. Serão considerados como comportamentos sexuais de risco todos aqueles sem uso de preservativo ou sem o poder de decisão sobre o uso deste método. Assim será utilizado um indicador de comportamento sexual de risco baseado na literatura (Raffaelli & Crockett, 2003; Rafaelli, Zamboanga, & Carlo, 2005) e relatado a seguir na seção de resultados. Tal indicador considera o sexo sem uso de preservativo, início da vida sexual e episódios de gravidez antes dos 13 anos de idade, assim como abuso sexual.

A base teórico metodológica deste estudo é a Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano, inicialmente proposta por Bronfenbrenner (1979/1996). Atualmente, este é o referencial teórico-metodológico considerado por diversos autores como o mais adequado para estudos com pessoas em desenvolvimento no seu contexto natural. Segundo Bronfenbrenner (1979/1996, 1989, 1993, 1995), esta abordagem privilegia uma visão saudável e contextualizada do desenvolvimento, enfocando a pessoa e suas particularidades e o ambiente no qual está inserida. Tal abordagem propõe a realização de estudos em ambientes naturais como forma de obter dados mais próximos da realidade, porém, sem desprezar os outros ambientes que também são relevantes no processo de desenvolvimento. Esta abordagem tem

sido amplamente utilizada em pesquisas com populações que vivenciam situações de risco.

1 Religiosidade/Espiritualidade

Os construtos de religiosidade e espiritualidade, apesar de semelhantes em alguns aspectos, não podem ser confundidos. Para Miller e Thoresen (2003), a literatura científica ainda não é suficiente para propor uma definição operacional para os termos religiosidade e espiritualidade. Segundo os autores, há problemas tanto em considerar estes termos de forma agrupada como em separá-los por inteiro. Apesar disso, a maioria dos estudos investiga a ambos de forma única, mesmo com a ressalva de que a religiosidade está inserida numa esfera pública, enquanto a espiritualidade refere-se à esfera privada do ser humano.

A religião faz parte, segundo Houtart (1994), das representações que os seres humanos fazem do seu mundo e de si mesmos, sendo assim uma maneira de construir a realidade, permeada por condições concretas e históricas dos atores sociais. A definição do que é espiritualidade deve ser, portanto, considerada de forma multidimensional. Por exemplo, o construto espiritualidade foi explicado por Doswell, Kouyate e Taylor (2003) como uma tentativa de busca de sentido para a vida, na qual, pensamentos, valores e ações são construídos. A espiritualidade propicia uma visão de mundo que dá sentido aos acontecimentos do dia-a-dia e ao modo de vida, e pode guiar uma série de decisões sobre o que o ser humano pode fazer ou não da sua vida. No entanto, assim como a Psicologia tem feito para outros construtos imateriais como amor, paz e saúde, Miller e Thoresen (2003) defendem a necessidade de operacionalização de espiritualidade. Por outro lado, religiosidade parece ser mais fácil de definir, uma vez que a religião implica uma organização social/institucional, em torno de crenças e práticas sobrenaturais. A religiosidade pode ser vista fundamentalmente como um fenômeno social, enquanto a espiritualidade como individual, mesmo levando em consideração o contexto. No entanto, a religiosidade também pode ser explicada como um aspecto individual do ser humano, uma vez que cada pessoa pode descrever a sua própria religiosidade. Neste sentido, religiosidade e espiritualidade são considerados construtos que se englobam e dividem algumas características (Doswell, Kouyate, & Taylor, 2003, Miller & Thoresen, 2003).

Também é importante considerar que espiritualidade não é um atributo dicotômico, que está presente ou ausente num indivíduo. Ela pode variar num contínuo e ter alterações situacionais e contextuais. Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003) salientam que este é um fenômeno muito amplo e difícil de avaliar, a partir de critérios como a adesão institucional e a frequência a cultos, como é tradicionalmente feito em parte dos estudos. Tal fato implica uma dificuldade de mensuração e uma necessidade de cuidado na elaboração de instrumentos que investigam esta área.

A idéia de que a religião é uma forma de encarar o mundo e dar sentido à vida vem sendo compartilhada por uma série de cientistas desde, ou antes mesmo de Durkheim (Alves, 1997; Costa, 2001, entre outros). No entanto, cuidado especial deve ser tomado ao investigar este campo no sentido de evitar julgamento de valores e comparações entre o campo da ciência e religião. Como destacam Zamorra e Kuenerz (2002), “a crença religiosa não se trata de um equívoco (...) mas trata-se de uma forma de encarar o mundo, com seus critérios próprios de veracidade e fidedignidade, pertinentes à fé” (p. 79). Não é possível, portanto, encarar tal leitura do mundo como uma deficiência provocada por privação cultural ou desconhecimento da ciência, uma vez que se trata de uma opção de fé profundamente enraizada. Este ponto de vista é fundamental para que sejam evitados preconceitos, uma vez que a população a qual se propõe investigar neste estudo encontra-se sobremaneira privada de parte da produção científico-tecnológica dos meios acadêmicos, tendo suas vidas baseadas em outros sistemas de crenças que devem ser respeitados.

A religiosidade/espiritualidade pode ter uma influência importante nas questões de saúde e comportamento humano (Koenig, McCullough, & Larson 2001). Esta tem sido uma forma de *coping* que as pessoas acessam em momentos de estresse e doença, conforme enfatizado por Miller e Thoresen (2003).

Em um estudo realizado no Brasil, Zamorra e Kuenerz (2002) analisaram as bases de apoio formais e informais para moradores de favelas do Rio de Janeiro. Destacaram a religião e a fé como bases de apoio para a manutenção das vidas das famílias. A atuação das religiões nestas comunidades carentes aparece tanto formal como informalmente. Do ponto de vista formal, a ação de instituições religiosas na prestação de serviços básicos de atendimento à população foi destacada, como no caso de escolas, postos de saúde, centros comunitários etc. Para as autoras, a base de

apoio informal se dá do ponto de vista da crença na religião, ou seja, nos aspectos espirituais desenvolvidos na população. De fato, outros autores (Cerqueira-Santos, Koller, & Pereira, 2004; Sadigursky & Oliveira, 1993, entre outros) apontam para o aspecto positivo da religiosidade na vida das pessoas, a partir do desenvolvimento de características como a esperança, o otimismo e outros aspectos ligados à Psicologia Positiva.

Podem-se agrupar as formas de apoio recebidas através da religião em três tipos: o apoio espiritual, que diz respeito aos aspectos teológicos propriamente ditos (Alves, 1997); e dois tipos de apoio institucional: aquele no qual as igrejas oferecem serviços à comunidade, como escolas, creches etc. (Cerqueira-Santos, 2001; Prandi & Pierucci, 1996), e aquele que ocorre a partir da formação de um grupo de fiéis que se configura como uma comunidade e forma uma rede de apoio social (Zamorra & Kuenerz, 2002).

Nas comunidades carentes, por exemplo, as igrejas têm suprido lacunas em ambos os campos de bases de apoio - formais e informais. Nos bairros pobres e favelas existe uma notável carência de serviços básicos delegados ao poder oficial, além de uma falta de espaços de sociabilidade para a formação de redes de apoio sustentáveis. Whitehead (2001) destaca o papel institucional e social que a religião pode adquirir em certas comunidades e a forma como esta atinge especialmente aos jovens em áreas tipicamente consideradas como problemas que deveriam ser encarados pelos governos.

2 Religião e Saúde

A inclusão da espiritualidade como fator de promoção para a saúde tem ganhado destaque em estudos internacionais (Underwood & Teresi, 2002; Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001; entre outros). Portanto, a produção científica na área abriu um vasto campo de investigações, que se estende desde a questão da afiliação religiosa, como forma de inclusão numa rede de apoio social, até os estudos sobre fé e cura (Doswell, Kouyate, & Taylor, 2003).

A relação entre saúde e religião foi, durante séculos, pouco debatida devido ao simples pressuposto de que cada uma delas faz parte de esferas diferentes do conhecimento (ciência e fé). No entanto, em outras épocas e em outras sociedades, a saúde esteve muito ligada ao sagrado, como no caso do aparecimento de hospitais como instituições de assistência ligados a ordens religiosas (Foucault, 1979), ou

através de rituais de cura em sociedades primitivas. Porém, a partir de mudanças sócio-históricas, tais como a Revolução Industrial, estabeleceu-se um rompimento destas áreas, pelo menos num aspecto conceitual.

Apesar da idéia de que a religiosidade tem influência na vida das pessoas, para Miller e Thoresen (2003), a tradição positivista das ciências médicas não abria espaço para o estudo científico desse fenômeno em relação à saúde. Havia a idéia de que a religiosidade não poderia e não deveria ser estudada cientificamente. Tal tema começou a fazer parte dos estudos científicos como uma variável, com foco em outras questões, apenas como parte de levantamentos sociodemográficos. A partir da década de 1990, houve aumento do interesse dos pesquisadores com conseqüente repercussão na quantidade de publicações e na qualidade dos instrumentos de medida para esta temática, sendo a maioria dos estudos oriundo dos Estados Unidos, e analisando a questão com foco nas religiões ocidentais, principalmente as cristãs.

Os conflitos entre religiosidade e pensamento científico aparecem, como explicam Sousa, Tillmann, Horta e Oliveira (2002), no “apego da cultura ocidental por um pensamento linear (causalista e simplificador) e seu encantamento pelos avanços tecnológicos e sua crença numa filosofia empirista. Em síntese, a adição ocidental ao positivismo estrito. Esta relação configura um conjunto de condições que, provavelmente, proporcionaram o isolamento e estimularam os conflitos entre religiosidade e pensamento científico” (edição eletrônica). A Medicina e a Psiquiatria, segundo Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003), têm tido, essencialmente, duas posturas em relação ao tema da religiosidade: 1) negligência, por considerar esses assuntos irrelevantes ou fora de sua área de interesse principal; e, 2) oposição, ao caracterizar as experiências religiosas de seus pacientes como evidências de psicopatologias diversas.

Praticamente imune ao descaso do campo científico, a relação entre religião e saúde consolidou-se através de práticas curativas alternativas (medicinas paralelas; Laplantine, 1991; Laplantine & Rabeyron, 1991). Como observa Cerqueira-Santos (2001), o crescente número de práticas de saúde em rituais religiosos parece caracterizar o campo da saúde pública de países como o Brasil, no qual a Medicina oficial parece distante de atender às demandas da população.

Apesar de ainda manter o aparente afastamento, atualmente, são desenvolvidas pesquisas que cruzam estas duas variáveis - religião e saúde - e tentam debater as relações de influências, algumas vezes apontadas como mútuas, destas

duas áreas. Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003), a partir de uma revisão de estudos empíricos, ressaltaram que há uma associação positiva entre saúde e religiosidade em 50% dos casos e negativa apenas em 25% deles. Alguns estudos indicam a religiosidade como sendo um fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais. Além disto, também foram encontradas associações entre a religiosidade e menor tempo de internação, assim como aumento de um sentimento de esperança para doentes crônicos, como portadores do HIV (Bagley, 1997; Carvalho, 2005; Doswell, Kouyate, & Taylor, 2003; James, 2000; entre outros).

Alguns estudos que correlacionam aspectos saudáveis do ser humano com a religiosidade têm mostrado resultados ambíguos. Bagley e Mallick (1997) revisaram estudos sobre auto-estima e religiosidade e não encontraram correlação positiva entre estas variáveis. Em alguns casos, o sentimento despertado pela religiosidade de um doente está relacionado a uma idéia de punição e desmerecimento diante do mundo espiritual no qual ele crê. É perfeitamente possível pensar em efeitos negativos da religiosidade para a saúde. No entanto, há poucas bases empíricas para afirmações precisas, e as anotações científicas sobre esta idéia vão pouco além da hipótese de que a religiosidade pode estar associada a desordens como depressão, ansiedade, dependência e intolerância (Miller & Thoresen, 2003).

Relacionando os possíveis efeitos negativos da intervenção religiosa na vida sexual dos jovens, Whitehead (2001) relata que ao analisar um programa religioso pró-abstinência, apesar de encontrar uma taxa maior de jovens abstinentes no grupo religioso, também constatou que estes mesmos jovens usavam menos preservativos e métodos contraceptivos na sua primeira relação sexual. Não ter premeditado ou pensado na possibilidade de ter uma relação sexual pré-marital pode deixar o jovem despreparado numa situação ocasional, fato que deve ocorrer com freqüência.

A religião, quando se trata de aspectos psicológicos, muitas vezes, pode interferir negativamente na vida dos seres humanos, uma vez que envolve valores morais que, se não respeitados na íntegra, colocam as pessoas numa posição de desviante e/ou pecador. Portadores de HIV, por exemplo, como mostra o estudo de Carvalho (2005), vivem na religião momentos de autopunição e culpabilidade extremamente significativos, que podem abalar seu bem-estar psicológico.

A partir de concepções que atingem o campo da moral e ética, esboça-se outra forma de influência religiosa na vida das pessoas, até mesmo nas suas práticas de saúde. No campo da saúde sexual, estas relações são ainda mais complicadas, uma vez que para pessoas religiosas os comportamentos sexuais são intimamente monitorados e controlados por regras, como, por exemplo, a proibição do sexo antes do casamento e do uso de métodos anticoncepcionais (inclusive camisinha). Por exemplo, Rodrigues (2003) destaca que parece haver um hiato entre o comportamento sexual de muitas mulheres católicas e as orientações doutrinárias desta Igreja. No entanto, estas mulheres não se sentem insatisfeitas com a sua religião e conseguem viver e superar uma aparente incongruência. Práticas sexuais amplamente combatidas pela Igreja Católica, como o uso de métodos contraceptivos, da camisinha e o sexo sem fins reprodutivos (apenas pelo prazer) fazem parte da vida sexual de parte expressiva das mulheres sexualmente ativas no Brasil e no mundo. O mesmo vale para os homens, que ainda contam com uma relativa “liberdade sexual” alimentada pela cultura patriarcal, que admite a infidelidade e as aventuras sexuais como forma de expressão da masculinidade.

Para alguns fiéis de algumas religiões, como os católicos, os comportamentos institucionalmente normatizados parecem ser bem mais flexíveis. Nestas, a flexibilidade acontece não pela aceitação “a vistas grossas” das ditas transgressões, mas pela maior coerência com orientações para a vida moderna, tais como a aceitação do uso de métodos contraceptivos (Rodrigues, 2003). No entanto, entre os evangélicos a normatização de uma conduta, inclusive sexual, pode ser expressa de forma bem mais rígida, uma vez que a conduta é extremamente valorizada para a condição de fiel (Alves, 1997).

Na tradição religiosa reavaliada, conforme afirma Rodrigues (2003), a mulher “assume valores do Catolicismo enquanto cristianismo, mas reinterpreta as questões referentes à sexualidade, aproximando seus conceitos aos valores da modernidade” (p. 36). Aparece aí uma espécie de jogo que mantém o bem-estar psicológico e ameniza o sentimento de culpa relacionado à atividade sexual, que foi historicamente inculcado pela teologia cristã. Na mesma linha, Mardones (1996) relaciona a postura feminina neste campo com a modernização da sociedade e o acesso a novas tecnologias (inclusive no campo da saúde sexual). As verdades absolutas pregadas pela Igreja Católica podem agora ser questionadas e a sexualidade encarada como desvinculada da reprodução. Além disso, Rodrigues (2003), retomando a questão,

insere o fato de que até mesmo a idéia de amor para as mulheres modernas é incongruente com o que a Igreja Católica propõe, uma vez que a possibilidade de um recasamento e de um novo amor após a falência de um relacionamento não parece caber na idéia do “até que a morte os separe”.

De modo semelhante pode ser analisada a prática sexual antes do casamento, que atinge, principalmente, a população jovem. Estudos sociodemográficos revelam que tais práticas na adolescência têm sido cada vez mais comuns. Há, ainda, uma tendência de que os jovens de nível socioeconômico mais baixo iniciem a vida sexual mais cedo (Ministério da Saúde, 2002; Taquette, Vilhena, & Paula, 2004; Waystaff, Delameth, & Havens, 1999). Tais fatos contrariam as idéias religiosas dominantes no Brasil sobre o assunto.

Há uma série de fatores que está acelerando o início da vida sexual dos jovens em escala quase mundial, como apontam Doswell, Kouyate e Taylor (2003). Três aspectos são destacados: 1) maior permissividade da sociedade contemporânea para os comportamentos sexuais; 2) influência dos pares já sexualmente ativos (pressão do grupo); e, 3) foco da mídia no sexo cada vez mais precoce. A ineficácia de projetos de intervenção a longo prazo também pode ser enfatizada, já que estes tendem a demonstrar resultados imediatos.

Dados da *World Health Organization* (WHO, 2005) destacam que os jovens dos países em desenvolvimento, muitos deles com culturas fortemente influenciadas por religiões, apresentam altas taxas de gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. No Brasil, por exemplo, os comportamentos de risco sexual entre jovens vêm sendo tratados como um problema urgente de saúde pública (Taquette, Vilhena, & Paula, 2004). Dados epidemiológicos nacionais revelam um aumento considerável da prevalência de DSTs entre adultos jovens, assim como da taxa de fecundidade para esta faixa etária (Ministério da Saúde, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), no Brasil, é difícil afirmar o número de casos de DSTs entre jovens, uma vez que nem todas estas doenças são obrigatoriamente notificadas e existem problemas na notificação de HIV (Dell’Aglia, Cunningham, Koller, Cassepp-Borges, & Leon, 2007). No entanto, Taquette, Vilhena, e Paula (2004) chamam a atenção para o grau de vulnerabilidade ao qual os jovens estão expostos, uma vez que uma série de fatores biológicos e psíquicos compõem um quadro de maior exposição a riscos.

Além da idade, estudos como o de Waystaff, Delameth e Havens (1999) indicam o baixo nível socioeconômico e a baixa escolaridade como aspectos diretamente ligados aos comportamentos de risco sexual. A idéia de pauperização das DSTs tem sido sustentada embora haja crescente demanda de estudos e intervenções específicas para esta população.

Apesar da literatura apontar a baixa idade do início da vida sexual e a variabilidade de parceiros como tendo uma correlação positiva com a contaminação por DSTs, o estudo de Taquette, Vilhena e Paula (2004), realizado no Brasil, não encontrou tal correlação. O uso infrequente de preservativo, a baixa escolaridade e o uso de drogas lícitas e ilícitas foram as variáveis encontradas no estudo que apresentaram correlação positiva com DSTs. Outro fator que deve ser considerado na análise dos comportamentos sexuais são as questões de gênero. Antunes, Peres, Paiva, Stall e Hearst (2002) defendem que algumas normas culturais nas quais são educados(as) os meninos e meninas continuam pondo-os(as) em situações de vulnerabilidade.

Resultados descritos por Toneli e Vavassori (2004), entre jovens estudantes de escolas públicas e privadas no Sul do Brasil, mostram a manutenção de um padrão duplo de comportamento sexual, no qual a iniciação precoce dos homens é estimulada e a das mulheres é coibida. Na iniciação sexual para jovens de níveis sociais mais baixos e mais altos tem havido a descrição freqüente sobre a utilização de serviços de prostituição na primeira relação sexual (13,6% para jovens de escolas particulares e 3,7% para aqueles de escolas públicas). Na rede pública, o número de jovens que se inicia sexualmente com a própria namorada é consideravelmente maior que o da rede privada (37% e 24,2% respectivamente). Um dado alarmante deste estudo revela que 26,5% dos meninos de escolas públicas e 13,4% da escola particular não usaram camisinha na sua última relação sexual.

Na população americana de afrodescendentes, os jovens apresentam maior índice de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (Doswell, Kouyate, & Taylor, 2003). Tal fato é questionado, com base na hipótese de que os programas de prevenção a comportamentos sexuais de risco não levam em conta algumas questões culturais. Por isto, atingem de maneira mais fraca esta parcela da população. Da mesma forma, podem existir grupos no Brasil com os quais isso também acontece.

Em uma revisão de estudos americanos, Rostosky, Wilcox, Wright e Randall (2004) encontraram um considerável declínio na frequência a serviços religiosos durante a adolescência, com destaque para os meninos e para os brancos. No entanto, o mesmo estudo aponta que a importância que os adolescentes dão à religiosidade permanece durante estes anos. A afiliação religiosa é expressa como um preditor do comportamento sexual de risco, atrasando a primeira experiência sexual, principalmente para os fiéis de religiões fundamentalistas. Além do mais, a frequência a atividades religiosas também se mostrou um preditor na mesma direção, porém, somente em amostras femininas. Rostosky e colaboradores levantam a hipótese de que pode não ser a frequência a atividades religiosas em si que provocaria um efeito na vida sexual dos jovens, mas o apoio social disponível quando um jovem se engaja num grupo religioso.

Em iniciativas religiosas para a abstinência sexual há uma limitação evidente. A maioria dos estudos não deixa claro se a variável preponderante para a manutenção da virgindade é a recomendação religiosa ou a influência grupal, pois os jovens engajados nestas comunidades compartilham experiências com pares que comungam de uma mesma ideologia.

Além do mais, a relação entre religiosidade e sexualidade deve ser pensada como uma via de mão dupla (Hardy & Raffaelli, 2003). Nesta associação bidirecional, a religião também funciona como uma força de controle social que provê conseqüências negativas para os comportamentos sexuais, desde a punição divina até a desaprovação do grupo imediato. “Para que os indivíduos diminuam a força da dissonância cognitiva, eles devem alterar os seus comportamentos ou seus pensamentos que estão em oposição” (p. 732). Com esta afirmação, Hardy e Raffaelli propõem também a possibilidade de o jovem manter o seu comportamento sexual em detrimento dos ideais religiosos. Esta situação vem sendo revelada em alguns estudos americanos (Wilcox, Rostosky, Randal, & Wright, 2001) e têm sido pouco investigada no Brasil. Há controvérsias se a religiosidade prediz significativamente a frequência de relações sexuais no último ano. Para Benda e Corwyn (1997, citados por Hardy & Raffaelli, 2003) o efeito é negativo, embora para Hardy e Raffaelli (2003) este resultado não seja corroborado.

A espiritualidade pode ser uma importante variável para a promoção da saúde e a prevenção do comportamento sexual precoce (Dowell, Kouyate, & Taylor, 2003). Jovens podem desenvolver mecanismos de auto-regulação para a promoção

de comportamentos positivos, por exemplo, evitando comportamentos sexuais de risco em situação de tentação ou pressão do grupo. Algumas ações que visam à proteção de jovens diante de comportamentos de risco sexual podem partir tanto do nível comunitário quanto individual. A religião pode assim atuar em ambos, uma vez que proporciona a formação de um grupo no qual o jovem é inserido e no qual vivencia aspectos positivos e, por outro lado, dá apoio para o desenvolvimento do senso de auto-regulação.

James (2002) propõe a relação entre religiosidade e auto-estima. Apesar das hipóteses teóricas e revisão de outros estudos, o autor não encontrou correlações em seus dados com jovens americanos de 14 a 18 anos. O mesmo estudo encontrou correlação positiva entre auto-estima e apoio familiar, assim como religiosidade e apoio familiar, indicando que jovens mais religiosos percebem mais positivamente o apoio que recebem da sua família. No entanto, tal estudo apresenta limitações uma vez que investigou estes aspectos em uma amostra muito pequena (menos de cem estudantes). Porém, Murk (1995) destaca que há relação evidente entre baixa auto-estima e comportamentos sexuais de risco. O contexto social colabora significativamente para a formação da auto-estima, sendo que a religião seria um dos componentes correlacionados positivamente com a auto-estima.

A religiosidade foi apontada como um aspecto que atua indiretamente na vida dos jovens através dos seus pais. Smith (2003), apoiado por uma revisão de estudos, defende a hipótese de que a adesão religiosa dos pais aumenta a expectativa moral e a supervisão sobre os comportamentos dos filhos, resultando numa redução de exposição a riscos. A religião pode, então, influenciar a vida das pessoas de forma multifatorial, sendo que a formação de uma rede social e a consolidação de normas morais devem estar presentes. Tais normas desenvolvem-se no sentido de ditar valores sobre o que é certo ou errado, bom ou ruim, bem ou mal, digno ou indigno etc., que orientam e motivam as ações humanas. Tais valores, portanto, direcionam a maneira como os desejos humanos podem ser julgados e guiados para caminhos tidos como positivos. Smith enfatiza que quanto mais jovem for o adolescente, maior o controle exercido pelos pais.

Em estudo empírico, Tonelli e Vavassori (2004) notaram que construtos como fidelidade e virgindade até o casamento são amparados por noções morais e familiares, principalmente para os jovens de religiões pentecostais. Foi possível

identificar no discurso dos jovens, alguns valores morais que apóiam comportamentos preventivos.

Nos Estados Unidos, a maioria dos adolescentes declara-se religiosa e considera que os ensinamentos e tradições religiosas influenciam na sua tomada de decisão sobre comportamentos sexuais (Whitehead, 2001). De uma maneira geral, as comunidades religiosas guiam e protegem jovens durante o momento de passagem pela adolescência, promovendo programas da saúde para o adolescente e reduzindo a exposição a riscos, inclusive atividade sexual precoce. No entanto, há uma aparente divisão entre as iniciativas religiosas e dos órgãos da saúde sobre a forma como trabalham, para a questão da sexualidade adolescente. De forma mais marcante, enquanto as instituições religiosas pregam a abstinência e baseiam-se em preceitos morais e regras de conduta impostas por leis espirituais, os programas de saúde preocupam-se com a noção de redução de danos, considerando as mudanças atuais nas condutas sexuais dos jovens. No entanto, as duas iniciativas não deixam de ser complementares e deve ser reconhecido o sucesso de algumas iniciativas religiosas, inclusive com evidências empíricas sobre a redução da taxa de natalidade entre adolescentes participantes de alguns programas. Portanto, programas de saúde devem considerar as iniciativas religiosas e estar ciente de que os jovens não fazem uma distinção clara entre saúde e religião.

A questão da religião pública e privada também deve ser levada em conta, como garantem Rostosky, Wilcox, Wright e Randall (2004). Algumas pesquisas têm o dado sobre o que o jovem faz do ponto de vista religioso, porém, não há como afirmar que a freqüência a cultos e a afiliação não passam de uma obrigação imposta pelos pais. Novos estudos devem ter outros tipos de medidas que testem esta hipótese com mais rigor.

3 Comportamento de Risco Sexual

A definição dos comportamentos de risco sexual tem sido polêmica na literatura científica, pondo em discussão variáveis como idade, número de parceiros e métodos de proteção (seja para gravidez ou DST's). Segundi Li e colaboradores (2000) o comportamento sexual de risco compreende o sexo desprotegido (ato de manter relações sexuais sem o uso de preservativo) e o fato de ter múltiplos parceiros sexuais. Xavier (2005) destaca a discussão desta definição e aponta estudos defendendo apenas o não uso de preservativo como um comportamento de risco.

3.1 Sexo Desprotegido

Apesar da indefinição sobre os comportamentos sexuais de risco, há concordância de que o sexo desprotegido é a variável presente em todas as definições². No entanto, os dados têm mostrado que dois terços da população mundial não se protege durante o ato sexual. O estudo de Xavier (2005) destaca que parte expressiva desta população é formada por adolescentes, que tem apresentado início da vida sexual cada vez mais cedo.

Os dados sobre HIV/AIDS no Brasil, por exemplo, revelam que vem acontecendo uma tendência de feminilização, juvenilização, pauperização e interiorização da epidemia (Ministério da Saúde, 2003). Ou seja, jovens heterossexuais e pobres, principalmente do sexo feminino, vêm apresentando maiores índices de prevalência para a contaminação pelo HIV e manifestação da AIDS.

Entre as mulheres HIV positivas, por exemplo, a principal forma de infecção é através de relações estáveis, com parceiros fixos (Paiva et al., 2003). Os autores constataram em pesquisa nacional que, entre os brasileiros sexualmente ativos a partir de 14 anos, apenas 14,5% fazia uso consistente de preservativo, sendo maior esta porcentagem entre jovens de 14 a 25 anos (28,3%).

3.2 Gravidez

Além das DST's, a gravidez também pode ser considerada como uma consequência inesperada do sexo sem proteção. Segundo o Anuário Estatístico de Saúde no Brasil (2001), cerca de 23% dos nascimentos registrados no país foram de mães entre 15 e 19 anos, havendo diferenças regionais para esta taxa. No entanto, as discussões encontradas na literatura são cautelosas ao considerar este episódio como um comportamento de risco para a vida dos adolescentes (Heilborn et al., 2002, 2003).

Como afirmam Dias e Gomes (1999), a gravidez pode gerar um momento de crise no ciclo de vida familiar, tanto por suscitar questionamentos sobre a educação dos filhos por parte dos pais, quanto por denunciar a vivência da sexualidade adolescente. Além do mais, as consequências a partir de um episódio de gravidez na

² Para discussão sobre esta classificação ver Xavier (2005).

adolescência podem provocar uma reorganização do projeto de vida dos jovens envolvidos neste episódio e nas suas famílias. A discussão sobre a prevalência de episódios negativos ou positivos após a gravidez tem se tornado polêmica, com argumentos que chegam a considerar este episódio como um gerador de situação protetiva para certas jovens (Heilborn et al., 2003). Questões controversas têm sido discutidas neste sentido, analisando-se a relação dos adolescentes-pais com suas famílias, escola, trabalho e outras dimensões da vida.

De maneira mais consistente, um indicador negativo relacionado à gravidez na adolescência é a maior chance episódios de aborto provocado (Pereira et al., 2000). Havendo uma relação direta entre a idade da primeira gravidez e a probabilidade de experimentar um aborto. Além do mais, deve-se considerar que para a população empobrecida o acesso ao posto de saúde é restrito, o que pode expor a adolescente a uma gestação mal acompanhada e ao aborto espontâneo.

Antes mesmo de considerar as conseqüências do nascimento de uma criança para uma mãe ou pai adolescente, neste estudo, o foco é dado à situação de risco colocada a partir da relação sexual sem preservativo. Dessa forma, os episódios de gravidez também são considerados como um indicador de comportamento de risco sexual, por indicar um episódio de sexo sem proteção.

Neste estudo, investiga-se a relação entre o comportamento sexual e uma variável que vem se tornando polêmica, ora tratada como geradora de situações de risco, ora como influência de proteção, a religiosidade/espiritualidade (apontado anteriormente). Neste sentido, é fundamental entender o quadro religioso brasileiro, no qual os jovens deste estudo estão inseridos.

4 Religião no Brasil

O Brasil, desde sua colonização, foi conhecido e identificado como um “país católico”. Tal atribuição foi amplamente divulgada antes mesmo da realização de contagens rigorosas para determinação de estatísticas. De fato, como o passar dos anos, não parecia haver dúvidas de que o número de católicos no Brasil representava a maioria da população. No entanto, mesmo após a oficialização de um regime de governo laico, o título de país católico perdura apoiado em levantamentos estatísticos.

O surgimento de novas religiões no Brasil não começou de uma hora para outra. Segundo Carvalho (1994), a variedade de formas que a religião passou a assumir surgiu de uma pluralidade cultural geradora de diferenças. O Brasil passou por três momentos de mudanças religiosas. O primeiro momento foi o da Colônia, quando os portugueses introduziram o catolicismo entre os índios (que já possuíam suas religiões). No segundo momento, houve a entrada do espiritismo com a doutrina Kardecista e, no terceiro momento, foi introduzida a corrente esotérica.

A divisão nestes três momentos compreende espaços temporais extensos da história da religião no Brasil. No período colonial, a Igreja Católica era a religião oficial do Estado brasileiro, só deixando de ter este *status* no final do século XIX. Porém, no início do século XIX, com a chegada dos imigrantes estrangeiros, o protestantismo apontou no Brasil. As religiões afro-brasileiras apresentaram um desenvolvimento paralelo, que teve seu auge no fim do século XIX, com o final da escravidão, quando os escravos fixados nas cidades começaram a ter suas manifestações mais difundidas. Gaarder (2000) marca o surgimento da Umbanda na década de 1920 no Rio de Janeiro, trazendo uma idéia de “sincretismo” que concorda com as idéias de Carvalho (1994) que ressalta ser esta uma forma de incorporação de valores das religiões já presentes, ou seja, uma espécie de novidade mas com a permanência das tradições. O Kardecismo foi introduzido no Brasil durante a segunda metade do século XIX, mais ou menos na mesma época em que os cultos africanos se popularizaram.

Para Carvalho (1994) a terceira corrente - a esotérica, pode estar sendo vivida agora, como um fenômeno da modernidade. Nobre (1997) concorda com Carvalho e salienta que *“estas práticas pretendem oferecer a possibilidade da felicidade, da saúde e da paz, numa época marcada por profundas contradições”* (p. 25). Ou seja, elas se mostram como uma possibilidade de responder aos problemas do ser humano de hoje.

Segundo algumas idéias atuais, a sociedade brasileira está movendo-se para um quarto momento - o da “privatização da fé”, com a religião pagã. Boff e Betto (1994) afirmam que este momento é uma consolidação de uma prática comum à história das religiões, tendo em vista que a religião sempre foi paga. A própria igreja católica, principalmente no período colonial brasileiro, quando esta se constitui como um forte aparelho hegemônico, propiciador da instalação do capitalismo agrário na Brasil, colocou-se a serviço dos grandes latifundiários, expulsando posseiros e índios

de suas terras e proletarizando pequenos proprietários. Hoje, a Igreja Católica busca um movimento oposto ao apresentado, principalmente com a criação das pastorais e com as mudanças internas na política social. Trata-se exatamente da tal “privatização” apontada por Frei Beto, em que ser fiel de uma igreja pressupõe uma relação de troca com benefícios e sacrifícios materiais.

Os reflexos da revolução tecnológica, com seus paradoxos e dilemas, também penetram no campo das religiões (Queiroz, 1996). Duas correntes de pensamento discutem a fé e as práticas religiosas. Uma delas defende o afastamento de Deus e de outros valores como pátria, família etc., por parte dos seres humanos, assim como a preocupação com outros temas como a sexualidade, a loucura etc. Para a outra corrente, a fé em Deus torna-se uma busca psicológica que “não desemboca em nenhum ser transcendente” (p.98). A salvação estaria na mente do ser humano e nele mesmo. Assim com esta busca, a religião passa a ser consumida no cinema, na literatura, em feiras místicas, tornando o mundo cada vez mais encantado.

Todos estes fatores contribuíram para um fenômeno migratório religioso, em que cultos tradicionais, como o catolicismo, são abandonados em busca de novos credos e novas formas de expressar o sagrado. Este é o caso das religiões neopentecostais e do movimento carismático da Igreja Católica, que se reestruturou para “manter o rebanho” .

Os últimos censos do IBGE (2000, 1991) vêm mostrando uma mudança no campo religioso brasileiro (Figura 1 e Figura 2). Antoniazzi (2003) destaca três pontos do Censo 2000 que marcam essas mudanças no país: 1) diminuição da porcentagem de católicos, de 83,8% (1991) para 73,8% (2000); embora em números absolutos, os católicos tenham aumentado de 121,8 milhões (1991) para 125 milhões (2000); 2) aumento da porcentagem de evangélicos, de 9,05% (1991) para 15,45% (2000), em números absolutos, de cerca de 13 milhões para 26 milhões; e, 3) aumento dos que se declaram "sem religião", que passam de 4,8% da população (1991) para 7,3% (2000), ou de 7 milhões para 12,3 milhões.

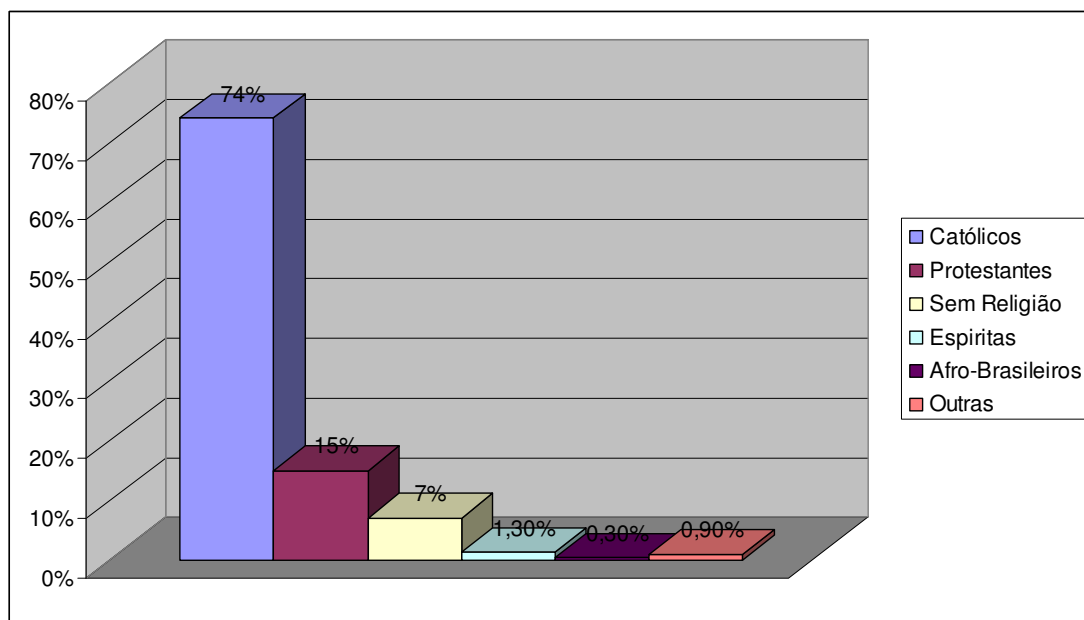


Figura 1. Distribuição de fiéis por religião no Brasil (Fonte: IBGE, 2000)

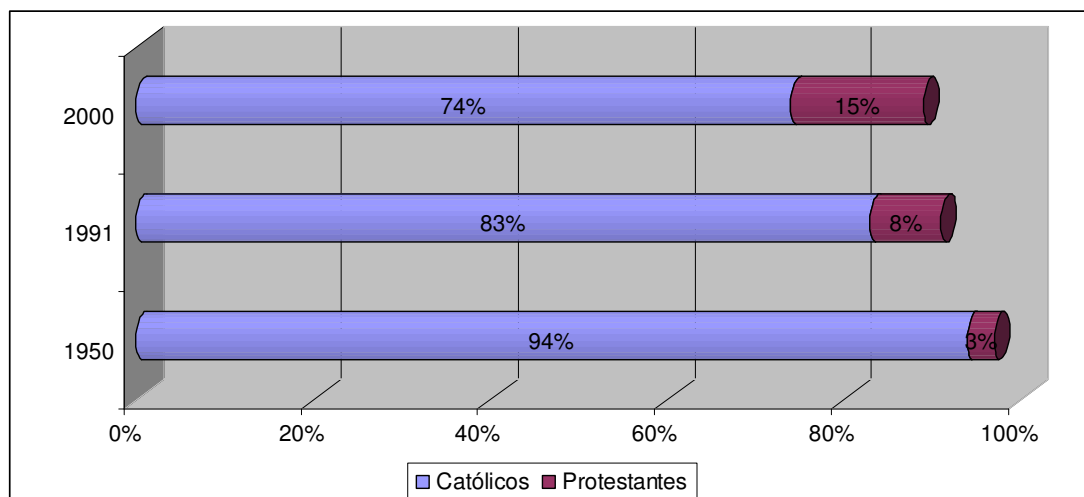


Figura 2. Trânsito religioso brasileiro entre católicos e protestantes de 1950 a 2000 (Fonte: IBGE, 2000)

Como expresso na Figura 2, os católicos foram os que mais perdem fiéis em números absolutos no quadro do trânsito religioso brasileiro (Almeida & Montero, 2001), apesar de se manterem como o maior grupo religioso do país. Das mudanças esboçadas e observadas nos últimos anos, destaca-se a expansão das igrejas evangélicas no cenário nacional. Um dado mais específico revela que este avanço

ocorreu mais expressivamente nas classes mais populares, principalmente pelo crescimento dos evangélicos pentecostais e neopentecostais nas periferias dos centros urbanos (Almeida & Montero, 2001; Cerqueira-Santos, Koller, & Pereira, 2004).

Com relação à faixa etária, os mais jovens e os mais velhos são os que mais se mantêm na mesma religião. Entre 25 e 41 anos, o trânsito é maior entre religiões (Almeida & Montero, 2001). Jovens com idade inferior a 25 anos tendem a manter a religião herdada dos pais. Segundo dados do Ministério da Saúde (1998), os jovens brasileiros entre 16 e 25 anos apresentam os seguintes percentuais para afiliação religiosa: 68,3% católicos, 12,0% pentecostais, 4,7% protestantes históricos, 1,2% Kardecistas, 0,4% afro-brasileiras, 1,6% outras e 11,4% sem religião.

Em um estudo encomendado pelo Ministério da Saúde (1998), as relações entre religião, nível socioeconômico e escolaridade (ver Tabelas 1 e 2) revelam que a maioria dos pentecostais é formada por pessoas com nível fundamental incompleto e de renda baixa e salientam, ainda, que as pessoas sem religião apresentam maior nível de escolaridade e concentram-se nas classes A e C. Entre aqueles que declaram uma religião, os Kardecistas são os de maior escolaridade e renda.

Tabela 1

Distribuição dos Indivíduos Brasileiros por Grau de Instrução, segundo Religião Atual em 1998

Religião Atual	Grau de Instrução				
	Analfabeto	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Médio Completo	Superior
Católica	6,9	44,4	21,7	17,0	10,0
Protestantismo Histórico	9,1	41,8	24,1	20,8	4,2
Pentecostal	5,0	65,2	18,0	9,1	2,8
Espírita		12,9	25,4	42,7	18,9
Kardecista		41,6	21,1	4,3	33,0
Afro-Brasileira		46,6	21,4	14,3	13,1
S/ Religião	4,5	44,4	30,8	16,3	4,3
Outra	4,2	44,4	30,8	16,3	4,3
Total	6,3	46,0	21,7	16,7	9,4

Fonte: Ministério da Saúde (1998)

Tabela 2

Distribuição dos Indivíduos Brasileiros por Nível Socioeconômico, segundo Religião Atual em 1998

Religião Atual	Estrato Socioeconômico				
	A	B	C	D	E
Católica	4,6	22,3	33,0	29,9	10,3
Protestantismo Histórico	3,0	17,9	36,3	39,1	3,7
Pentecostal	1,5	8,9	47,3	38,5	3,8
Espírita Kardecista	3,6	58,4	29,9	7,0	1,1
Afro-Brasileira		36,9	22,2	40,9	
S/ Religião	7,1	17,0	44,4	25,7	5,7
Outra	1,1	31,4	35,6	27,7	4,2
Total	4,2	21,3	35,9	30,3	8,3

Fonte: Ministério da Saúde (1998)

Apesar da importância dos dados estatísticos para a compreensão do campo religioso brasileiro, tal fenômeno revela aspectos complexos que põem em questão alguns dados que podem ser analisados somente quantitativamente. Além de ser conhecido como um país católico, o Brasil também é conhecido por sua multiplicidade cultural, o que também exerce seus reflexos no sistema de crenças da população. Isto significa que uma mesma pessoa pode sentir-se pertencente a mais de uma religião, fato que não é levado em consideração em dados do IBGE (2000), como aponta Antoniazzi (2003). Segundo estudo do CERIS (2002), 25% das pessoas numa amostra representativa das regiões metropolitanas brasileiras revelam que freqüentam mais de uma religião e acreditam em pressupostos teológicos de ambas. A desinstitucionalização da religião, como é apontada pelo IBGE (2000), pode ser um reflexo desse fenômeno, pois revela aumento do número de pessoas que acreditam em Deus “à sua moda”, sem adesão fixa a um único modelo filosófico-religioso. A composição de uma prática religiosa com base em referências variadas tem sido amplamente investigada pelas Ciências Sociais. Este fenômeno está longe de apontar para um crescimento do ateísmo, mas atesta a composição de um repertório simbólico particular que dispensa a afiliação religiosa (Almeida & Montero, 2001).

A devoção, dentro da religiosidade brasileira, é um típico exemplo de manifestação religiosa que pode ocorrer de forma desinstitucionalizada (Pereira, 2003). Por exemplo, um devoto pode ter crenças que não correspondem necessariamente aos ensinamentos da sua igreja. Tais crenças, que se mantêm

marginais à instituição religiosa, geram um leque de comportamentos por parte do crente, que julga ser merecedor ou não de uma bênção. Dessa forma, o crente pode criar o seu próprio sistema de valores, para o qual o seu comportamento poderá ser julgado como certo ou errado. A igreja católica brasileira tolera de maneira informal a devoção popular, assim como tolera comportamentos teoricamente reprováveis e, assim, estabelece uma relação de faz-de-conta com os seus fiéis, sustentando um pacto amigável, como no caso do uso de preservativos, dos recasamentos, do controle da natalidade e outros comportamentos sexuais. Tal “clima” torna possível ao fiel auto-intitular-se católico. Além disso, os ritos religiosos são marcos de história na vida pessoal e social dos fiéis, como o matrimônio, o batizado etc., que são intimamente ligados à igreja católica. Segundo Almeida e Montero (2001), não por acaso, mesmo aqueles que se encontram na categoria sem-religião freqüentam algum serviço religioso, mesmo que seja uma vez ao ano ou até ao mês.

Do ponto de vista sociológico (Benedetti, 1994; Prandi & Pierucci, 1996; Rolim, 1994) não é possível afirmar um enfraquecimento da religião na vida social. Não há dúvidas de que a urbanização e o crescimento das cidades têm seu papel na remodelação das relações sociedade-religião, mas, como parte desse fenômeno, são encontrados exemplos pontuais (em classes sociais distintas) de reavivamento religioso, como o fenômeno esotérico na classe média escolarizada e o avanço das igrejas neopentecostais nas periferias pobres. Estas últimas tornaram-se símbolos da periferia contemporânea, pois dificilmente encontra-se um bairro pobre no Brasil sem uma igreja neopentecostal, uma academia de ginástica e uma locadora de videogames, ícones da cultura periférica a partir dos anos 90.

Diante do quadro religioso brasileiro e considerando os dados sobre a sexualidade dos jovens em situação de risco social no país (DSTs, gravidez precoce etc.), este estudo se propõe a investigar a relação entre sexualidade e religiosidade para jovens entre 14 e 24 anos. Os jovens participantes eram moradores de comunidades de nível sócio-econômico baixo de quatro capitais brasileiras.

Capítulo II

MÉTODO

1 Delineamento

Esta tese está composta por dois estudos.

O Estudo I consistiu em uma pesquisa de caráter exploratório descritivo que teve como objetivo investigar a relação entre religiosidade e comportamento sexual de jovens de nível socioeconômico baixo de quatro capitais brasileiras: Porto Alegre, Recife, São Paulo e Campo Grande³. O Estudo II teve caráter longitudinal e avaliou as mesmas variáveis no tempo 1 (T1) e no tempo 2 (T2) entre jovens de Porto Alegre, com o objetivo de testar a hipótese de uma relação bi-direcional entre sexualidade e religiosidade.

2 Participantes

Participaram do Estudo I 4078 jovens de ambos os sexos em situação de risco social de quatro capitais brasileiras: Porto Alegre, Recife, São Paulo e Campo Grande. No Estudo II, participaram 223 jovens de Porto Alegre que participaram do Estudo I e foram acessados um ano após a primeira coleta de dados. Os jovens tinham idades entre 14 e 24 anos, moradores de comunidades de nível sócio-econômico baixo, e freqüentavam escolas públicas. Também participaram do estudo jovens que não estavam na escola, mas que freqüentavam instituições de atendimento (ONGs, centros comunitários, etc.). Comunidade de nível sócio-econômico baixo foi definida a partir de indicadores do IBGE descritos no procedimento de amostragem para a seleção do local de moradia. Dados biosociodemográficos dos participantes são apresentados na seção de Resultados desta tese.

3 Instrumentos

Foi utilizado um questionário para levantamento de fatores de risco e proteção, produzido para o estudo “Juventude Brasileira” (Koller, Cerqueira-Santos,

³ Para a realização da coleta de dados, contou-se com a parceria dos professores J'aims Ribeiro (UFPE) para coleta em Recife e São Paulo e Ângela Coelho (UCDB) para coleta em Campo Grande, que fazem parte do projeto “Juventude Brasileira”.

Morais, & Ribeiro, 2004). O instrumento consiste em 109 questões de múltipla escolha (ver Anexo A), que investiga aspectos sobre a caracterização bio-sócio-demográfica dos participantes, assim como sobre as temáticas de educação, saúde (incluindo drogas e sexualidade), trabalho, violência, lazer, religiosidade, rede de apoio social, humor, auto-estima, e auto-eficácia. O instrumento foi aplicado na íntegra, porém, para esta tese, foram utilizados apenas dos dados referentes às seguintes categorias: dados bio-sócio-demográficos, saúde, sexualidade e espiritualidade (ver Tabela 3). O instrumento foi respondido individualmente e o tempo de preenchimento foi, em média, de uma hora e meia. Os itens do questionário foram categorizados por aspectos biosociodemográficos e teóricos que embasam o estudo, de acordo com as bases teóricas da Psicologia Positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2001) e Abordagem Ecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1979/1996, 1989, 1993, 1995), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3
*Categorização dos Itens do Questionário com Jovens Brasileiros das Capitais:
 Campo Grande, Porto Alegre, Recife e São Paulo*

Categoria	Aspectos investigados		Número dos itens
Dados Biosociodemográficos	Identificação pessoal		1, 2, 3, 4, 5
	Fatores econômicos		6, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 53e, 53g, 61, 62, 81g
	Habitação		11, 12, 15, 16, 17, 18, 44e, 53c
Saúde/Qualidade de Vida	Auto-avaliação		23, 44
	Episódios de doença		24, 25, 26
	Avaliação do serviço		27, 28
Sexualidade	Orientação sexual		29, 66u, 66v, 88c
	Experiências		30, 31, 44c
	Prevenção contracepção/Aids		32, 33, 43
	Gravidez		34, 35, 36, 37, 38, 41, 66aa
Educação	Vida escolar		45, 46, 47, 48, 50, 51, 53, 54
Comportamentos de Risco	Sexualidade	Prevenção contracepção/Aids	32, 33, 43
Exposição a risco	Violência intrafamiliar	Emocional	80a, 80b, 80d, 80f, 80k, 80l, 82, 89b
		Física	80c, 80e, 80g, 82, 89b
		Sexual	80h, 80i, 80j, 82
	Violência comunidade	Emocional	81 a, 81b, 81d, 81f, 81k, 81l, 89q
		Física	81c, 81e, 81g, 89q
		Sexual	81h, 81i, 81j
	Sexualidade	Prevenção contracepção/Aids	32, 33, 43
Fatores de Proteção	Espiritualidade		90, 91, 92, 93, 103k, 105n

4 Procedimentos

4.1 Capacitação das equipes

As equipes de pesquisa foram compostas por cerca de oito a doze colaboradores, profissionais graduados da Psicologia ou estudantes da Graduação de cada cidade. Todos os integrantes das equipes receberam treinamento teórico, metodológico e ético prévio à coleta de dados. Durante a execução da pesquisa, as equipes foram permanentemente monitoradas e orientadas pela coordenação local. Os co-coordenadores locais acompanharam toda a coleta e mantiveram reuniões sistemáticas com a equipe para resolução de questões e encaminhamentos necessários. A co-coordenação de cada capital teve, também, um permanente contato com a coordenação geral e as demais capitais, durante a realização da coleta.

4.2 Procedimento de Amostragem

4.2.1 Estudo I

Para abordar jovens em nível socioeconômico baixo foram verificados os indicadores das condições sócio-demográficas de cada uma das quatro capitais. Para Porto Alegre e Recife foram utilizados os indicadores: rendimento do chefe da família, características educacionais da população residente (grau de instrução do chefe de domicílio, grau de instrução por faixa etária, nível de acessibilidade a equipamentos educacionais públicos – escolas e creches), situação do domicílio (tipo de construção), existência de água encanada e rede de esgoto, com base nos dados do IBGE (IBGE, 2000). Para São Paulo foi utilizado, além destes indicadores o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma vez que a Prefeitura Municipal disponibiliza estes índices por bairro. As Prefeituras Municipais de Porto Alegre e Recife fornecem Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) apenas para a cidade como um todo e não por bairros (Porto Alegre = 0,865; Recife = 0,797). Os jovens de Campo Grande estavam vinculados a um projeto social governamental da Prefeitura Municipal da Cidade, que capacita para o trabalho apenas aqueles que comprovam renda familiar compatível com o nível socioeconômico baixo.

Para composição da amostra e definição dos bairros e distritos em Porto Alegre e em Recife foram utilizados os seguintes critérios para determinar nível socioeconômico baixo: 1) rendimento médio dos chefes de domicílio (zero a dois

salários mínimos); 2) características educacionais da população residente (grau de instrução do chefe de domicílio, grau de instrução por faixa etária, nível de acessibilidade a equipamentos educacionais públicos – escolas e creches); 3) situação do domicílio (tipo de construção), existência de água encanada e rede de esgoto; 4) condições de saúde da população local (susceptibilidade a doenças de veiculação hídrica, índice de contaminação por zoonoses). Bairros que apresentaram índices abaixo dos dez por cento do valor total da cidade foram escolhidos a princípio. No Recife compuseram a amostra apenas bairros localizados nos dois mais baixos decis do conjunto de critérios assinalados anteriormente.

Em Porto Alegre, foram listados 27 bairros, de todas as regiões da cidade, que se enquadraram nos critérios de corte descritos. A partir deste número foi feito um cálculo para obter a proporção de bairros por regiões geográficas da cidade (centro, norte, sul e leste)⁴. Assim, 47% dos bairros localizaram-se na zona sul, 31% na zona norte e 22% na zona leste. A partir deste número, foi feito um sorteio de dez bairros segundo a proporção para cada zona da cidade.

Em São Paulo, para composição da amostra, foi utilizado como critério o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH - Municipal) da cidade de São Paulo/SP, como via de identificação de bairros e distritos com baixo nível de desenvolvimento humano e social (IDH < .50), além dos indicadores utilizados nas outras duas capitais com relação às condições sócio-demográficas: rendimento do chefe da família, características educacionais da população residente (grau de instrução do chefe de domicílio, grau de instrução por faixa etária, nível de acessibilidade a equipamentos educacionais públicos – escolas e creches), situação do domicílio (tipo de construção), existência de água encanada e rede de esgoto, com base nos dados do IBGE (IBGE, 2000). Para cada bairro foi comparado o IDH aos indicadores socioeconômicos utilizados em Porto Alegre e Recife.

A partir de duas listas de escolas (Municipais e Estaduais), encontradas nos *sities* das respectivas Secretarias de Educação, foram relacionadas as escolas que atendem a cada bairro sorteado. Foi, então, realizado um novo sorteio para selecionar uma escola para cada bairro. Dessa forma, foram listadas dez escolas. Em média, em cada escola cerca de 100 jovens participaram. No entanto, esse número sofreu

⁴ A região oeste de Porto Alegre é ocupada pelo Rio Guaíba, uma vez que esta divisão é feita tendo o centro comercial da cidade como referência.

variações uma vez que algumas escolas possuíam apenas o ensino fundamental (5^a a 8^a série), enquanto que outras possuíam até o Ensino Médio.

Em cada escola e instituição participantes do estudo foi feita uma visita prévia a fim de explicar o objetivo da pesquisa, assim como para agendar o dia e as turmas mais adequadas para a aplicação do instrumento. Procurou-se contemplar turmas dos três turnos (manhã, tarde e noite), por se tratarem, possivelmente, de perfis diferenciados. Evitou-se selecionar turmas com características extremas, como a "melhor" ou "pior" da escola. Em algumas escolas, mais de uma turma foi agrupada numa sala para a aplicação do questionário, uma vez que participantes na faixa etária desejada encontravam-se distribuídos por várias séries da escola. Tanto nas escolas como nas instituições, foi utilizado um termo de ciência no qual a direção deu autorização para a realização da pesquisa (ver Anexo B).

4.2.2 Estudo II

Foram listados os nomes de todos os alunos que participaram do Estudo I em Porto Alegre e, a partir desta lista, cada escola foi visitada para a localização dos participantes (turma na qual se encontrava, situação da matrícula etc.). Todos aqueles que foram localizados nas dez escolas de Porto Alegre foram convidados a participar da segunda etapa do estudo. Foram realizadas visitas em cada escola durante um período de duas semanas a fim de aumentar a probabilidade de encontrar os alunos infreqüentes.

4.3 Procedimentos de Coleta de Dados - Estudos I e II

A aplicação do instrumento, nos dois estudos, foi realizada em salas com uma média de 30 participantes. As equipes de pesquisa foram formadas sempre por um psicólogo responsável e por cerca de quatro colaboradores, estudantes da Graduação do curso de Psicologia. Todos os integrantes da equipe receberam treinamento teórico, metodológico e ético previamente. Inicialmente, era lido o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo C) para participação no estudo, quando era apresentado o objetivo da pesquisa. Também foi dada uma breve explicação sobre o preenchimento do questionário e, então, a aplicação era iniciada.

Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes deste estudo foram assegurados. Além da utilização do termo de consentimento individual, foi dada a garantia de sigilo das informações pessoais, assim como foi disponibilizada a

assistência do grupo de pesquisa, caso algum participante necessitasse de apoio psicológico provocado pela lembrança negativa de algum dos aspectos investigados (Resolução n. 016/2000, CFP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (Protocolo n. 2005/466).

Capítulo III

RESULTADOS

A seção de resultados para esta tese está dividida em três partes. Inicialmente, é apresentada uma análise descritiva concernente ao Estudo I (estudo transversal), na qual estão exploradas as variáveis de interesse: dados demográficos, religiosidade e sexualidade. Em seguida, estão apresentadas análises de correlação e regressões visando a explorar as relações entre as mesmas variáveis. Finalmente, estão apresentados, na parte três, os resultados do Estudo II, com a análise dos dados longitudinais para a amostra da cidade de Porto Alegre⁵.

1 Estudo I

1.1 Análises descritivas

As análises para este estudo se referem a dados de 4078 participantes entrevistados nas quatro capitais e com idades entre 14 e 24 anos. Dessa forma, 46,5% ($n=1897$) dos participantes eram do sexo masculino e 53,5% ($n=2181$) do sexo feminino. Quanto ao local onde viviam, 27,6% ($n=1124$) eram de Recife, 24,0% ($n=977$) de Porto Alegre, 25,1% ($n=1024$) de São Paulo e 23,4% ($n=953$) de Campo Grande.

A idade média para a amostra total foi de 16,14 anos ($SD=1,83$). Não houve diferença significativa ($t=2,29$; $p=0,022$) entre as médias de idades para rapazes (16,21; $SD=1,86$) e para moças (16,08; $SD=1,80$). Dividindo-se a amostra em dois grupos etários, considerando a maioridade penal brasileira (18 anos), 91,5% dos participantes estava na faixa entre 14 e 18 anos, enquanto, 8,5% encontra-se entre 19 e 24 anos. A maioria se auto-declarou branco (42,7%, $n=1700$), seguidos de 32,4% ($n=1287$) de pardos e 17,9% ($n=711$) de negros. Os solteiros formam a maioria da amostra, com 94,1% dos participantes. As Figuras 3 e 4 mostram a distribuição da amostra segundo a renda familiar e escolaridade dos participantes.

⁵ Devido a influência de tamanho da amostra, para as análises bivariadas do Estudo I, são considerados resultados significativos aqueles com $p<0,001$; já no estudo dois, é considerado $p<0,05$.

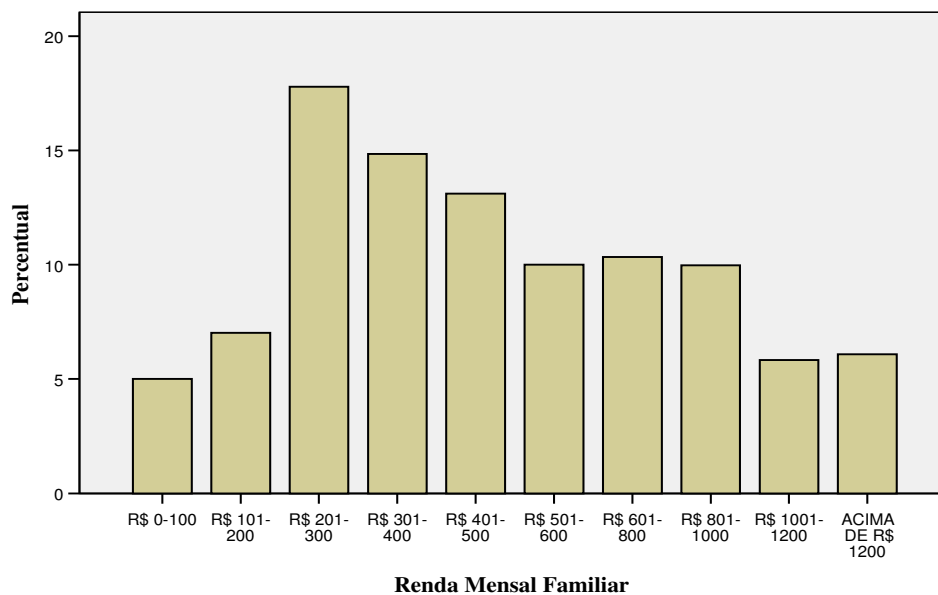


Figura 3. Distribuição da renda familiar dos jovens participantes do Estudo I

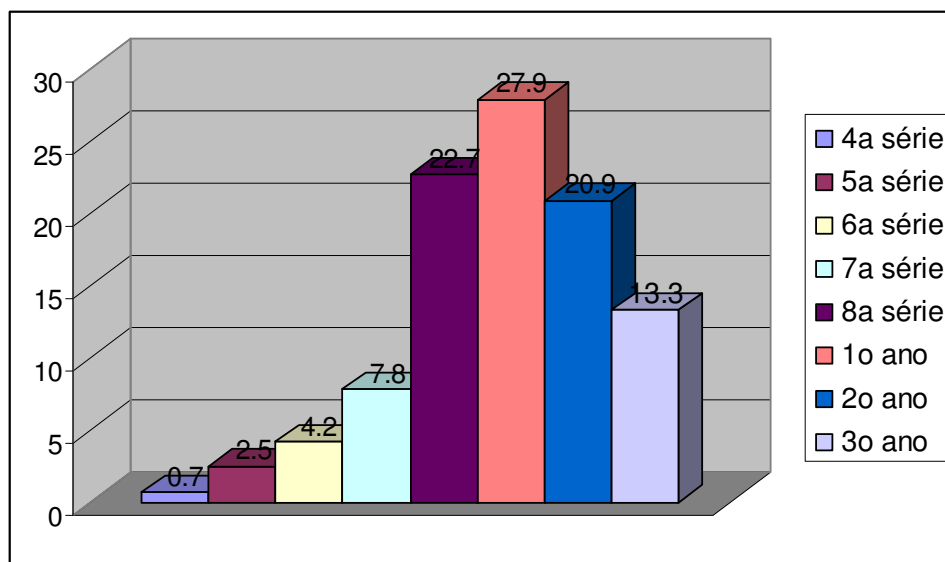


Figura 4. Distribuição percentual segundo a série escolar dos jovens participantes do Estudo I

a) Sexualidade

Cerca de 97,2% ($n= 3494$) dos participantes se declararam heterossexuais; 1,2% ($n=43$) homossexuais; 0,8% bissexuais ($n=29$); e 0,8% ($n=28$) transexuais. Do

total da amostra, 1828 participantes (46,8%) disseram já ter tido a primeira relação sexual. A idade média da primeira relação sexual foi de 14,24 anos ($SD=1,93$, ver Figura 5). Quatro pessoas (0,2%) relataram ter tido a primeira relação sexual aos dois anos de idade, o que foi desconsiderado nas análises.

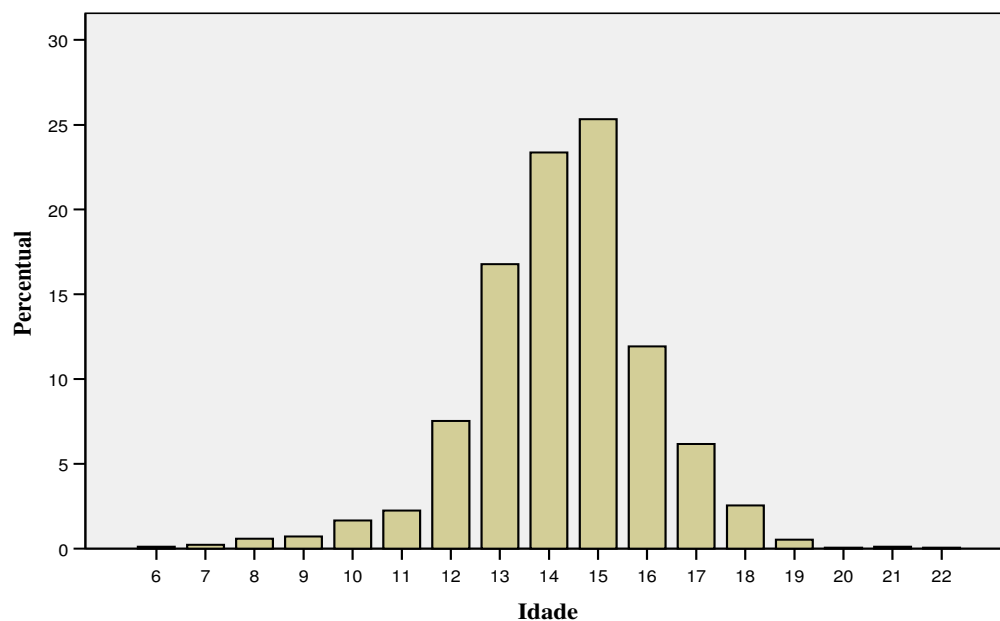


Figura 5. Distribuição percentual da idade da primeira relação sexual para os jovens brasileiros participantes do Estudo I

Cerca de 3,1% ($n=104$) dos participantes afirmaram ter passado por ao menos uma situação de sexo forçado em casa ou na comunidade. Não houve diferença significativa entre moças e rapazes neste item, apesar de um maior número de episódios envolvendo participantes do sexo feminino, 3,4% ($n=63$) delas sofreram abuso sexual, enquanto 2,8% ($n=41$) deles relataram a mesma experiência ($\chi^2=1,03$; $p=0,308$). Também não foi encontrada diferença na idade média da primeira relação sexual comparando-se o grupo geral (masculino e feminino) que foi abusado (13,95 anos; $SD=1,91$) com aquele que não sofreu abuso (14,26 anos; $SD=1,89$; $t=1,03$; $df=46$; $p=0,305$), indicando que a maior parte dos abusos ocorreu após a puberdade. No entanto, foram encontradas diferenças para o parceiro da primeira relação sexual entre os grupos de abusados e não abusados. Há um maior número de parentes como

parceiro da primeira relação sexual para aqueles que foram abusados, indicando que o abuso foi intrafamiliar. A idade média da primeira relação com parente foi de 12,51 anos ($SD=2,12$), enquanto para namorado(a) foi de 14,6 anos ($SD=1,69$) e para amigo(a) foi de 13,75 anos ($SD=1,84$).

As diferenças de gênero para primeira relação sexual estão na Tabela 4. Houve uma diferença significativa entre moças e rapazes para aqueles que já tiveram a primeira relação sexual e para a idade da primeira relação. Mais rapazes tiveram relação sexual e, entre estes, a idade média aparece mais baixa. Para a amostra geral, o principal parceiro(a) da primeira relação sexual foi o(a) namorado(a) com 62,6% ($n=1126$), seguido de amigo(a) 27,5% ($n=495$) e parente 4,6% ($n=82$).

Tabela 4

Diferenças de Gênero para Episódios, Idade e Parceiro(a) da Primeira Relação Sexual de Jovens Brasileiros

	Masculino	Feminino	Total	χ^2/t	p
Já teve a primeira relação sexual	62,0%	33,7%	46,8%	312,75	<,001
Idade da primeira relação sexual	13,79	14,94	14,24	13,04	<,001
Parceiro* – Namorado(a)	47,0%	86,9%	62,6%		
Amigo(a)	40,6%	7,1%	27,5%		
Parente	7,0%	0,7%	4,6%		
Marido/esposa	0,5%	3,6%	1,7%		

* Nota: $\chi^2 = 355,92$; $p < 0,001$.

b) Contracepção

Para aqueles que já tiveram a primeira relação sexual, foram realizadas análises sobre contracepção, gravidez e prevenção de DST's. Quanto ao uso de métodos anticoncepcionais, 11,2% ($n=190$) disseram nunca usar e 16,9% ($n=287$) usam às vezes, enquanto 71,9% ($n=1218$) disseram sempre usar ao menos um método contraceptivo. Houve diferença significativa entre moças e rapazes para o uso de métodos anticoncepcionais ($\chi^2=38,25$; $p < 0,001$), revelando que o uso destes métodos é mais consistente entre elas (ver Figura 6). A pergunta sobre o uso de métodos incluía qualquer método (camisinha inclusive), no entanto, esta questão foi específica para o uso como forma de contracepção, ou seja, se usa camisinha como método anticoncepcional.

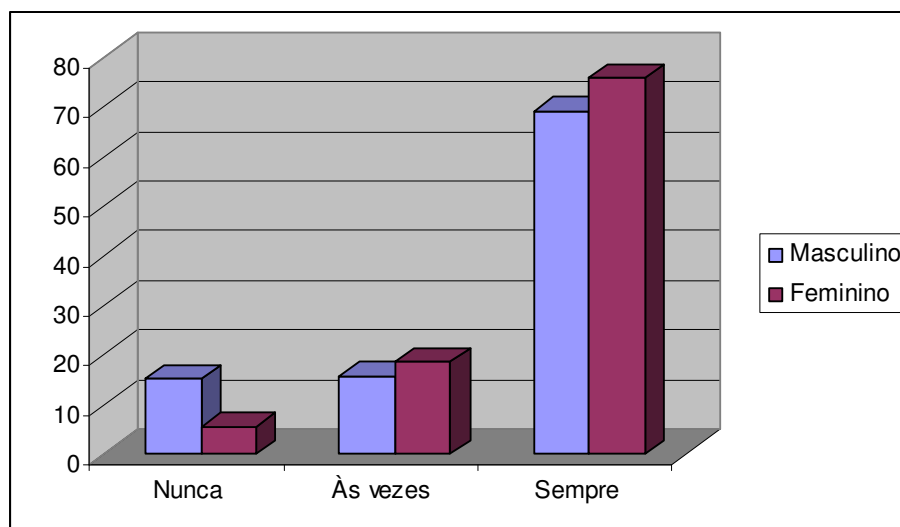


Figura 6. Hábito de uso de método contraceptivo para jovens brasileiros de 14 a 24 anos

Especificamente sobre o uso de preservativo masculino como método contraceptivo, encontrou-se uma diferença significativa entre moças e rapazes. Noventa e cinco vírgula quatro por cento dos rapazes e 84,8% das moças informaram que usam preservativo ($\chi^2 = 53,01$; $p < 0,001$). No entanto a resposta a este item não significa que o uso é regular. Estes dados sugerem que as moças usam outros tipos de métodos contraceptivos (como pílula ou DIU), uma vez que mais de 90% delas disseram usar contraceptivos. No entanto, este dado revela que as participantes do sexo feminino informam protegerem-se mais contra gravidez indesejada, mas nem sempre se protegem contra DST's e HIV.

Foi realizada uma análise de qui-quadrado a fim de verificar a diferença entre gêneros para o uso de métodos contraceptivos não naturais (camisinha, pílula, DIU), nomeados aqui de métodos médicos, uma vez que estes são os métodos não recomendados por algumas religiões, ou seja, excluindo-se apenas o método de “tabela”. Encontrou-se que entre aqueles que já tiveram relação sexual, 30,3% (554) fazem uso destes métodos, havendo uma diferença significativa ($\chi^2 = 310,7$; $p < 0,001$) entre moças (54,1% usam) e rapazes (15,2% usam). Porém, nenhum participante relatou a “tabela” como de uso exclusivo, ou seja, estes fazem, mesmo que esporadicamente, uso de métodos médicos.

c) *Gravidez*

As informações sobre gravidez foram coletadas considerando as respostas dadas por participantes de ambos os sexos. Há uma diferença ampla na variável gênero para as respostas concernentes a estes itens, uma vez que os rapazes não têm todas as informações precisas sobre suas parceiras ou podem omitir este tipo de dado, ou mesmo, desconhecer sobre sua paternidade. Dessa forma, dos 917 rapazes que já tiveram experiência sexual e responderam a este item, 8,8% afirmaram ter engravidado uma moça, 88,3% disseram que não e 2,8% não sabem. Para as 697 moças, 17,9% disseram já ter passado por história de gravidez, 81,2% não engravidaram e 0,9% não sabem. A Tabela 5 mostra o número de gravidez para a amostra total de jovens que já tiveram a primeira relação sexual ($n=1443$). Nota-se que a soma do número de relatos de aborto (natural - 55 ou provocado - 14) e de filhos vivos (122) é menor do que o número de episódios de gravidez (203), o que sugere uma lacuna de informações sobre 12 episódios de gravidez.

Tabela 5

História de Gravidez e Aborto entre Jovens Brasileiros de 14 a 24 anos

	Nenhum(a)	Uma	Duas	Três ou mais
História de gravidez*	84,9% (1315)	10,1% (157)	1,8% (28)	1,3% (18)
Fillhos vivos	31,7% (57)	54,4% (98)	11,7% (21)	2,3% (3)
Abortos naturais	_____	83,9% (47)	8,9% (5)	5,4% (3)
Abortos provocados	_____	52,9% (9)	17,6% (3)	11,8% (2)

Nota: * 1,9% responderam “não sei”

Uma ANOVA ($F=1,13$; $df=2$, 1440; $p=0,323$) revelou que não houve diferença na idade média da primeira relação sexual para os grupos de jovens que já tiveram história de gravidez (14,49 anos; $SD=1,9$), que nunca tiveram história de gravidez (14,28 anos; $SD=1,8$) e aqueles que não sabem sobre suas histórias de gravidez (14,26 anos; $SD=2,1$). A mesma análise de variância foi realizada considerando-se apenas o grupo do sexo feminino ($n=1443$). Nesta, encontrou-se uma diferença significativa para a idade média da primeira relação sexual ($F=4,47$; $df=2$, 614; $p=0,012$), sendo as jovens que já passaram por algum episódio de gravidez as que apresentam menor idade média absoluta (14,61 anos; $SD=1,88$), enquanto aquelas que não passaram por episódio de gravidez apresentam idade

média de 14,99 anos ($SD=1,38$). As jovens que não sabem sobre episódios de gravidez apresentam média de 16 anos ($SD=2,00$).

No entanto, encontrou-se diferença significativa para história de gravidez entre os jovens das diferentes cidades ($\chi^2=35,31$; 1614; $p<0,000$). Sendo Recife a cidade com maior percentual de jovens com história de gravidez, seguida por São Paulo, Porto Alegre e Campo Grande, consecutivamente (ver Tabela 6).

Tabela 6

Percentuais (Frequências) de Episódios de Gravidez entre Jovens de 14 a 24 anos em Recife, Porto Alegre, São Paulo e Campo Grande

	Recife	Porto Alegre	São Paulo	Campo Grande	Total
Com história de gravidez	18,6% (79)	11,7% (55)	14,4% (55)	5,0% (17)	12,8% (206)
Sem história de gravidez	79,0% (335)	86,4% (407)	83,2% (317)	93,8% (317)	85,3% (1376)
Não sabe	2,4% (10)	1,9% (9)	2,4% (9)	1,2% (4)	2,0% (32)

Nota: $\chi^2=35,31$; $p<0,000$

d) Prevenção de DST's e HIV/AIDS

O uso de camisinha masculina como método para evitar DST's e HIV/AIDS também foi explorado. Assim como método contraceptivo, o uso da camisinha como preservativo também apresentou diferença de gênero seguindo o mesmo padrão no qual o uso é maior para rapazes (74,6%) do que para moças (39,6%), ($\chi^2=466,01$; $p<0,001$). Também houve diferença no uso de camisinha entre os participantes das cidades pesquisadas (ver Tabela 7).

Tabela 7

Percentual do Uso de Camisinha como Método para Evitar HIV entre Jovens de Recife, Porto Alegre, São Paulo e Campo Grande

	Local				Total
	Recife	Porto Alegre	São Paulo	Campo Grande	
Não usa	48.3%	38.2%	45.0%	43.0%	43.8% (1648)
Usa	51.7%	61.8%	55.0%	57.0%	56.2% (2113)

Nota: $\chi^2=21,15$; $p<0,001$

Quanto aos aspectos de cuidados de saúde, os jovens foram questionados sobre frequência de visitas ao médico, episódios de hospitalização e utilização do posto de saúde da comunidade. Dos que responderam ($n=3682$) a estas questões, 19,2% ($n=567$) disseram não ter ido ao médico nenhuma vez no último ano e 26,1% ($n=961$) disse não utilizar o posto de saúde da comunidade. No entanto, 17,5% ($n=519$) passaram por pelo menos um episódio de hospitalização no último ano.

e) Comportamento de Risco Sexual – Exposição à Situação de Risco

A fim de explorar os dados sobre os comportamentos de risco sexual vividos pelos jovens da amostra, optou-se pela criação de um índice representativo do grau de exposição a estes comportamentos. Seguiram-se recomendações da literatura sobre a conceituação de risco sexual, para a qual um comportamento isolado não pode ser avaliado com risco ou não (Xavier, 2005). A opção pela criação de tal escore possibilitou a condução de análises específicas que serão mostradas a seguir. Apesar disso, também são conduzidas algumas análises exclusivas para os comportamentos que formam o escore.

O índice de risco sexual foi criado seguindo-se as recomendações adotadas nos estudos de Raffaelli e Crockett (2003) e Raffaelli, Zamboanga e Carlo (2005), baseados em ampla revisão internacional. Tal escala considera eventos indicadores de que os jovens passaram ou ainda passam por situações que implicam um comportamento de risco. Neste estudo foram considerados tais indicadores:

- *Auto-relato de abuso sexual* (dois itens): o primeiro indicador a ser considerado foi o sexo forçado (dois itens – um para abuso no ambiente da rua e outro para abuso dentro da própria casa), uma vez que esta se configura como uma situação na qual a vítima encontra-se completamente vulnerável ao agressor e perde sua decisão de uso de métodos protetivos contra DSTs/AIDS (não importando a idade da vítima). Foi considerado o auto-relato dos respondentes que tiveram duas questões distintas (casa e comunidade) para relatar estas experiências. Só foi considerado sexo com intercurso uma vez que investigou-se a transmissão de DSTs, porém, não se desconsiderou que o número de crianças/adolescentes abusados pode ser bem maior quando computadas outras formas de abuso sexual (sexo oral,

manipulação corporal etc.) como investigado amplamente (ver Furniss, 1993; Koller, 1999; Narvaz, 2005).

- *Iniciação sexual antes dos 13 anos de idade*: A iniciação sexual precoce também é um dos indicadores de abuso sexual. Considerou-se que a idade da iniciação por si não indicaria abuso, portanto, foi definida como menor de 13 anos por considerar o nível de desenvolvimento da criança como incompatível para o sexo com pleno consentimento, assim como, indicações da literatura sobre a idade média da puberdade entre adolescentes brasileiros (Outeiral, 1994; Zimmerman, 1999). A literatura internacional relata, ainda, que o sexo no período pré-pubere expõe os adolescentes a um maior risco de contração do HIV e DST's por estes se encontrarem numa fase de maior absorção genital. Apesar de discussão sobre o abuso sexual envolver outras variáveis, como idade do parceiro, o código penal brasileiro (Delmanto Jr., Delmanto, & Delmanto, 2006) determina esta idade como *ad juris* para a constatação do abuso.

- *Não uso de camisinha (dois itens)*: Foram consideradas duas respostas para o uso de camisinha, à questão sobre método anticoncepcional e àquela como meio de evitar AIDS. Estas foram as questões mais diretas sobre comportamento de risco sexual, porém, foram considerados somente aqueles participantes que já tiveram a primeira relação sexual, a fim de garantir o acesso ao comportamento e não à intencionalidade.

- *Episódio maternidade/paternidade antes dos 14 anos*: Um episódio de maternidade/paternidade é considerado como um indicador de que o/a adolescente fez sexo sem preservativo, ou seja, passou por episódio de exposição ao risco de DST. A idade de 14 anos foi escolhida com base na estimativa de idade da relação sexual (13 anos ou menos). Para este item, foram excluídos os casos de aborto, uma vez que só foram obtidas as idades dos participantes com filhos nascidos vivos.

A Tabela 8 apresenta as diferenças de gênero para cada item que compõe o índice de risco sexual. Houve diferença significativa apenas para o uso de camisinha e para o sexo precoce, sendo os rapazes o grupo com maior percentual para sexo precoce e as moças com mais baixo percentual para o uso de camisinha nos dois itens investigados.

Tabela 8

Diferenças de Gênero para os Itens do Índice de Comportamento de Risco Sexual entre Jovens Brasileiros

Indicadores	Masculino <i>n</i> (%)	Feminino <i>n</i> (%)	Total <i>n</i> (%)	χ^2 (<i>p</i>)
Abuso sexual em casa	40 (2,8)	61 (3,3)	101 (3,1)	0,84 (0,35)
Abuso sexual na rua	26 (1,8)	16 (0,9)	42 (1,3)	5,40 (0,02)
Não usa camisinha (HIV/AIDS)	452 (25,4)	1196 (60,4)	1648 (43,8)	466,01 (<0,001)
Não usa camisinha (Contraceptivo)	42 (4,4)	108 (15,8)	150 (9,2)	61,08 (<0,001)
Maternidade/Paternidade antes dos 14 anos	7 (15,9)	6 (8,0)	13 (10,9)	1,78 (0,18)
Sexo precoce	407 (39,8)	101 (15,1)	508 (30,1)	116,62 (<0,001)

Para a criação do índice de comportamento de risco sexual foi considerado um ponto para cada indicador de exposição a risco. Assim, cada participante obteve um escore variando de zero (0), que indica nenhum comportamento de risco, a 6 (seis) que indica todas as situações possíveis, podendo portanto o índice alcançar um total de 6 (seis) pontos. A média do índice de comportamento de risco sexual nesta amostra foi de 0,60 ($SD=0,60$), não havendo participantes com escore maior que 4. Houve diferença significativa entre os gêneros ($t=8,99$, $df=4076$; $p<0,001$), sendo que as moças apresentaram um índice maior que os rapazes, 0,68 e 0,51 respectivamente. Também houve diferença significativa para cidades ($F=10,13$; $df=3$, 4074; $p<0,001$), sendo Campo Grande a cidade que apresentou menor índice (0,51; $SD=0,57$) e diferenciou-se de todas as outras cidades, que formam somente um sub-grupo homogêneo de médias similares, Porto Alegre (0,59; $SD=0,60$), São Paulo (0,63; $SD=0,61$) e Recife (0,65; $SD=0,59$).

f) Religiosidade

As análises para os itens envolvendo religiosidade são apresentadas considerando dois aspectos, a afiliação religiosa e a religiosidade/espiritualidade

(como definida na introdução desta tese). É apresentado aqui a criação da escala para a mensuração do constructo religiosidade/espiritualidade por considerar esta criação um dos resultados deste estudo.

Para a identificação da afiliação a um grupo religioso específico, os participantes foram questionados sobre a que religião pertencem. Obtiveram-se respostas de 3785 participantes da amostra total, sendo os percentuais de afiliação religiosa apresentados na Figura 7. O número de católicos representou a maioria (43,9%), seguido pelos evangélicos (21,1%). Destaca-se o amplo percentual de pessoas que dizem “acreditar em Deus, mas não têm uma religião” (24,3%) e o reduzido número de pessoas “que não acreditam em Deus” (2,1%).

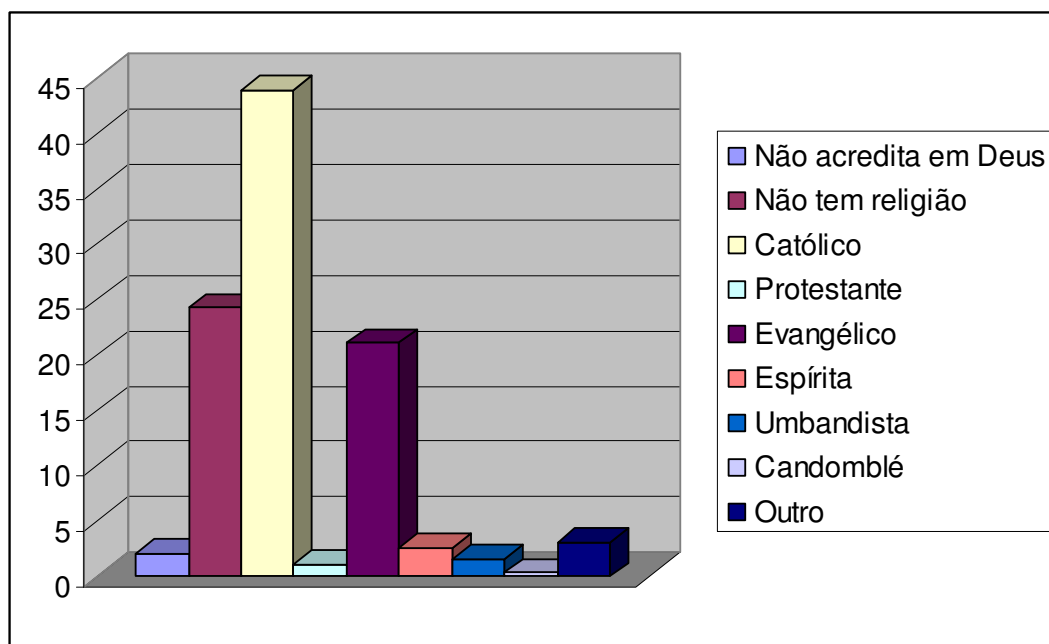


Figura 7. Percentual de jovens participantes segundo auto-declaração da afiliação religiosa

Houve diferença na auto-identificação como evangélico ou protestante, no entanto, não foram obtidos dados exclusivos para esta diferença, uma vez que há uma certa indefinição para a constituição destes dois grupos. Tradicionalmente o grupo que denomina-se como protestante refere-se aos protestantes históricos (Batistas, Luteranos, Metodistas, entre outras); sendo os evangélicos formado pelas religiões pentecostais e neopentecostais como a Igreja Universal do Reino de Deus, Igreja Internacional da Graça, entre outras (Santos, Koller, & Nobre, 2004). No entanto, os

próprio participantes não foram absolutamente restritivas quanto a estas denominações, havendo uma certa confusão entre os grupos religiosos.

O grupo formado por umbandistas e adeptos do candomblé são os únicos que representam as religiões afro-brasileiras, mesmo assim, com percentuais baixos. Estes grupos, assim como os espíritas, podem estar sub-representados nesta amostra, pois (trata-se de grupos para os quais alguns fiéis não apresentam afiliação identitária Almeida & Montero, 2001; Antoniazzi, 2003; Rodrigues, 2003). Por exemplo, é estimado que um considerável número de pessoas que se autodenominam católicos também participa dessas religiões como culto extra-oficial (Almeida & Montero, 2001).

g) Criação da Escala para a Dimensão “Religiosidade/Espiritualidade”

Com base em estudo anterior baseado na realização de entrevistas com membros de diferentes religiões e pesquisadores da área⁶, foram obtidos dados para a primeira etapa da construção da escala de religiosidade/espiritualidade. As entrevistas foram realizadas informalmente sem roteiro preestabelecido, que buscou capturar os principais pontos envolvidos na relação fiel-religião. Foram encontrados dois focos no discurso dos entrevistados: a vinculação institucional e a crença/espiritualidade (Cerqueira-Santos, Koller, & Wilcox, 2008).

Foram desenvolvidos itens com base nas entrevistas e a partir de ampla revisão da literatura (nacional e internacional) e com base em recomendações do estudo da WHO sobre qualidade de vida no Brasil (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003). Seguiu-se a hipótese teórica de (Koenig, McCullough, & Larson, 2001) para o qual o constructo “Religiosidade/Espiritualidade” deve ter representação única, ou seja, somente um fator para a escala. A primeira versão foi composta por sete itens em forma de escala Likert variando de 1 (concordo inteiramente) a 5 (discordo inteiramente). A versão final da escala foi apresentada a três pesquisadores para revisão e passou por um teste piloto com 30 jovens. A Tabela 9 apresenta os dados descritivos para cada item da escala após aplicação para a amostra total deste estudo e da diferença significativa entre gêneros encontrada para todos os itens da escala de religiosidade.

⁶ Agradecimento especial às psicólogas Normanda Araujo, Raquel Panzini, Fernanda Torres Carvalho e alunos de graduação da UFRGS pelas entrevistas e revisão dos itens da escala.

Tabela 9

Diferenças de Gênero para os Itens da Escala de Religiosidade para Jovens Brasileiros

	M (SD)			t(df)*
	Total	Masculino	Feminino	
A religião tem sido importante para vida	3,30 (1,52)	3,16 (1,54)	3,42 (1,49)	4,99 (3480)*
Freqüenta encontros religiosos	2,73 (1,44)	2,57 (1,42)	2,85 (1,46)	5,71 (3435)*
Costuma ler escrituras sagrada ou fazer orações	2,93 (1,43)	2,65 (1,39)	3,15 (1,42)	10,39 (3441)*
Costuma agradecer a deus	3,87 (1,26)	3,61 (1,34)	4,08 (1,14)	11,28 (3502)*
Pede ajuda a deus para resolver os problemas	3,95 (1,22)	3,70 (1,31)	4,15 (1,10)	10,99 (3457)*
Lê escrituras ou ora quando em dificuldade	3,37 (1,43)	3,04 (1,46)	3,64 (1,36)	12,44 (3441)*
Busca ajuda de sua inst relig quando em dificuldade	2,56 (1,50)	2,37 (1,46)	2,71 (1,52)	6,67 (3411)*

Nota: *<0,001

A análise fatorial exploratória da escala de religiosidade/espiritualidade foi feita com o método de extração dos componentes principais e rotação *Varimax*. O modelo final indica a utilização de somente um fator. O índice de *Kaiser-Meyer-Olkin* confirmou a adequação do modelo para um fator (KMO = 0,858), com variância explicada de 57% (ver Tabela 10).

Tabela 10

*Alphas e Comunalidades da Análise Fatorial para Escala de Religiosidade entre Jovens Brasileiros**

	alpha	h2
A religião tem sido importante para vida	,711	,506
Freqüenta encontros religiosos	,728	,529
Costuma ler escrituras sagrada ou fazer orações	,800	,640
Costuma agradecer a Deus	,780	,608
Pede ajuda a deus para resolver os problemas	,774	,599
Lê escrituras ou ora quando em dificuldade	,804	,647
Busca ajuda de sua inst relig quando em dificuldade	,680	,462

Nota: * Extraction Method: Principal Component Analysis

Após realizar uma análise de fidedignidade (Cronbach) da escala criada, obteve-se um alpha de 0,873, o que indica que o uso do fator único como escala para avaliação dos níveis de religiosidade pode ser considerado adequado. O mesmo teste também mostrou que nenhum ítem deve ser retirado da escala.

A fim de aprimorar as análises sobre religiosidade, foram criados três grupos com base na escala de nível de religiosidade – baixo, médio e alto. Tais grupos foram criados utilizando-se o critério do percentil 0.33, que divide a amostra válida em três partes iguais. Alguns resultados para gênero, local e faixa etária estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11

Níveis de Religiosidade de Jovens Brasileiros e Diferenças entre Grupos por Gênero, Idade e Cidade

		Religiosidade			Teste
		Baixa	Média	Alta	
Gênero	Homens	583 (41,9%)	442 (31,8%)	365 (26,3%)	$\chi^2=106,89;$ $p<0,001$
	Mulheres	429 (25,6%)	574 (34,2%)	675 (40,2%)	
Idade	14-18 anos	939 (32,8%)	955 (33,3%)	970 (33,9%)	$\chi^2=1,21;$ $p=0,546$
	19-24 anos	73 (35,8%)	61 (29,9%)	70 (34,3%)	
Local	Recife	185 (24,1%)	256 (33,3%)	328 (42,7%)	$\chi^2=179,75;$ $p<0,001$
	Porto Alegre	403 (48,8%)	258 (31,3%)	164 (19,9%)	
	São Paulo	250 (33,6%)	253 (34,0%)	241 (32,4%)	
	Campo Grande	177 (24,1%)	249 (33,9%)	308 (42,0%)	

Encontrou-se diferença significativa para gênero, sendo as mulheres as que apresentam maior percentual para alta religiosidade e menor percentual para baixa religiosidade. Também houve diferença significativa para as cidades, com Recife e Campo Grande com padrões semelhantes de alta religiosidade e Porto Alegre com o menor percentual para alta religiosidade e maior para baixa religiosidade (ver Tabela 11).

Para confirmar a diferença de religiosidade entre as cidades, foi realizada uma Análise de Variância com o índice de religiosidade (variável contínua). Constatou-se diferença significativa entre as cidades do estudo para o nível de religiosidade. Campo Grande foi a cidade que apresentou maior nível de religiosidade (0,241), seguida por Recife (0,238), São Paulo (-0,014) e Porto Alegre (-0,385), como exposto na Figura 8.

Também utilizando o escore de nível de religiosidade, encontrou-se diferença significativa entre homens e mulheres ($t=11,47$; $df=3341$; $p<0,001$). Os homens apresentaram média de $-0,21$ ($SD=1,03$) e as mulheres tiveram média de $0,19$ ($SD=0,94$).

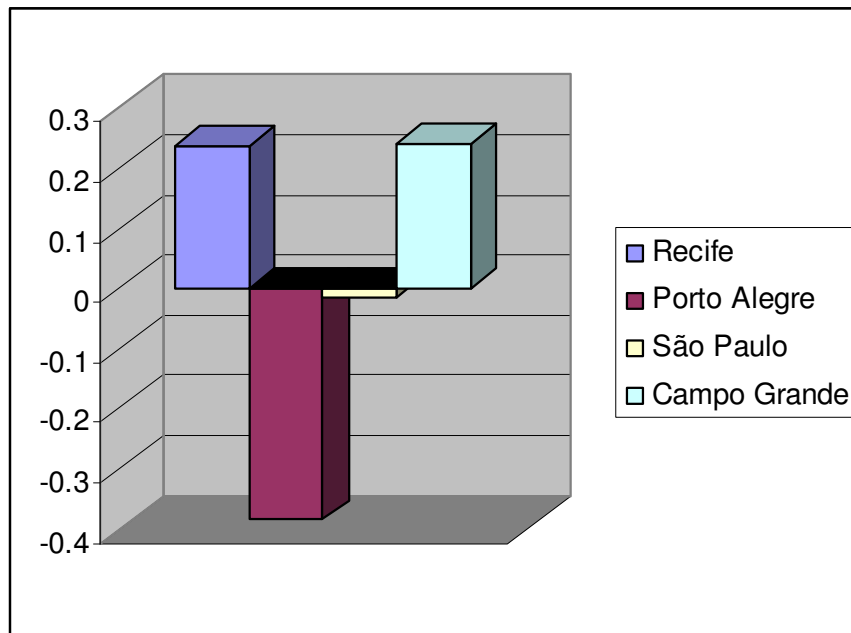


Figura 8. Nível de religiosidade/espiritualidade de jovens brasileiros por cidade ($F=73,41$; $df=3, 3068$; $p<0,001$)

Considerando-se que o nível de religiosidade pode variar entre as diferentes afiliações religiosas, também foi realizada uma análise de variância a fim de verificar estas diferenças (ver Figura 9). Assim, Protestantes e Evangélicos foram os que apresentaram maior índice de religiosidade ($0,757$ e $0,652$ respectivamente). O grupo de católicos apareceu na média ($0,006$) e os grupos dos que não tinham religião e dos que não acreditavam em Deus apareceram com os menores escores ($-0,534$ e $-1,374$ respectivamente).

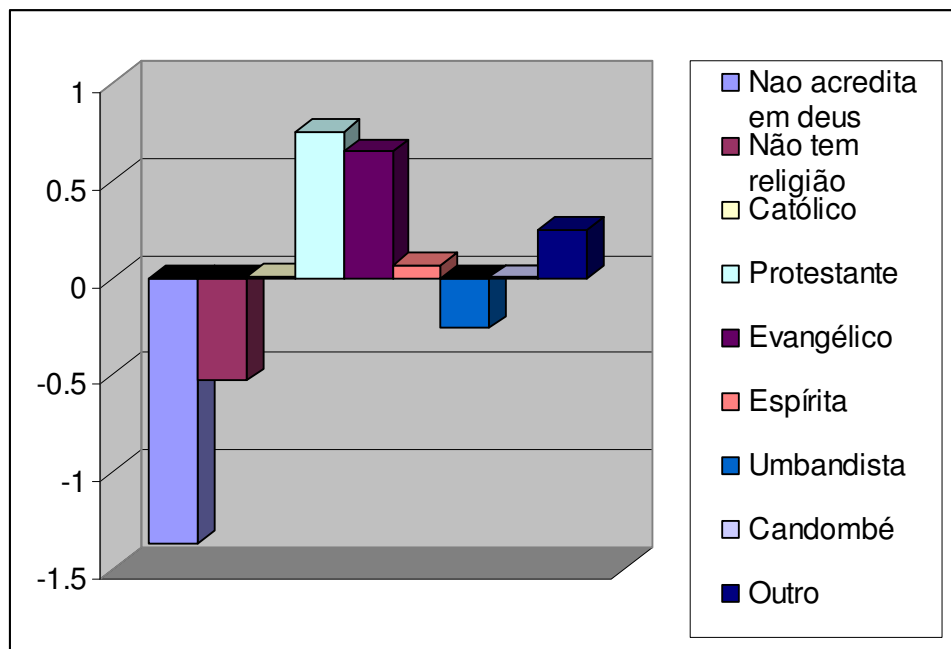


Figura 9

Nível de religiosidade/espiritualidade de jovens brasileiros por afiliação religiosa

Baseando-se na análise apresentada na Figura 9 e na justificativa teórica de que alguns grupos religiosos compartilham similaridades (Almeida & Montero, 2001), optou-se por analisar os três grandes grupos. Assim, uniram-se os grupos sem religião com não acredita em Deus (uma vez que todos os que não acreditam em Deus também não têm religião) e protestantes com evangélicos. Dessa forma, para as análises a seguir, apresentam-se os seguintes grupos: 24,5% (999) sem religião, 40,8% (1663) católicos, 20,5% (838) protestantes/evangélicos, e 14,2% (578) outras religiões.

1.2 Religiosidade e Sexualidade

Nesta seção são apresentadas as análises das relações entre religiosidade e sexualidade, assim como com outras variáveis de “confusão” para o entendimento dessa relação (por exemplo: gênero, idade, acesso ao serviço de saúde). Partindo-se da sub-divisão em três grupos relativo ao nível de religiosidade (alto, médio e baixo), a Tabela 12 apresenta os dados para aspectos comparativos relacionados à sexualidade entre estes grupos.

Destacou-se que a única diferença significativa encontrada foi o fato de já ter tido a primeira relação sexual, sugerindo que a religiosidade pode atrasar a idade para este acontecimento, ou seja, aqueles que informaram ter nível de religiosidade baixa apresentaram frequências mais altas no item “já ter tido relação sexual”. No entanto, notou-se que os percentuais para os comportamentos sexuais foram semelhantes para todos os grupos uma vez que a primeira relação sexual já havia ocorrido.

Tabela 12

Frequências e Percentuais para Comportamentos Sexuais de Jovens Brasileiros nos Três Grupos de Nível de Religiosidade

	Religiosidade			Teste
	Baixa	Média	Alta	
Já teve relação sexual	537 (40,5%)	449 (33,8%)	341 (25,7%)	$\chi^2=84,56$ $p<0,001$
Camisinha para prevenir HIV/AIDS	498 (41,0%)	413 (34,0%)	303 (25,0%)	$\chi^2=2,96$ $p=0,227$
Camisinha como contraceptivo	428 (39,7%)	371 (34,4%)	278 (25,8%)	$\chi^2=0,656$ $p=0,720$
Métodos contraceptivos (médicos)	146 (36,0%)	151 (37,2%)	109 (26,8%)	$\chi^2=5,18$ $p=0,075$
Gravidez	47 (39,8%)	43 (36,4%)	28 (23,7%)	$\chi^2=1,58$ $p=0,812$

Nota: análises realizadas para as respostas “sim” em cada um dos ítems.

Ao realizar um teste *t* para avaliar a diferença para o nível de religiosidade entre os grupos de jovens com e sem experiência sexual ($n=3377$), foi observado que houve diferença na média para os grupos de jovens que já tiveram experiência sexual e para os abstinentes ($t=9,97$; $df=2972$; $p<0,001$). Sendo os abstinentes os mais religiosos, com média 0,16 ($SD=0,97$) e os que já tiveram relação com média igual a -0,19 ($SD=1,00$). Também se encontrou diferença entre estes dois grupos (não-virgens e abstinentes) em termos de afiliação religiosa ($\chi^2=85,20$; $p<0,001$), havendo um percentual maior dos que já tiveram relação sexual ($n=1328$) entre as pessoas

sem religião (54,4%), seguido dos católicos (46,5%) e dos protestantes/evangélicos (32,6%).

Verificando-se as diferenças das médias (ANOVA) do índice de comportamento sexual de risco para cada grupo de nível de religiosidade, encontrou-se diferença significativa ($F=7,82$; $df=2, 730$; $p<0,001$), sendo os mais religiosos os que apresentaram maior índice de comportamentos de risco (0,67; $SD=0,59$), seguidos dos que apresentaram nível médio de religiosidade (0,59; $SD=0,60$) e dos com baixo nível de religiosidade (0,57; $SD=0,59$).

Houve diferença significativa na ANOVA, analisando grupos religiosos (afiliação religiosa) e média do índice de comportamento sexual de risco ($F=9,93$; $df=2, 730$; $p<0,001$). Através de análise *a posteriori* de Tukey, encontrou-se um valor maior na média do escore de índice de comportamento de risco sexual para os protestantes/evangélicos ($M=0,68$; $SD=0,57$), seguidos daqueles que não tinham religião ($M=0,59$; $SD=0,60$) e dos católicos ($M=0,57$ $SD=0,58$). Entre os religiosos, a diferença foi encontrada entre protestantes/evangélicos *versus* católicos e sem religião. Tal resultado é consistente uma vez que protestantes formam o grupo com o maior percentual de pessoas com alto nível de religiosidade e estes têm maior escore no índice de comportamento sexual de risco. A Tabela 13 mostra as diferenças das médias e permite visualizar os dados sobre o grupo de alta religiosidade e os protestantes/evangélicos que se diferenciam dos outros grupos.

Tabela 13

Diferenças das Médias para Religiosidade e Grupos Religiosos quanto ao Índice de Comportamento de Risco Sexual entre Jovens Brasileiros

Religião		Diferença da Média	SD	p
Sem religião	Católicos	,01833	,02363	,718
	Protestantes/Evangélicos	-,09118(*)	,02766	,003
Católicos	Sem religião	-,01833	,02363	,718
	Protestantes/Evangélicos	-,10951(*)	,02501	,000
Protestantes/Evangélicos	Sem religião	,09118(*)	,02766	,003
	Católicos	,10951(*)	,02501	,000
Religiosidade				
Baixa	Média	-,02038	,02607	,714
	Alta	-,09704(*)	,02592	,001
Média	Baixa	,02038	,02607	,714
	Alta	-,07667(*)	,02589	,009
Alta	Baixa	,09704(*)	,02592	,001
	Média	,07667(*)	,02589	,009

Nota: *A diferença da média é significativa em $p < 0,05$.

As análises de correlação apresentadas na Tabela 14 revelam alguns dados significativos e diferenças para as relações entre as variáveis entre gêneros. São destacados os principais achados das análises de Correlação de Pearson. Não houve correlação significativa entre o índice de comportamento de risco sexual e o nível de religiosidade para ambos os gêneros. No entanto, para os rapazes a relação entre comportamento sexual de risco e religiosidade foi na direção positiva e mais alta, sinalizando uma tendência para que estes apresentem maior comportamento de risco sexual.

Apesar das análises anteriores (descritivas do índice de comportamento de risco sexual, p. 41) apontarem para o fato de que os jovens de Campo Grande apresentaram menor escore para o tal índice (0,51), não houve correlação significativa entre o índice de comportamento de risco sexual e o fato de morar em Campo Grande, apesar de a relação ser em direção negativa, ou seja, os jovens desta cidade tendem a apresentar menos envolvimento em comportamento de risco sexual do que aqueles que vivem nas outras cidades pesquisadas.

Ainda na Tabela 14, a análise de Correlação de Person mostrou uma correlação forte entre idade e o índice de comportamento de risco sexual para ambos os gêneros (masculino $r = -0,097$; $p < 0,01$; feminino $r = -0,084$; $p < 0,01$). Tal resultado

indica que o aumento da idade está correlacionado com a diminuição da média no índice de comportamento de risco sexual.

Quanto à religiosidade, não houve correlação entre o fato de não ter uma religião e o índice de comportamento de risco sexual, para ambos os gêneros. No entanto, houve correlação negativa para o fato de ser católico e positiva para protestantes, sendo estas mais fortes para o grupo de mulheres. A religiosidade tem correlação significativa com um maior número de variáveis para o gênero masculino do que para o gênero feminino. Por exemplo, visitas ao médico e uso do posto de saúde apareceram como significativas somente para os participantes do gênero masculino. Morar em Campo Grande foi uma variável positivamente correlacionada com o nível de religiosidade para as moças, mas não para os rapazes (ver Tabela 14).

Houve uma correlação negativa entre o nível de religiosidade e o fato de não ter uma religião; e uma correlação positiva entre religiosidade e ser protestante/evangélico. O fato de ser católico não caracterizou correlação significativa com o nível de religiosidade (ver Tabela 14).

Ainda na Tabela 14, testando-se uma possível correlação entre a média do índice de risco sexual e o acesso ao serviço de saúde, verificou-se que, apenas para as participantes do gênero feminino, houve uma correlação negativa entre estas duas variáveis. Tal resultado sugere que a ida ao posto de saúde deve diminuir a chance de exposição aos comportamentos de risco sexual. Ainda quanto aos cuidados de saúde, apenas para os rapazes, houve uma correlação significativamente positiva entre o nível de religiosidade e o fato de ir ao médico e uso do posto de saúde.

Tabela 14. Correlações de Pearson entre as Variáveis de Religiosidade, Saúde e Comportamento de Risco Sexual para Jovens Brasileiros por Gênero

	Feminino	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	M (SD)
Masculino													
1 Risco sexual			,032	-,011	-,084(**)	-,013	,042	,015	-,067(**)	,004	-,067(**)	,073(**)	0,68 (0,59)
2 Religiosidade		,048		,066(**)	,001	-,019	,028	,039	,030	-,330(**)	-,037	,347(**)	0,19 (0,94)
3 Campo Grande		-,002	,035		-,059(**)	,156(**)	-,022	,021	-,015	-,094(**)	,174(**)	-,108(**)	1,72 (0,83)
4 Idade		-,097(**)	,082(**)	-,071(**)		-,010	-,044	,054(*)	,035	,021	-,018	,000	16,08 (1,80)
5 Renda Familiar		,007	-	,123(**)	-,009		,036	-,017	-,167(**)	-,044	,065(**)	-,032	5,11 (2,44)
6 Visitas Médicas		,011	,092(**)	,043	-,072(**)	,032		,192(**)	,112(**)	-,034	,025	,005	2,33 (1,47)
7 Hospitalização		,031	,074(*)	-,045	,027	-,096(**)	,267(**)		,060(*)	,021	-,035	,020	0,29 (0,77)
8 Uso Posto de Saúde		-,003	,086(**)	-,024	,005	-,078(**)	,127(**)	,085(**)		-,031	,025	,001	1,77 (0,41)
9 Sem Religiao		-,001	-	-,083(**)	-,005	-,091(**)	-,014	,040	-,054(*)		-,568(**)	-,326(**)	1,23 (0,42)
10 Católicos		-,054(*)	,008	,121(**)	-,018	,130(**)	,030	-,063(*)	,030	-,633(**)		-,592(**)	1,50 (0,50)
11 Protestantes/Evangélicos		,066(**)	,402(**)	-,050(*)	,027	-,052(*)	-,020	,030	,025	-,385(**)	-,471(**)		1,25 (0,43)
Masculino – M(SD)		0,51 (0,59)	-0,21 (1,03)	1,74 (0,83)	16,21 (1,86)	5,37 (2,49)	1,93 (1,43)	0,32 (0,81)	1,69 (0,46)	1,34 (0,47)	1,43 (0,49)	1,22 (0,41)	

Nota: As variáveis categóricas foram codificadas com o escore mais alto indicando feminino; Campo Grande (*versus* outras cidades); uso do posto de saúde, sem religião (*versus* católicos e protestantes); católicos (*versus* sem religião e protestantes); protestantes (*versus* sem religião e católicos)

* Correlação é significativa em $p < 0.05$ (2-tailed).

** Correlação é significativa em $p < 0.01$ (2-tailed).

A Tabela 15 apresenta os resultados de uma regressão logística, examinando os preditores para a primeira relação sexual. Foram investigadas, num primeiro modelo, as variáveis: gênero (maior valor para feminino) e idade. A variância explicada para este modelo foi de cerca de 20% ($R^2=0,20$), mostrando que tanto sexo como idade predizem a primeira relação sexual de maneira significativa. Ser do gênero feminino e mais jovem apresentou menor probabilidade de ter a primeira relação sexual.

Num segundo modelo para a mesma análise de regressão foram adicionadas as variáveis: religiosidade, protestante (maior valor para protestantes *versus* sem religião e católico) e católico (maior valor para católicos *versus* sem religião e protestante). Ainda na Tabela 15 nota-se que a variância explicada foi aumentada no segundo modelo, passando para 23% ($R^2=0,23$). Houve diminuição da força de predição da variável idade, com a adição de predição significativa para religiosidade e o fato de ser protestante.

Tabela 15

Regressão Logística dos Preditores para a Primeira Relação Sexual de Jovens Brasileiros

Variável	Modelo 1				Modelo 2			
	<i>B</i>	SE <i>B</i>	Odds ratio	IC 95%	<i>B</i>	SE <i>B</i>	Odds ratio	IC 95%
Gênero	-	.085	3,33	2,82- 3,93	-	.09	3,04	2,56- 3,61
Idade	.39**	.029	,67	0,64- 0,71	.41*	.03	,66	0,62- 0,70
Religiosidade								
Protestante					-.21**	.05	1,23	1,12- 1,36
Católico					-.65**	.13	1,91	1,47- 2,50
Católico					-.05	.11	1,05	0,85- 1,29
Nagelkerke								
R^2		.20				.23		
-2 log		3266,29				3180,5		

Nota: ** $p < .001$ * $p < .05$

O modelo final para a primeira relação sexual sugere que ser homem e mais velho funciona como preditor para aumentar as chances de ter tido a primeira relação sexual. Em complemento, o fato de ser mais religiosos e ser protestante parece diminuir a propabilidade de ter tido a primeira relação sexual.

Numa segunda etapa de análises de regressão, foi realizada uma regressão linear, examinando os preditores para o índice de risco sexual. Num primeiro modelo foram investigadas as variáveis: gênero, idade e visita ao posto de saúde (maior valor para “sim”). Baseou-se nas correlações apresentadas anteriormente (Tabela 14), para as quais, os cuidados de saúde parecem desempenhar uma relação significativa com religiosidade entre os participantes do sexo masculino. O objetivo foi investigar a co-influência da variável “uso do posto de saúde” com religiosidade para a predição de risco sexual (ver Tabela 16).

Tabela 16

Regressão Linear Múltipla de Preditores para o Índice de Comportamento de Risco Sexual de Jovens Brasileiros

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>Beta</i>
Idade	-,03**	,01	-,09	-,03**	,01	-,09
Gênero	,18**	,03	,15	,17**	,02	,14
Uso do Posto de Saúde	-,07*	,03	-,05	-,07*	,03	-,05
Religiosidade				,03*	,01	,04
Católico				-,05	,03	-,04
Protestante				,04	,04	,03
R^2		,03			,04	
<i>F</i>		29,54**			17,87**	
R^2 ajustado		,03			,04	

Nota: ** $p < ,001$ * $p < ,05$

No primeiro modelo (ver Tabela 16), foi encontrada uma relação significativa para gênero, idade e posto de saúde, porém, com uma baixa variância explicada de 3% ($R^2=0,03$). No segundo modelo, incluindo-se as variáveis de religiosidade, não houve alteração significativa na variância explicada ($R^2=0,04$), no entanto, a variável religiosidade desempenha influência significativa no índice de comportamento de

risco sexual. Assim, o modelo final revelou que ser mais jovem, ser mulher, usar menos o posto de saúde e ser mais religioso, funcionam como preditores para maior índice de comportamentos sexuais de risco.

A fim de analisar a influência da cada variável do modelo preditor para o índice de risco sexual (Tabela 16) para os comportamentos sexuais de forma isolada, foram realizadas seis diferentes análises de regressão apresentadas nas Tabelas 17 a 22. Foram utilizados os mesmos modelos para cada análise realizada. Gênero e idade foram as variáveis que obtiveram mais influência para os comportamentos sexuais de risco de forma geral. Os resultados para cada comportamento sugerem que a relação sexual precoce apresenta como preditores significativos o gênero do participante, a idade e o acesso ao posto de saúde, com variância explicada de 17% no segundo modelo (ver Tabela 17). O nível de religiosidade e a afiliação religiosa não apareceram como preditores deste comportamento. Os preditores indicaram participantes do gênero feminino, mais velhos e com menos acesso ao posto de saúde com maior peso para a variância explicada quanto à iniciação sexual.

Tabela 17

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Relação Sexual Precoce” entre Jovens Brasileiros

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,16
Gênero	1,18**	,17	3,26	
Idade	,32**	,05	1,37	
Pto. de Saúde	0,38*	,16	1,47	
Modelo 2				,17
Gênero	1,18**	,17	3,26	
Idade	,32**	,05	1,37	
Pto. de Saúde	0,38*	0,17	1,47	
Religiosidade	,05	,08	1,05	
Católico	-,07	,17	,94	
Protestante	,08	,24	1,08	

Nota: ** $p < 0,001$; * $p < 0,05$

A Tabela 18 apresenta o modelo preditor de “Gravidez Precoce”, indicando que apenas a idade mostrou-se como uma variável significativa de modo positivo (maior idade, maior o índice de gravidez). O modelo final apresentou uma variância explicada alta de 72%, sem interferência significativa da religiosidade e afiliação religiosa.

Tabela 18

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Gravidez Precoce” *entre Jovens Brasileiros*

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,55
Gênero	,50	1,18	1,65	
Idade	1,22*	0,56	3,38	
Pto. de Saúde	2,25	1,28	9,46	
Modelo 2				,71
Gênero	,86	1,68	2,37	
Idade	2,42*	1,22	11,22	
Pto. de Saúde	5,98	3,55	396,04	
Religiosidade	-2,46	1,78	,09	
Católico	4,00	3,21	54,70	
Protestante	-1,20	2,00	,30	

Nota: ** $p < ,001$; * $p < 0,05$

O comportamento do uso de camisinha foi analisado para as duas perguntas separadamente: uso como método contraceptivo e uso para prevenção de HIV. As Tabelas 19 e 20 apresentam as regressões logísticas com dois modelos de preditores para estes comportamentos. No caso da camisinha como contraceptivo (Tabela 19), apenas gênero e idade revelaram-se preditores significativos nesta amostra, apresentando um quadro no qual os participantes do gênero feminino e aqueles mais jovens apareceram como preditores negativos para o uso de preservativo como método de contracepção. O modelo final teve como variância explicada 10%. No caso do uso da camisinha, como forma de prevenção ao HIV, o modelo final, além da idade e gênero apresentou o acesso ao posto de saúde, o nível de religiosidade e o fato de ser protestante como preditores significativos, explicando 24% da variância

para o modelo 2. Neste caso, a variável idade apareceu de forma inversa à análise anterior, mostrando que quanto mais velho, maior a prevalência do uso de camisinha para prevenção ao HIV. Da mesma forma, o acesso ao posto de saúde também foi um preditor positivo para este comportamento. A religiosidade apareceu como uma variável de influência negativa para o uso de camisinha contra o HIV, no entanto, e curiosamente, o fato de ser protestante teve uma relação positiva para este comportamento.

Tabela 19

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Uso de Camisinha como Contraceptivo” entre Jovens Brasileiros

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,10
Gênero	-1,34**	,27	,26	
Idade	-,21**	,05	,80	
Pto. de Saúde	,17	,31	1,19	
Modelo 2				,10
Gênero	-1,34**	,28	,26	
Idade	-,22**	,05	,80	
Pto. de Saúde	,17	,31	1,19	
Religiosidade	,01	,14	1,01	
Católico	-,02	,30	,98	
Protestante	-,31	,40	,73	

Nota: ** $p < ,001$; * $p < ,05$

Tabela 20

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Uso de Camisinha para Prevenção de HIV” entre Jovens Brasileiros

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,20
Gênero	-1,55**	,09	,21	
Idade	,23**	,03	1,26	
Pto. de Saúde	,28*	,10	1,32	
Modelo 2				,24
Gênero	-1,50**	,10	,22	
Idade	,25**	,03	1,28	
Pto. de Saúde	,29*	,11	1,34	
Religiosidade	-,19**	,05	,83	
Católico	,11	,11	1,11	
Protestante	,64**	,14	0,53	

Nota: ** $p < ,001$; * $p < ,05$

Um outro componente do índice de risco sexual foram os casos de abuso sexual (intrafamiliar e extrafamiliar). Os casos de abuso sexual também passaram por regressões logísticas, considerando-se o abuso extra e intrafamiliar. O modelo final para a variável de “abuso extrafamiliar” (Tabela 21) apresentou variância explicada de apenas 5%, tendo como variável preditora significativa apenas a idade do participante, indicando uma tendência para os participantes mais jovens. Já no caso de “abuso intrafamiliar” (Tabela 22), a variância explicada foi menor (2%), porém, as variáveis significativas no modelo final foram o acesso ao posto de saúde e a religiosidade, ambos relacionados de maneira negativa ao abuso.

Tabela 21

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Abuso Extrafamiliar” entre Jovens Brasileiros

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,04
Gênero	,67	,43	1,95	
Idade	-,22*	,09	,80	
Pto. de Saúde	,24	,44	1,28	
Modelo 2				,05
Gênero	,70	,44	2,00	
Idade	-,22*	,09	,80	
Pto. de Saúde	,26	,44	1,30	
Religiosidade	-,19	,24	,83	
Católico	,79	,51	2,21	
Protestante	,33	,60	1,39	

Nota: ** $p < ,001$; * $p < 0,05$

Tabela 22

Regressão Logística para os Preditores da Variável “Abuso Intrafamiliar” entre Jovens Brasileiros

Variável	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds Ratio	<i>R</i> ²
Modelo 1				,01
Gênero	,05	,25	1,06	
Idade	-,03	,07	,97	
Pto. de Saúde	-,79*	,35	,45	
Modelo 2				,02
Gênero	,15	,25	1,16	
Idade	-,02	,07	,98	
Pto. de Saúde	-,76*	,35	,47	
Religiosidade	-,28*	,15	,76	
Católico	,03	,32	1,03	
Protestante	,25	,40	1,28	

Nota: ** $p < ,001$; * $p < 0,05$

A seqüência de análises de regressão apresentadas nas Tabelas acima revela que a religiosidade atua de maneira pontual no comportamento sexual dos jovens investigados. Enquanto contribui para o atraso do início da vida sexual, pode ter se tornado um fator de risco após a primeira experiência sexual. Dentre os comportamentos de risco que fazem parte do índice de comportamento de risco sexual utilizado neste estudo, revelou-se a influência negativa da religiosidade para o não uso de preservativo como método para prevenir HIV.

2. Estudo 2

2.1 Análise de *Attrition*

Este estudo foi realizado com delineamento longitudinal e contou com a participação de uma parcela dos jovens de Porto Alegre que responderam ao questionário no Tempo 1 (T1) da pesquisa. A Figura 10 mostra que dos 1024 participantes de T1 obteve-se informação sobre 729 jovens, sendo que 293 continuam na escola e foram convidados a participar da segunda etapa da pesquisa. Dessa forma, dos 1024 participantes desta cidade, 223 jovens aceitaram o convite para participar novamente em T2 (um ano após a primeira coleta). Alguns casos que omitiram informações sobre identificação dos questionários em T1, tais como gênero e idade, foram excluídos e o *n* final de T2 foi 204 jovens. Não foram obtidos dados sobre 248 jovens por falta de identificação nos questionários em T1, uma vez que os procedimentos éticos permitiam que estes não revelassem seus verdadeiros nomes, inviabilizando a localização nas listas de matrículas das escolas.

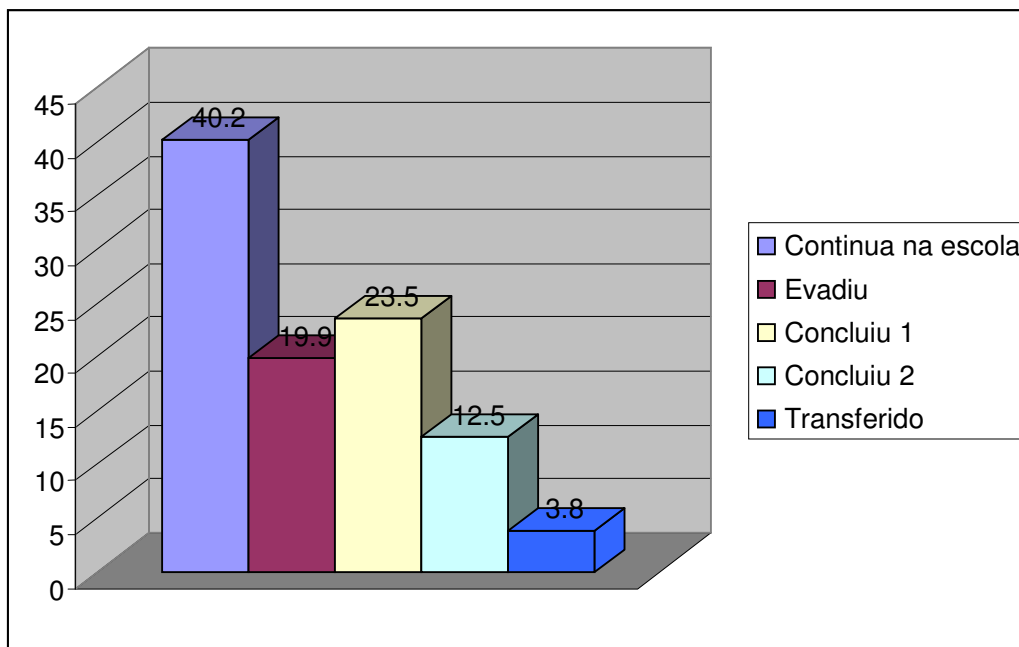


Figura 10. Situação dos jovens em T2 com relação ao vínculo escolar (n=729)

Dos jovens que permaneceram na escola em T2 ($n=293$), nem todos participaram do estudo, pois alguns não foram encontrados, apesar de matriculados, porque não estavam freqüentando as aulas. O grupo de estudantes não encontrados na escola, formado por 70 jovens, sugere possível evasão ao longo do ano (uma vez que os dados foram coletados no segundo semestre). O número de evadidos da escola, entre T1 e T2, em um ano de intervalo revelou-se alarmante (19,9%). Parte deles, 23,5% dos participantes concluíram o ensino fundamental e não continuaram na escola, retratando assim, também, o abandono dos estudos formais por parte dos jovens, pois não houve para estes casos informação de pedido de transferência.

Inicialmente, foram realizadas comparações entre o grupo de jovens que participaram somente em T1 (grupo nomeado como “egressos”) e para aqueles que continuaram no estudo em T2 (grupo nomeado de “remanescentes”), foram realizados testes t e de Qui-quadrado para as medidas em T1 (tempo no qual todos foram respondentes) considerando-se variáveis como: idade, gênero, comportamentos sexuais e religiosidade. Por exemplo, considerando-se a variável “idade”, compararam-se as respostas dos “remanescentes” *versus* “egressos” em T1. Assim, verifica-se a influência da variável investigada em T1 para a continuidade no estudo, caracterizando os dois grupos.

O grupo de jovens remanescentes apresentou idade média de 15,40 anos ($SD=1,31$), mais baixa do que o grupo egresso, que teve média de 16,20 anos ($SD=1,83$). Tal dado é coerente com o fato de que os mais velhos foram justamente os que devem ter concluído o ensino fundamental e médio, portanto, saíram da escola e conseqüentemente do estudo em T2.

A Figura 11 mostra os resultados que indicam a diferença de gênero entre os grupos de egressos e remanescentes, na qual foram considerados os dados de 977 participantes com respostas válidas. Entre os remanescentes houve uma maior participação de jovens do gênero feminino, mostrando uma inversão significativa na proporção de participantes por gênero entre T1 e T2 ($\chi^2=11,05$; $p<0,001$). Esse dado revela uma perda de participantes mais elevada para o gênero masculino e está de acordo com o esperado para a população escolar no Brasil, que diz que os jovens do gênero masculino tendem a sair da escola mais cedo do que as do gênero feminino. Tal dado revelou-se na dificuldade de acesso a estes participantes em T2.

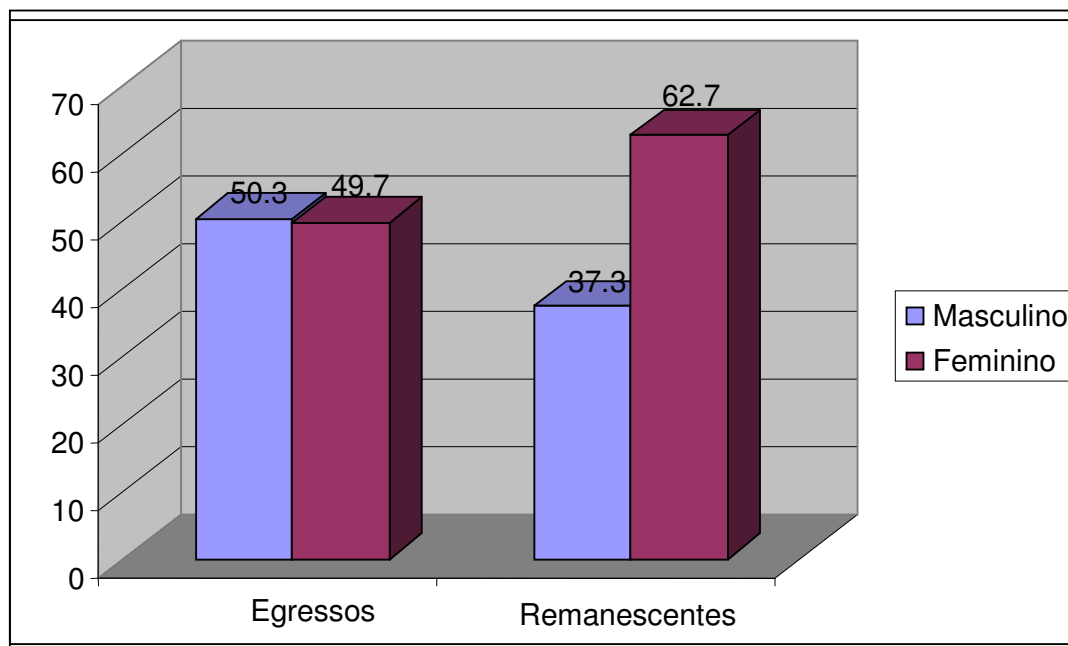


Figura 11.

Diferença percentual de participantes por gênero entre os grupos de egressos e remanescentes ($n=977$)

a) Sexualidade

A idade média da primeira relação sexual foi significativamente mais baixa ($t=-2,59$; $df=481$; $p=0,01$) para os remanescentes ($M=13,71$; $SD=1,58$) do que para os

egressos ($M=14,23$; $SD=1,68$). Porém, considerou-se a hipótese de um efeito de memória, pois, sendo os jovens remanescentes mais jovens, pode ter havido uma tendência em reportar-se ao passado mais recente (lembrança da idade da primeira relação sexual). No entanto, os resultados da Figura 12 revelaram que o número de jovens que teve a primeira relação sexual antes de T1 foi proporcionalmente menor entre os remanescentes ($\chi^2=15,42$; $p<0,001$), indicando que no processo de perda de participantes houve maior perda de jovens não-virgens.

Do mesmo modo, observou-se que um menor número de jovens remanescentes que já haviam tido episódios de gravidez antes de T1 ($\chi^2=4,86$; $p=0,08$), indicando, portanto, perda de participantes que estiveram grávidas no passado. Possivelmente, a saída de participantes mais velhos do estudo foi uma variável de interferência para este resultado. A Figura 12 apresenta os percentuais para primeira relação sexual e episódios de gravidez (vinte participantes não responderam).

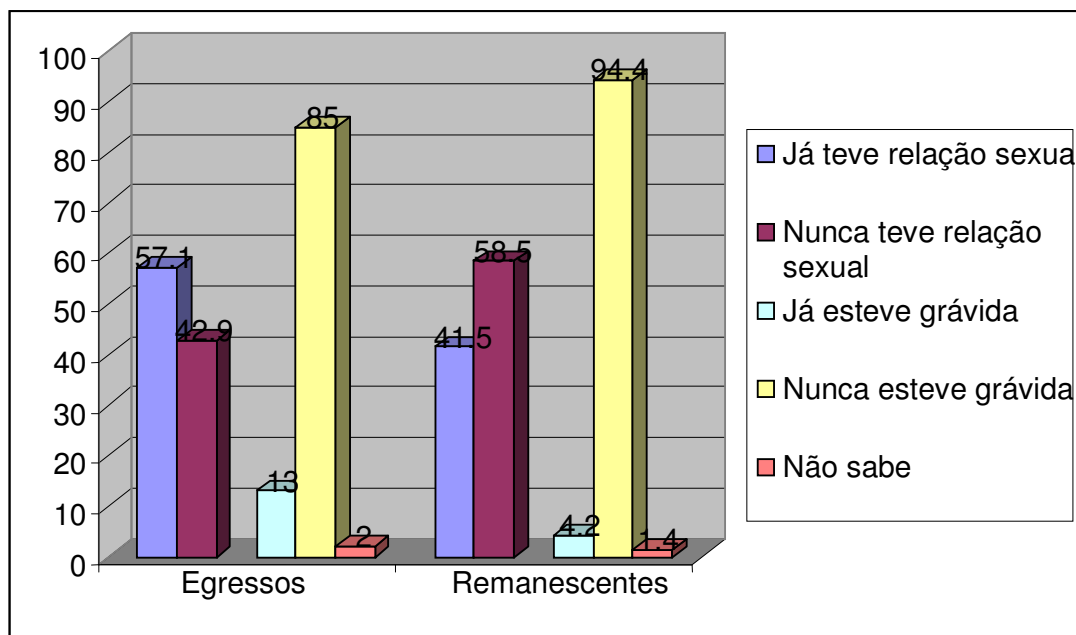


Figura 12. Percentagem de jovens egressos e remanescentes que tiveram a primeira relação sexual ($n=957$) e gravidez ($n=471$)

Considerando-se os outros comportamentos que compõem o índice de comportamento de risco sexual (ver Tabela 23), houve diferença significativa apenas para o uso de camisinha, nas duas modalidades: como contraceptivo e para evitar

HIV. Enquanto os remanescentes reportaram maior uso de camisinha como forma de evitar HIV, os egressos reportaram maior uso quando o objetivo foi a contracepção. Estes dados foram coerentes com a variável “idade” e com os episódios de gravidez para os egressos, pois indicam que os mais velhos têm o mesmo padrão para tais variáveis. Não houve diferença significativa para os casos de abuso sexual extra e intrafamiliar ($p>0,05$).

Tabela 23

Percentuais de Uso de Camisinha e Abuso Sexual para Jovens Egressos e Remanescentes Questionados em T1

	Egressos (n)	Remanescentes (n)	χ^2 (p)
Não usa Camisinha – HIV	36% (265)	47% (88)	8,11 (,004)
Não usa camisinha – Contracepção	10% (40)	0% (0)	8,48 (,004)
Abuso intrafamiliar	3% (22)	2,21% (4)	0,46 (,50)
Abuso extrafamiliar	0,7% (5)	0% (0)	1,31 (,25)

b) Religiosidade

Não foi encontrada diferença significativa para o nível de religiosidade dos participantes em T1 entre os dois grupos ($t=1,00$; $df=822$; $p=0,31$). Os jovens egressos tiveram média de -0,40 ($SD=0,97$) no índice de religiosidade composto pelos sete ítems sobre religiosidade/espiritualidade (ver p. 53), enquanto os jovens remanescentes tinham média de -0,32 ($SD=1,03$) quando foram questionados pela primeira vez (em T1). A Tabela 24 apresenta os percentuais para afiliação religiosa, considerando-se os três grandes grupos religiosos em análise (Sem Religião, Católicos e Protestantes). Não houve diferença significativa entre os grupos ($p>0,05$). No entanto, percebe-se uma perda maior de participantes sem religião (entre T1 e T2), seguidos pelos protestantes, com moderado aumento na proporção de católicos.

Tabela 24

Percentuais Comparativos de Jovens Egressos e Remanescentes para as Diferentes Afiliações Religiosas em T1

	Egressos (n)	Remanescentes (n)	χ^2 (p)
Sem Religião	34,5% (228)	29,1% (50)	1,80 (,18)
Católicos	47,8% (316)	55,2% (95)	3,01 (,08)
Protestantes/Evangélicos	17,7% (117)	15,7% (27)	0,38 (,54)

Entre os jovens remanescentes ($n=172$), houve diferença significativa para as médias de religiosidade entre T1 e T2 ($t= 4,98$; $df=54$; $p<0,001$). Mostrando que a média de religiosidade aumentou para a amostra total de remanescentes, passando de $-0,31$ ($SD=1,05$) para $0,01$ ($SD=0,99$). Ou seja, os mesmos participantes obtiveram médias do índice de religiosidade mais altas um ano depois da primeira aplicação do instrumento.

2.2 Análise Longitudinal

Nesta seção estão apresentados os resultados das análises apenas para os remanescentes, ou seja, os dados longitudinais. Comparou-se dados nos dois momentos do estudo longitudinal (T1 e T2), a fim de verificar diferenças em variáveis específicas (gênero e idade) a partir da condição sexual (vírgens e não-vírgens) e religiosa. Assim, primeiramente, os remanescentes foram divididos em três grupos: Grupo 1 – “Virgens”, aqueles que eram virgens em T1 e continuaram virgens até T2; Grupo 2 – “Debutantes”, aqueles que eram virgens em T1 e perderam a virgindade até T2; e, Grupo 3 – “Não Virgens”, aqueles que já não eram virgens em T1. A Figura 13 apresenta os percentuais para cada um destes grupos. A maioria dos participantes já não era virgem em T1 (41,7%), e 21,1% tiveram a primeira experiência sexual no intervalo de um ano entre T1 e T2.

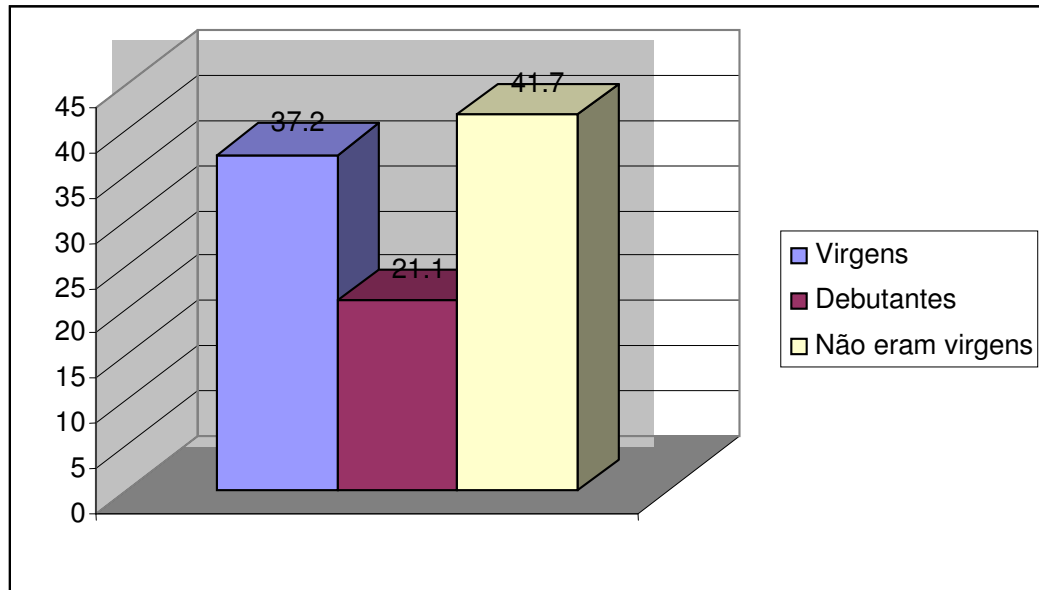


Figura 13. Percentual de jovens remanescentes segundo a condição de experiência sexual ($n=199$)

Não houve diferença significativa intragrupo segundo o gênero do participante quanto aos percentuais de virgens e debutantes (ver Figura 14). No entanto, observa-se, na comparação entre grupos (por gênero), um percentual maior de virgens para o gênero feminino e um percentual maior de debutantes para o gênero masculino.

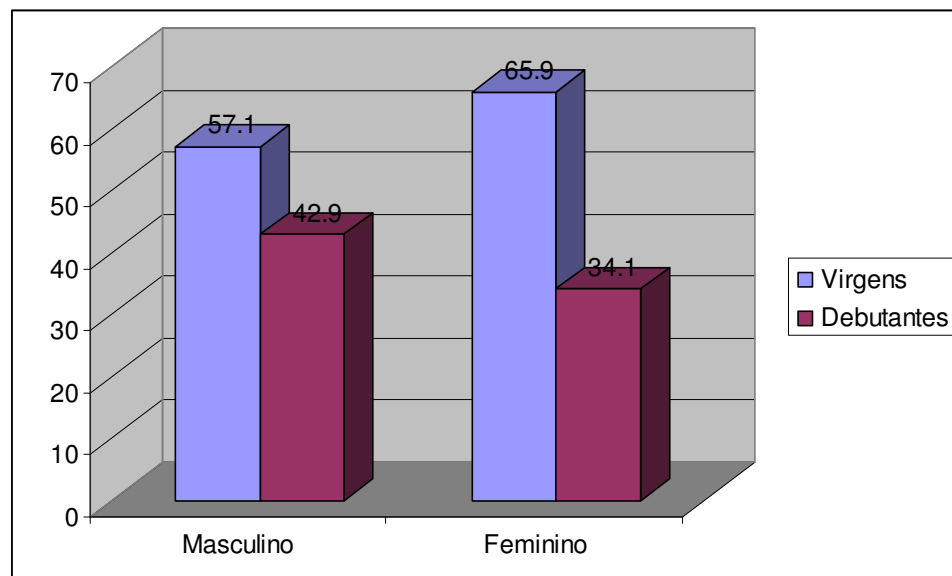


Figura 14. Percentual de jovens virgens e debutantes por gênero em T2 ($n=116$; $\chi^2=2,83$; $p=0,09$)

Houve diferença significativa ($p=0,02$) para a idade média entre os grupos de virgens e debutantes, sendo estes mais velhos ($M=16,56$ anos, $SD=1,63$), que os virgens ($M=15,99$ anos, $SD=1,03$). A média do índice de religiosidade para o grupo que se manteve virgem foi de 0,31 ($SD=0,84$), numericamente mais alta que a do grupo debutante, 0,17 ($SD=0,94$), no entanto, um teste T revelou que esta diferença não foi significativamente diferente ($p=0,45$).

A Tabela 25 apresenta os percentuais de virgens e debutantes em cada uma das afiliações religiosas. A diferença foi significativa apenas para o grupo “sem religião”. O maior percentual de católicos na categoria “virgens” foi proporcionalmente de acordo com o maior número de participantes desta afiliação religiosa na amostra, no entanto, não houve diferença significativa.

Tabela 25

Percentual e Freqüência de Jovens Virgens e Debutantes em T2 para Grupos de Afiliação Religiosa

	Virgens	Debutante	χ^2 (p)
Sem Religião	17,7% (11)	40,0% (14)	5,80 (0,02)
Católicos	56,5% (35)	48,6% (17)	0,56 (0,45)
Protestantes/Evangélicos	25,8% (16)	11,4% (4)	2,83 (0,09)

Para os participantes remanescentes, foi realizada uma análise de regressão logística, a fim de identificar preditores da experiência sexual no período entre T1 e T2. Dessa forma, foi incluído na análise apenas o grupo de participantes virgens em T1. A variável de desfecho (virgindade em T2) foi codificada com maior valor para o debute sexual (ver Tabela 26). No primeiro modelo, foram inseridas como preditores as variáveis gênero, idade e acesso ao posto de saúde. Tal modelo teve variância explicada de 17%, mas somente a idade foi um preditor significativo, indicando que o aumento de idade contribui para a situação de debute sexual. No modelo final para foram inseridas as variáveis, religiosidade, católico (*versus* protestantes e sem religião) e protestantes (*versus* católicos e sem religião). Este modelo revelou que apenas a idade do participante e o fato de ser Católico foram preditores significativos da primeira experiência sexual, com variância explicada para o modelo final de 28%. A idade aparece como preditor positivo, ou seja, o aumento da idade aponta para

aumento da possibilidade de debute sexual; enquanto o fato de ser católico aparece com um preditor negativo, diminuindo a chances de debute sexual. Não houve peso significativo para o nível de religiosidade como preditor do debute sexual.

Tabela 26

Regressão Logística para as Variáveis de Predição da Virgindade em T2 para os Participantes Remanescentes

Variável	Modelo 1				Modelo 2			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds ratio	IC 95%	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Odds ratio	IC 95%
Gênero	,14	,65	1,15	,32- 4,11	,40	,70	1,49	,38- 5,87
Idade	,37*	,26	2,09	1,25- 3,50	,79*	,28	2,20	1,27- 3,79
Pto. de Saúde	,87	,61	2,38	,73- 7,82	,85	,65	2,35	,66- 8,40
Religiosidade					-,12	,33	,89	,47- 1,69
Católico					- 1,52*	,68	,22	,06- 0,82
Protestante					-1,21	,92	,30	,05- 1,81
Nagelkerke		0,17				0,28		
R^2								
-2 log		89,73				82,77		

A fim de analisar a hipótese da relação bidirecional do comportamento sexual, ou seja, o fato de escores de religiosidade serem alterados a partir de mudanças no comportamento sexual. Foram realizadas análises tendo como foco a variável “nível de religiosidade”. A partir dos grupos de remanescentes (Virgens, Debutantes e Não Virgens) foi feito um levantamento comparando-se a média do nível de religiosidade em cada um dos três grupos de experiências sexuais diferentes nos dois tempos do estudo (Tabela 27). As análises revelam um aumento no nível de

religiosidade entre T1 e T2 para todos os grupos, porém esta diferença foi significativa apenas para os grupos de Virgens e Debutantes. Estes resultados sugerem que outras variáveis, além da experiência sexual, podem estar atuando para as alterações no nível de religiosidade.

Tabela 27

Médias de Religiosidade em T1 e em T2 segundo o Comportamento Sexual de Jovens Participantes Remanescentes

	Religiosidade T1	Religiosidade T2	t; df; p
Virgens	-,03	,29	3,78; 54; <,001
Debutante	-,30	,27	3,88; 35; <,001
Não Virgens	-,50	-,33	1,62; 68; =,11

Foi realizada uma análise de regressão linear a fim de verificar as variáveis predictoras do nível de religiosidade em T2 (Tabela 28). No primeiro modelo, foram inseridas como preditores as variáveis gênero, idade e religiosidade em T1. Este modelo teve variância explicada de 49%, apresentando como variáveis predictoras significativas o gênero e a religiosidade em T1. Participantes do gênero feminino e aqueles com maiores índices de religiosidade em T1 aumentam a probabilidade de altos índices de religiosidade em T2. No modelo final, foi inserida a variável experiência sexual. O modelo final apresentou variância explicada de 50%, tendo como preditores significativamente relevantes o nível de religiosidade em T1(positivamente) e a experiência sexual (negativamente). Ou seja, os jovens mais religiosos em T1 e os que se mantiveram virgens entre T1 e T2, apresentam maiores chances de índices de religiosidade mais altos.

Tabela 28

Análise de Regressão Linear para Preditores da Religiosidade em T2 entre Jovens Remanescentes

Variável	Modelo 1			Modelo 2		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta	<i>B</i>	<i>SE B</i>	Beta
Gênero	,29*	,12	,14	,24	,12	,12
Idade	-,03	,03	-,05	-,02	,03	-,04
Religiosidade T1	,62**	,06	,65	,60**	,06	,63
Esperiência Sexual				-,14*	,07	-,12
R^2		,50			,51	
<i>F</i>		50,77			39,87	
R^2 ajustado		,49			,50	

Nota: Gênero (valor mais alto para feminino), Experiência sexual (valor mais alto para não virgens) * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Apenas para o grupo de virgens, foram realizadas análises para o item do instrumento que questionava sobre as razões para se manterem virgem. O objetivo principal deste item foi investigar se haveria influência da religião neste acontecimento. Foram feitas comparações para as respostas de participantes do gênero masculino e feminino, havendo diferença significativa apenas para a “idade adequada” e “falta de oportunidade” (Tabela 29). As jovens do gênero feminino apresentaram percentual maior justificando a falta de experiência sexual, por não ter idade adequada para tal atividade, enquanto os rapazes alegam com maior frequência a falta de oportunidade.

Tabela 29

Percentuais para Razões Declaradas pelos Jovens Virgens sobre o porquê não Tiveram Experiência Sexual

	Masculino (n)	Feminino (n)	χ^2 (p)
Religião	23,3% (7)	20,0% (13)	,14 (.71)
DSTs	43,3% (13)	31,3% (20)	1,31 (.25)
Grupo	20,0% (6)	12,5% (8)	,91 (.34)
Oportunidade	46,7% (14)	17,2% (11)	9,09 (.003)
Idade adequada	16,7% (5)	53,1% (34)	11,18 (.001)
Parceiro adequado	56,7% (17)	69,8% (44)	1,56 (.21)
Outro	10,0% (3)	8,2% (5)	0,82 (.78)

Apenas 23,3% dos rapazes e 20% das moças indicaram a religião como um fator que colaborou para a manutenção da virgindade. A Tabela 29 mostra os percentuais para as outras categorias, a saber: medo de contrair DST, influências do grupo social, falta de oportunidade, não ter a idade adequada, não ter encontrado o(a) parceiro(a) adequado(a). O maior percentual para ambos os gêneros foi o fato de não ter encontrado o(a) parceiro(a) adequado(a).

Capítulo IV

DISCUSSÃO

Este capítulo está dividido em cinco partes, com discussão sobre os temas: dados sócio-demográficos; religiosidade; a interação da variável religiosidade com sexualidade; análise do estudo longitudinal; e, limitações desta tese.

1. Dados Biosociodemográficos

Este estudo mostrou um número mais reduzido de jovens participantes do gênero masculino. Este dado está de acordo com os dados do Ministério da Educação (Censo Escolar, 2006). Este tem apontado expectativas diversas para a diferença no nível de escolarização por gênero no Brasil. Tem havido mais alunos do gênero feminino matriculados nas escolas públicas estaduais e municipais. O fato de contar com 91,5% dos participantes na faixa entre 14 e 18 anos, também é coerente com a idade da escolarização para a população geral, explicando o difícil acesso aos jovens entre 19 a 24 anos, que já estão fora da escola.

Quanto à orientação sexual, houve um número maior de declarações por parte dos participantes como heterossexuais. O número reduzido de participantes que se declararam homossexuais pode ser encarado como um viés do instrumento de coleta de dados, uma vez que a aplicação coletiva (nas salas de aula) pode ter intimidado os participantes quanto à esta questão, ainda tabu. Além do mais, a faixa etária investigada pode ainda apresentar uma auto-definição inconsistente e não totalmente formada quanto à sua orientação sexual. Neste estudo, obteve-se apenas 1,2% dos participantes declarando-se homossexuais, quando à expectativa nacional seria de cerca de 10% da população brasileira, distribuídos como 54% gays, 28% como lésbicas, 17% como bissexuais e 1% como outros (Censo GLS, 2000). A falta de representatividade destes grupos, por orientação sexual, no presente estudo não permitiu realizar análises específicas. Além do mais, a opção de não utilizar a orientação sexual como variável independente baseou-se em prudência, pois alguns jovens podem ter se confundido com a terminologia, uma vez que, em várias escolas, durante a aplicação, alguns participantes revelaram desconhecer tais termos e solicitaram explicações para a equipe de pesquisa. A falta de conhecimentos básicos e formalizados sobre tal temática tão crucial no desenvolvimento sexual já informa

como o assunto sexualidade é tratado dentro das escolas. Jovens, cuja atividade sexual já foi iniciada, não apresentaram conhecimentos mínimos sobre terminologias da área, necessitando de apoio da equipe de pesquisa para responder ao instrumento utilizado.

A média de idade da primeira relação sexual para os participantes deste estudo, 14,24 anos ($SD=1,93$; ver Figura 5), está abaixo dos índices apontados pelo Ministério da Saúde (2005), para a população nacional, que é entre 15 e 16 anos. Este dado está de acordo com a previsão da redução da idade para a primeira relação sexual e confirma a tendência apontada por outros estudos que hipotetizam uma cultura de liberação sexual mais precoce (Szwarcwald, Júnior, Pascom, & Júnior, 2004). No entanto, o estudo de Taquette, Vilhena e Paula (2004) não apoia a hipótese de que a baixa idade da primeira relação sexual esteja ligada à maior exposição aos comportamentos de risco, como a inconsistência no uso de camisinha. Para as autoras, adolescentes de todas as idades envolvem-se em sexo sem proteção num mesmo padrão.

Parte da literatura internacional vem defendendo a idéia de que a vida sexual dos adolescentes na atualidade tem sido influenciada pelos novos padrões de infância criados pela sociedade (Doswell, Kouyate, & Taylor, 2003). Para os autores, a iniciação sexual precoce é reflexo da “infância da pressa”, na qual fases são transpostas e jovens são pressionados a entrar na vida adulta cada vez mais cedo. Como aponta Elkind (2001), as crianças e adolescentes já vestem-se como adultos, assistem filmes e programas de TV para adultos, e, conseqüentemente, querem se comportar como adultos, o que inclui o início de uma vida sexual. Além disso, a baixa idade para primeira relação sexual pode estar associada ao nível socioeconômico dos jovens, corroborando estatísticas do WHO (2005) e do Ministério da Saúde (2005), assim como a hipótese defendida por Waystaff, Delameth e Havens (1999), que sugerem que a população empobrecida está mais vulnerável aos comportamentos sexuais de risco, principalmente o sexo precoce e a baixa frequência do uso de camisinha. Os dados também confirmam a diferença de gênero, apoiando a hipótese de que, apesar dos avanços quanto à cultura de gênero brasileira, ainda observa-se a manutenção da divergência cultural na forma como moças e rapazes lidam com a sua vida sexual (Antunes, Peres, Paiva, Stall, & Hearst, 2002). Tradicionalmente, meninos são mais encorajados a iniciar a vida sexual mais cedo do que as meninas e de forma mais aberta.

Parte dos casos de início precoce de vida sexual, no entanto, sugerem um aspecto preocupante relativo aos indícios de abuso sexual. Os casos relatados neste estudo apresentam números alarmantes. Considerando-se que a legislação brasileira (ECA, 1990), que aponta o sexo com crianças (menores de 13 anos) como abuso sexual e crime *ad juris*, os casos presumidos deste estudo por indicação de vida sexual antes dos 13 anos de idade ultrapassam 10% da amostra. No entanto, comparando-se este resultado com os relatos espontâneos de abuso (questões 80 e 81), foram encontrados apenas 3,1% de casos. Surpreendentemente, ao contrário do esperado, não houve diferença significativa para gênero do participantes nos relatos de abuso. Estudos anteriores (Leal & Leal, 2002) e estimativas nacionais (OIT, 2005) apontam que os casos de abuso sexual devem ser mais frequentes envolvendo vítimas do gênero feminino. O número de meninos que passaram por abuso sexual foi relativamente alto. Tal revelação que induz à premissa de ocorrência do evento pode ter sido mais frequente, porque neste estudo este foi questionado de maneira indireta. Ou seja, o participante informou que teve uma relação sexual antes dos 13 anos de idade. Possivelmente, o mesmo menino que respondeu que teve experiência sexual antes dos 13 anos não teria dito que sofreu abuso sexual. Tradicionalmente, há um menor auto-relato de abuso entre os meninos, uma vez que a cultura machista banaliza as experiências sexuais masculinas colocando estas vítimas na condição de sujeito da experiência sexual.

O percentual de jovens que informaram usar algum tipo de método anticoncepcional foi alto para a faixa etária, em comparação com estimativas do Ministério da Saúde (2005) (ver Figura 6). As participantes do gênero feminino relataram um uso mais elevado destes métodos, uma vez que alguns destes é de aplicação exclusivamente feminina, como a pílula anticoncepcional. Estudos mostram que a percepção da capacidade de decisão e negociação sobre o sexo seguro é mais baixa entre as mulheres (Antunes et al., 2002). O poder implícito dados aos homens sobre o uso de camisinha, por exemplo, quase que exclui essa alternativa dentre as opções de contracepção oferecidas. A mulher passa, então, a utilizar os mecanismos que dependem apenas da sua iniciativa e não envolve negociação com o parceiro.

Houve uma diferença específica de gênero nos percentuais de uso de camisinha (Tabelas 7 e 8). Participantes relataram maior uso deste método, uma vez que o uso do preservativo ainda tende a ser resultado da iniciativa masculina

(Almeida et al., 2003). O fato dos rapazes usarem preservativo prioritariamente como método para evitar HIV/AIDS também é coerente, já que, culturalmente, a responsabilidade pela gravidez é maior para as mulheres. No entanto, estas parecem estar fazendo uso de outros métodos anticoncepcionais de responsabilidade exclusivamente feminina, como a pílula ou o DIU. Alerta-se para o fato de que o uso de preservativo como método contraceptivo é maior em todas as análises, o que demonstra uma maior preocupação relacionada à gravidez quando comparada à prevenção de HIV/AIDS. Para os jovens deste estudo, a gravidez pode ser um problema mais explícito e real, enquanto o HIV/AIDS permanece como distante para a vida deles, uma vez que não faz parte da esfera pública das suas vidas, mantendo-se a falta de percepção da vulnerabilidade e a idéia de imunidade.

Dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a de mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres, como é o caso da América Latina. No Brasil, estima-se que aproximadamente 20-25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, apontando que uma em cada cinco gestantes é adolescente, com idade entre 14 e 20 anos de idade (Santos Júnior, 1999).

Aquino e colaboradores (2003), em estudo multicêntrico no Brasil, encontraram que a prevalência de gravidez antes dos 18 anos de idade (maioridade legal brasileira) foi relatada por 8,9% dos homens e 16,6% das mulheres. O mesmo estudo relata, no entanto, que a maior parte dos episódios de gravidez para esta população aconteceu no contexto de um relacionamento afetivo, sendo maior o relato masculino sobre a gravidez de uma parceira eventual do que um relato feminino sobre esta situação. Destaca-se neste estudo o fato de que a ocorrência de uma gravidez antes dos vinte anos variou inversamente com a renda e a escolaridade.

Para além da gravidez propriamente dita, a discussão em questão coloca em foco uma alteração no ciclo de desenvolvimento destes adolescentes pais e mães, a partir do nascimento da criança. Ou seja, considera-se aqui uma reflexão a longo prazo do fenômeno da gravidez na adolescência.

Segundo Heilborn et al. (2002), analisar o impacto da gravidez nas trajetórias escolar e profissional dos adolescentes, requer um exercício de relativização destas instâncias nas vidas destes jovens dos diferentes níveis socioeconômicos. O fenômeno do prolongamento da juventude não parece ter impacto mais amplo para este grupo social, economicamente empurrados para uma trajetória de subsistência e

relações com a escola. Além do mais, uma análise destas variáveis deve contemplar o histórico e o retrato da situação referente à relação destes jovens com a escola e o trabalho.

Alguns estudos têm questionado a abordagem da sexualidade na adolescência como uma situação de exposição a riscos (conforme mencionado por Aquilo et al., 2003). Dessa forma, as consequências negativas apontadas para a gravidez na adolescência são postas em questão, quando argumenta-se que a saída da escola e a mudança da trajetória profissional são fatos precedentes à maioria dos casos de adolescentes grávidas. Aquino e colaboradores (2003) sugerem que a gravidez na adolescência seja vista de múltiplas formas (risco, proteção, desejada, indesejada etc), uma vez que esta é vivida pelos adolescentes de maneiras variadas.

Neste estudo, o foco na possibilidade de exposição ao risco sexual faz entender que um episódio de gravidez indesejada indica a realização de um ato sexual sem nenhum tipo de proteção, evidenciando esta prática como um comportamento de risco também para as DST e HIV/AIDS. Afinal, dados do Ministério da Saúde (2005) indicam para uma incidência elevada destas doenças em populações mais pobres, jovens e heterossexuais, exatamente o alvo deste estudo.

2. Religiosidade

Apesar de encontrar um maior número de jovens que se declararam como católicos, o percentual para este grupo é menor do que os indicadores do CENSO (IBGE, 2000), para o qual mais de 70% dos brasileiros são católicos. Este dado revela uma peculiaridade para essa faixa etária e grupo social, como vem apontando a literatura (Almeida & Montero, 2001). Segundo os autores, jovens de nível socioeconômico baixo formam a população que mais muda de religião no Brasil, questionando a religião dos seus pais e buscando respostas em outras afiliações. Além do mais, deve-se considerar que, tradicionalmente no Brasil, o índice de autoafirmação como católicos é maior, mesmo que esta religião não seja de fato praticada. Parte da explicação para isto encontra-se no fato de que a religiosidade faz parte da cultura brasileira e tornou-se introjetada na identidade construída para aqueles que foram educados em famílias tradicionalmente católicas, uma vez que são batizados e iniciados nesta religião. Como esperado, os jovens apresentaram alto percentual de respostas “sem religião”, confirmando a idéia de que nesta fase há um

maior afastamento das religiões institucionalizadas e maior trânsito religioso (Almeida & Montero, 2001).

O índice de religiosidade/espiritualidade, criado a partir dos dados deste estudo, foi satisfatório e atende à recomendação teórica internacional de considerar estas dimensões como uma medida única (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). As diferenças encontradas para este índice entre as diversas afiliações religiosas apontaram que, realmente, há uma distinção entre elas. Os participantes que se auto-declararam católicos formam um espécie de “linha de base” no gráfico do nível de religiosidade, refletindo uma tendência nacional (ver Figura 9). No Brasil, a facilidade de auto-declaração como católico miscigena este grupo de tal forma que torna difícil uma caracterização quanto ao nível de religiosidade. Como esperado, o grupo de protestantes/evangélicos demonstrou mais alto nível de religiosidade, uma vez que são religiões baseadas na prática (orações, cultos, escrituras e rituais sagrados).

O baixo nível de religiosidade informado pelos participantes de religiões afro-brasileiras pode ser explicado por algumas peculiaridades da escala utilizada. Um vez que os ítems questionam aspectos não usuais destas religiões como compósitos no índice de nível de religiosidade, como a leitura de escrituras sagradas e a oração, o que não é, usualmente, praticado por eles em leituras específicas de literatura desta religião. No entanto, a utilização de uma medida de religiosidade oriunda de um índice composto parece mais eficaz para avaliar religiosidade, do que a tentativa de redução de aspectos isolados, como frequência a cultos, o que é bastante comum em estudos internacionais. Além do mais, tradicionalmente, os praticantes das religiões afro-brasileiras costumam viver o sincretismo religioso de forma mais intensa, o que pode ter influenciado tal resultado. Por exemplo, é frequente para tais adeptos a auto-declaração como católico e a prática do candomblé (Almeida & Monteiro, 2002). Notadamente, as religiões afro-brasileiras ainda ocupam uma posição desprivilegiada, atuando como prática “alternativa” para muitas pessoas e com uma imagem social ainda vinculada à herança escravocrata brasileira de “marginal”.

Alguns dados são fundamentais para compreender o processo de busca de adesão e pertencimento religioso: o aumento do número de indivíduos pertencentes às religiões evangélicas e dos que se declaram sem religião, e a queda no número de católicos. Mais precisamente, esta compreensão deve ser feita focalizando a população-alvo deste estudo de jovens entre 14 e 24 anos.

Estudos internacionais recentes revelam uma diminuição dos níveis de religiosidade para adolescentes (ver Rostosky et al., 2004). Apesar do fato de que os jovens continuam afirmando acreditar em Deus, os estudos norte-americanos revisados por Rostosky e colaboradores revelam que a afiliação religiosa de forma mais institucionalizada deve estar sofrendo mudanças.

No Brasil, apesar da escassez de estudos quantitativos sobre o tema, a configuração parece semelhante com o quadro norte-americano. A religiosidade na adolescência, assim com outras esferas da vida, passa por uma série de questionamentos, no entanto, apesar dos conflitos com as instituições religiosas, parece que os adolescentes brasileiros continuam na sua maioria acreditando em Deus. Apesar disso, as investigações internacionais ainda são imprecisas ao tentar estabelecer as relações entre idade e nível de religiosidade (Rostosky et al., 2004).

3. Religiosidade e Sexualidade

Os dados transversais que investigaram a relação entre religiosidade e sexualidade revelaram que a religiosidade pareceu atuar na vida sexual dos jovens deste estudo, elevando a idade da primeira relação sexual. No entanto, verificando-se o grupo de jovens que já tiveram a primeira relação sexual, os mais religiosos são aqueles que apresentam médias mais elevadas no índice de risco sexual, expondo-se mais a comportamentos de risco. Ou seja, apesar da religião atrasar o início da vida sexual, atuando como possível fator de proteção, uma vez que o jovem inicia sua vida sexual, seus comportamentos sexuais tendem a ser de maior risco.

Os dados apoiam a hipótese de que religiosidade está negativamente associada à experiência sexual, ou seja, encontrou-se um menor número de jovens com alto nível de religiosidade no grupo sexualmente experiente (Tabelas 15 e 16). Tal dado aponta para o fato de que apesar de encontrar um menor número de jovens com alta religiosidade no grupo sexualmente experiente, aqueles que se engajam em experiências sexuais apresentam padrões de comportamento semelhantes. Ou seja, os jovens tendem a ter a primeira experiência sexual na mesma faixa etária, mas em proporções diferentes quanto ao número de religiosos e não-religiosos.

Para Doswell, Kouyate e Taylor (2003), tais aspectos devem ser analisados a partir de duas perspectivas básicas, uma que investigue tal influência do ponto de vista social e outra que focaliza em dimensões individuais. Do ponto de vista social, considera-se as igrejas ou qualquer afiliação religiosa, como comunidades que

formam uma rede social em torno de ideologias específicas, assim, o pertencimento grupal pode gerar uma tendência ao comportamento adotado pelo grupo. Entre estes comportamentos está o de abstinência. Doswell, Kouyate e Taylor (2003) levantam ainda duas dimensões individuais que podem ser influenciadas pela religiosidade, quais sejam, auto-regulação e independência. Para os autores, o desenvolvimento dessas duas dimensões provocariam alterações comportamentais que podem regular aspectos da sexualidade, como a abstinência.

A discussão sobre estes aspectos torna-se mais polêmica quando se questiona a efetividade dos programas religiosos pró-abstinência. Como já investigado em estudos internacionais (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), várias tentativas religiosas mostraram-se ineficazes, expondo jovens à desinformação e gerando situações de risco pós-debute sexual. Dessa forma, levanta-se a hipótese de que a religião, do ponto de vista grupal, pode atuar “na contramão” dos pressupostos de prevenção de AIDS/DSTs e gravidez do ponto de vista das políticas públicas. No Brasil, tal contradição parece ainda mais explícita, uma vez que as campanhas de prevenção têm um poder massivo e universal.

Para grupos de diferentes afiliações religiosas, os Protestantes/Evangélicos são aqueles que apresentam maiores índices de comportamento sexual de risco. Tal dado parece ser contraditório, uma vez que, justamente este grupo caracteriza-se como religiões “baseadas na conduta”, ou seja, precisam seguir uma série de padrões de comportamento para serem e se sentirem aceitos no grupo religioso (igreja). No entanto, como visto anteriormente, os Protestantes/Evangélicos são os que apresentam maior nível de religiosidade, corroborando a informação de que o maior nível de religiosidade está correlacionado positivamente ao maior índice de risco sexual.

A ética protestante, com o apoio da idéia de pecado, herdada do catolicismo, coordena os comportamentos numa lógica de gravidade das ações. Assim, transgredir a uma norma tem certa gravidade, com conseqüente punição divina, porém, transgredir a duas normas aumenta a gravidade da situação. Do ponto de vista prático, isto significa que se o sexo ocasional e fora das bençãos do matrimônio é algo pecaminoso, planejar esta ação deve ser algo de profundo tormento. Neste sentido, antecipar a possibilidade de ocorrência de um ato sexual, como possuir um preservativo na bolsa, como algo preventivo, ou seja, planejar o ato sexual seria algo

inconcebível para um adolescente fiel a este grupo. Lógica totalmente inversa à idéia de prevenção.

Para Westgate (1996), entre as dimensões da religiosidade está o desenvolvimento de um sistema de valores que orienta as ações das pessoas e que está baseado em fatores externos ou internos. A religião, na condição de referencial de apoio cultural, entra numa negociação que passa por estas duas esferas de valores (internos e externos) e provoca um embate com a libido e os desejos naturais do desenvolvimento sexual desta fase da vida. O sexo é, então, encarado como uma tentação, da qual o jovem deveria fugir. Como aponta Júnior (2003), quanto mais desenvolvido este sistema de valores religiosos, mais é gerada uma situação que leva os fiéis a atitudes dogmáticas, rígidas e dependentes. A religiosidade pode, portanto, estar ligada tanto à saúde como à doença.

Os dados aqui relatados revelam que o grupo de católicos usam camisinha num padrão não diferenciado do grupo sem religião (Tabelas 19 e 20). A princípio, tal dado aparenta uma contradição, uma vez que o catolicismo tem pressupostos claros e contrários sobre o uso de tal método. Na verdade, o fato de fazer sexo fora da relação matrimonial já se configuraria como uma transgressão em si.

Estudos internacionais revelam resultados opostos, nos quais católicos têm um padrão de comportamento sexual mais rígido e coerente com sua religião (ver Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001). Os dados deste estudo corroboram a idéia de um “catolicismo brasileiro”, cujas regras são flexibilizadas pelos próprios fiéis que julgam não haver contradição entre seus comportamentos e os ditames da sua igreja. A naturalização do planejamento familiar entre casais católicos, por exemplo, com uso de camisinha e pílulas anticoncepcionais, abre espaço para a tolerância a estes comportamentos, a despeito das recomendações oficiais. O que parece ser mais complicado para aqueles fiéis das religiões baseadas na conduta, notadamente, os evangélicos neopentecostais.

Analisando o fenômeno da “flexibilidade” católica, Rodrigues (2000) levanta a idéia de uma “migração” interna. Para a autora, pode existir a possibilidade de permanência na mesma afiliação religiosa com um contínuo fluxo de mudanças de concepções sobre a própria religião, o que permitiria a auto-afirmação como religioso sem o necessário compromisso com os valores institucionais. Tal fato, configura-se como um fenômeno marcadamente católico brasileiro, como investigado no seu estudo com mulheres católicas feministas. Segundo Rodrigues,

mulheres que percebem a possibilidade de contradição, repensam a sua religião, ou seja, para elas dar “novos significados à orientação religiosa, é possível elaborar uma identidade religiosa alternativa para vivenciar sua espiritualidade” (ed eletrônica).

No entanto, além das considerações do ponto de vista do processo individual de conciliação com a religião, deve-se lembrar da construção histórica temporal que permite tal tipo de ponderação entre espiritualidade e religiosidade. O desgaste de certas religiões no Brasil e o surgimento de novas possibilidades de expressão alimentam o leque de opções na relação entre fiel e igreja. Num país de maioria católica, o hiato entre a vida social e religiosa parece crescente, abalando as relações também no nível individual. Como Rodrigues (2000) aponta:

“O que é interessante de ressaltar é que mesmo conscientes da necessidade de mudanças no Catolicismo sobre as questões da sexualidade em relação às suas realidades, e que sua conduta não é aceita pela Igreja como lícita, em nada o fato interfere em sua identificação com católicas, e a maioria declarando-se católica praticante. Assim, a religião passa de uma esfera social a uma dimensão pessoal e individual para essas mulheres” . (ed eletrônica).

Marques (2000), em sua revisão sobre o assunto, aponta ponderações sobre as diferenças da religiosidade intrínseca e extrínseca. A autora encontrou em diversos estudos que a religiosidade intrínseca está mais fortemente relacionada a resultados positivos na saúde dos fiéis, como menor depressão, altos níveis de força egóica e comportamento social integrado. Por outro lado, aqueles com religiosidade extrínseca tendem a apresentar alta ansiedade, sentimento de fraqueza e mal ajustamento, entre outros problemas. Segundo o autor, os altos níveis de religiosidade, em especial a extrínseca, podem também estar relacionados a conflitos com as questões de saúde. Seu estudo indica que os evangélicos (altamente extrínsecos) apresentam significativos distúrbios de saúde quando avaliados pelo questionário geral de saúde. No entanto, a espiritualidade, que está relacionada à religiosidade intrínseca, parece estar relacionada a bons níveis de saúde no mesmo questionário.

Considera-se que outras variáveis podem estar implicadas nesta relação entre religiosidade e sexualidade. Por exemplo, nível educacional e socioeconômico são estreitamente ligados aos comportamentos sexuais de risco (Xavier, 2000). Neste

estudo, como partiu-se de uma amostra delimitada quanto a estas variáveis, optou-se pela investigação de hipóteses teóricas já desenvolvidas, que abordam gênero, idade, afiliação religiosa e cuidados com a saúde (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001).

A regressão logística para a primeira relação sexual confirma que o fato de ser mais religioso e ser protestante (grupo de mais alto nível de religiosidade) são preditores que diminuem a probabilidade de ter relação sexual (Tabela 15). A regressão linear múltipla de preditores para o índice de risco sexual (Tabela 16) revelou uma influência positiva do uso do posto de saúde para promover comportamentos de proteção. A utilização do posto de saúde diminui a média no índice de risco sexual. Este fato é coerente com o esperado sobre prevenção em DST e HIV/AIDS, assim como contracepção, pois espera-se um maior nível de informação e orientação sobre tais assuntos.

Um questionamento pertinente sobre este tipo de resultado é se as pessoas que desenvolvem a sua espiritualidade também têm maior ou melhor atenção ao cuidados de saúde, uma vez que a espiritualidade implicaria um processo de valorização da vida. Como encontrou Marques (2000), em revisão, parece que as pessoas com espiritualidade desenvolvida cultivam bons hábitos de saúde e comportamento que proporcionam um bem-estar físico e psicológico.

Ainda a análise de regressão linear para preditores do índice de risco sexual, mostra que maior o nível de religiosidade, maior a chance de envolvimento com algum comportamento sexual de risco. A religiosidade parece ter mais influência no comportamento de “uso de camisinha contra HIV/AIDS”, porém, não é um preditor significativo para o uso de camisinha como método contraceptivo. Assim, jovens não diferem quando ao uso de camisinha como preservativo devido ao nível de religiosidade, corroborando a idéia de que a gravidez na adolescência parece ser um problema real para todos os jovens, independente da sua crença.

O dado positivo levantado aqui é o da adesão do jovem ao uso do preservativo como forma de contracepção, mesmo que este seja contraditório às crenças religiosas. Conclui-se que a religiosidade mostrou-se como um fator influente para o início da vida sexual, uma vez que um número significativamente menor de jovens religiosos têm experiência sexual, e como um fator neutro para o uso de preservativo e métodos contraceptivos. O que reitera a necessidade e a importância das campanhas para o uso de preservativo especificamente dirigidas à esta faixa etária. No entanto, ressalta-se o poder que as religiões baseadas na conduta

têm sobre o comportamento destes jovens, gerando um processo de dissonância que pode culminar numa situação de risco.

4. Estudo II

O Estudo II desta tese revelou a interação longitudinal da religiosidade com a sexualidade, investigando-se como jovens de diferentes religiosidades comportaram-se sexualmente ao longo de um ano. Também foi possível investigar o efeito dessa relação no caminho contrário, ou seja, como as mudanças no comportamento sexual provocaram (ou não) alterações no nível de religiosidade dos participantes.

O primeiro dado alarmente encontrado no Estudo II diz respeito ao problema do *attrition*, ou seja, o número de participantes que foram perdidos ao longo de um ano de intervalo (Figura 10). De 1024 jovens portoalegrenses em T1, apenas 293 estavam matriculados nas escolas em T2, sendo que 19,9% do total evadiu. Este número está muito acima da estatística de evasão nacional (Censo Escolar, 2005). Há uma clara diferença proporcional na evasão de acordo com gênero dos participantes (Figura 11), corroborando os dados nacionais que revelam uma tendência de alunos do gênero masculino interromperem os estudos mais precocemente, principalmente nas comunidades de nível socioeconômico mais baixo.

No entanto, de acordo com o Ministério da Educação, o número de jovens com baixa escolaridade vem caindo. Dados distribuídos pelo Ministério da Educação mostram que, em 1996, eram 12,2 milhões - 47,9% da população entre 14 e 24 anos fora da escola. Em 2002, eram 10,9 milhões (O Estado de São Paulo, 22/01/2008). Especificamente para as participantes do gênero feminino, percebeu-se que um número notadamente maior de jovens que tiveram gravidez abandonaram a escola (Figura 12). Tal dado indica que a gravidez em idade escolar pode ser um dos fatores de afastamento das jovens dos estudos formais. Tal dado é coerente com estimativas do Ministério da Educação (Censo Escolar, 2005) e reacende a discussão sobre a gravidez como episódio de risco em si, uma vez que o afastamento da escola implica uma reavaliação de perspectivas de vida pessoal e profissional.

Comparando-se os grupos de egressos e remanescentes, nota-se que não houve diferença entre estes quanto ao nível de religiosidade (Tabela 24). Ou seja, a religiosidade não parece ter sido um fator para manter ou afastar os jovens da escola. Neste sentido, a hipótese colocada por Zamora e Kuenerz (2002), de que a religiosidade seria uma forte base de apoio para jovens em situação de risco, no

sentido de mantê-los vinculados às instituições escolares, não pode ser confirmada por este estudo. No entanto, não descarta-se a possibilidade de uma diferença na forma (qualidade) da vinculação entre os jovens e a escola mediada pela participação religiosa, como propõem as autoras. Em algumas comunidades de periferias brasileiras não é incomum encontrar iniciativas religiosas que tentam dar suporte aos jovens no desenvolvimento dos seus projetos educacionais, por exemplo.

No período entre T1 e T2, um número maior de participantes do gênero masculino teve a sua primeira relação sexual (debute), indicando uma diferença de gênero para esta situação (Figura 14). Tal diferença já era esperada quando considera-se os padrões culturais da iniciação sexual no Brasil (já comentado anteriormente). O fato de ser católico mostrou-se como um forte preditor para que os jovens virgens se mantivessem virgens entre T1 e T2. No entanto, ser protestante não funcionou como um preditor significativo para a manutenção da virgindade. Ou seja, justamente os protestantes, grupo com maior nível de religiosidade, teve maior probabilidade de iniciação sexual no intervalo de um ano. Além do mais, como razão auto-declarada para a manutenção da virgindade, a religião aparece de forma discreta, com cerca de 20% para ambos os gêneros.

De acordo com Thornton e Camburn (1989), os comportamentos sexuais influenciados pela religiosidade são muito mais um resultado de uma pressão grupal do que de normas diretamente ditadas pela religião. Assim, o seguimento da regra de abstinência seria uma convenção grupal que vai além dos ditames da afiliação religiosa. Portanto, mesmo católicos e protestantes tendo regras claras sobre a abstinência sexual pré-marital, talvez, grupos específicos encarem estas regras de maneiras diferenciadas. A hipótese de Thornton e Camburn é coerente com os resultados encontrados neste estudo e com as reflexões sociológicas sobre a religiosidade brasileira (Almeida & Montero, 2001).

Mais uma vez, deve-se considerar que o grupo de católicos é formado por uma parcela bastante heterogênea, devido à facilidade de auto-declaração como tal, sem a real necessidade de afiliação institucional concreta. Como dito anteriormente, o grupo que se auto-declarou como católico demonstra uma maior adaptabilidade dos seus comportamentos aos pressupostos religiosos. Reafirmando a idéia de que a identificação com uma determinada religião pode acontecer após e subordinada às atitudes e comportamentos pregressos dos jovens.

Quanto à hipótese bidirecional, investigando-se a influência da experiência sexual para a alteração no nível de religiosidade, confirmou-se que perder a virgindade é um preditor para a diminuição do nível de religiosidade (Tabela 28). Ou seja, confirma-se a hipótese de que a resolução da dissonância entre sexualidade e religiosidade está no caminho da diminuição dos níveis de religiosidade, o que é coerente com a discussão proposta por Hardy e Raffaelli (2003).

Para Alvito (2001), a religião dá um sentido para a existência e para os acontecimentos da vida, pois tenta explicar o mundo de uma forma segundo a qual o acaso não existe. Percebe-se que os jovens deste estudo têm a religiosidade/espiritualidade como uma dimensão de importância nas suas vidas, porém, ao contrário do corolário defendido por Alvito, a explicação do mundo e a noção de acaso parece ser flexibilizada e acomodada à realidade vivenciada.

Tais análises levam cada vez mais a considerar que a ordem simbólica desempenha um papel ativo no ordenamento do mundo social. Mas também que a vivência do mundo social forma uma nova ordem simbólica do campo religioso. Como salienta Neves (1984):

“A visão religiosa não pode ser entendida apenas ao nível de sua atualização institucional – a igreja -, mas ela perpassa vários domínios sociais, constituindo uma ”teoria”, uma forma de conhecer e conceber o mundo que absorve grande parte dos atos cotidianos dos devotos.” (p. 50)

5. Limitações

Entre as limitações deste estudo, considera-se a hipótese de que a expectativa social para estas questões tenha gerado vieses nas respostas. Assim, alguns jovens podem ter respondido sobre o uso de preservativo aquilo que consideram correto, mas que não necessariamente corresponda aos seus comportamentos. No entanto, os dados estão próximos do encontrado em outros estudos brasileiros que indicam a baixa idade da primeira relação sexual e inconsistência no uso de preservativo (Almeida et al., 2003).

Não foi questionado sobre o uso de preservativo na última relação sexual, o que daria um dado mais preciso. No entanto, as respostas sobre uso de preservativo são um indicador do hábito de uso a partir do relato do participante, o que não garante que o comportamento aconteça de fato. Além do mais, não foi questionado

sobrea idade do parceiro da primeira relação sexual, o que seria mais um indicador de ocorrência de abuso sexual.

O baixo número de participantes que se auto-declararam homossexuais está de acordo com este tipo de metodologia (uso de questionário), uma vez que intimida participantes, no ambiente escolar e em idade de afirmação sexual, a revelar sua orientação. No entanto, os casos que afirmaram homossexualidade ou bissexualidade representam uma parcela de participantes que, mesmo nesta faixa etária, revelam uma identidade não exclusivamente heterossexual.

Quanto à religiosidade, não foi dada a opção para mais de uma religião, o que é comum no Brasil. Assim, segue-se a tendência de afirmar o catolicismo como afiliação, mesmo que tenha outra afiliação religiosa, como costumam fazer alguns espíritas e adeptos dos cultos afro-brasileiros.

A decisão de ter a escola como local base para a busca de participantes em T1 e realocização em T2, pode ter causado um problema de viés para os dados longitudinais, uma vez que, os jovens com maior probabilidade de episódios de risco podem estar fora da escola (jovens que passaram por episódios de gravidez ou que tiveram HIV/Aids, por exemplo). Os dados do Estudo II corroboram esta hipótese, pois houve maior número de casos de evasão entre os jovens que engravidaram antes de T1. Assim, dados sobre gravidez são subestimados neste estudo, uma vez que é possível que parte dos jovens que tenham passado por esta experiência entre T1 e T2 não está vinculada ao sistema educacional.

Capítulo V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entender o papel da religiosidade/espiritualidade na vida dos jovens de nível socioeconômico baixo não é tarefa fácil. A maneira singular como esta população se manifesta, explicitada pelo grande trânsito religioso e pela adaptação de crenças e valores morais, torna a análise ainda mais complicada. Entretanto, o universo religioso dessa população parece estar diretamente ligado à sua vida cotidiana, através de um código ideológico compartilhado pelo grupo social, seja ele o grupo formado pela população empobrecida ou pelos adolescentes e jovens em geral.

De acordo com Koenig (2001), existem quatro razões para a associação entre religião e saúde: 1) crenças religiosas provêm uma visão de mundo que dá sentido às experiências, seja positivo ou negativo; 2) crenças e práticas religiosas podem evocar emoções positivas; 3) as religiões fornecem rituais que facilitam e santificam as maiores transições da vida; e, 4) crenças religiosas, como agentes de controle social, dão direcionamento e estrutura para os tipos de comportamento socialmente aceitáveis. É nesta última categoria que a pergunta de estudo desta tese em enquadra. No entanto, esta exige um entendimento da realidade social da população investigada e de algumas peculiaridades do campo religiosos brasileiro.

No Brasil, a religião não parece mais ditar os comportamentos dos seus fiéis como fora anos atrás ou como acontece em outros países. A flexibilidade da religiosidade brasileira dá aos jovens a possibilidade de escolher a religião que mais se adapta ao seu estilo de vida. Notadamente, é na juventude que ocorre grande parte do trânsito religioso no Brasil, ou seja, jovens fazem opções religiosas, muitas vezes separando-se da afiliação de origem familiar. Principalmente após a secularização da sociedade brasileira e da crescente perda de hegemonia da Igreja Católica, mais práticas religiosas diversas surgem como um amplo mercado da fé. Neste mercado, a oferta de respostas para problemas cotidianos torna-se um dos atrativos principais das chamadas novas religiões (notadamente pentecostais e neopentecostais), extremamente populares nas periferias das grandes cidades e entre as classes populares e de baixa escolaridade. Dessa forma, a questão da vivência da sexualidade encaixa-se neste contexto de forma dupla, tanto como aspecto de saúde como

concepções de cunho moral - duas esferas da vida das pessoas que são marcadamente exploradas pelas novas teologias.

Assim, tenta-se entender como se dá a relação entre o ponto de vista religioso sobre o exercício da sexualidade e o comportamento de fato. Neste sentido, vale lembrar de outro fator, a chamada dupla moral sexual brasileira, na qual o discurso do que é ou não é correto (permitido) não parece coerente com as práticas vigentes. O Brasil é conhecido como um país sexualizado, na música, na televisão e no comportamento diário das pessoas, especialmente nas classes populares. No entanto, a sexualização da cultura brasileira, com um certo nível de normalização de comportamentos sexuais, parece esconder o lado sério da temática. Via de regra, não se fala de sexo dentro das famílias e das escolas e, em geral, nas religiões, o sexo é abordado como algo recusável e indiscutível. Neste sentido, pergunta-se como se dá a formação da sexualidade dos jovens num contexto cultural como o apresentado no Brasil da atualidade. O que os jovens brasileiros consideram normal ou desviante do ponto de vista do desenvolvimento sexual? E mais, a partir de que concepção de valores de vida os jovens tiram tais conclusões?

Como já apontaram Sheeran, Abrams, Abraham e Spears (1993), a literatura internacional sobre a relação entre religiosidade e sexualidade mostra dados inconsistentes para esta relação, além de problemas metodológicos na investigação deste fenômeno, como a predominância de estudos transversais que não permitem análises bidirecionais. Frank e Kendall (2001) sugerem que tanto aspectos físicos como psicológicos são fortemente relacionados às crenças religiosas, apesar das contradições nas investigações empíricas. No entanto, tais crenças são parte de um sistema cultural, ou seja, esta relação deve ser considerada de forma diferenciada em estudos internacionais, uma outra lacuna considerável neste campo de estudo no Brasil.

De modo geral, os dados desta tese sugerem que os jovens de nível socioeconômico baixo no Brasil têm um comportamento sexual contraditoriamente influenciado pelas normas religiosas, uma vez que estas atuam como proteção somente até o momento que os jovens experienciam o sexo pela primeira vez. Tal dado é coerente com parte da literatura científica em religiosidade brasileira, que aponta para um tendência de afastamento de valores religiosos para a juventude (Queiroz, 1996). Ou seja, na dissonância provocada entre a manifestação da

sexualidade e as recomendações religiosas, parece que a subordinação da moral religiosa tem sido mais comum entre estes jovens.

Segundo Almeida e Montero (2001), a maneira como a religiosidade no Brasil é vivida, especialmente para a maioria católica, torna as relações entre religião e vida privada mais flexíveis. Dessa forma, a vivência religiosa não pressupõe necessariamente o seguimento rígido de regras e condutas de comportamento, salvo algumas exceções. Além do mais, como apontam Antoniazzi (2003) e Pereira (2003), o afastamento da instituição religiosa proporciona a formação de uma vivência religiosa/espiritual peculiar, como é o caso daqueles que “acreditam em Deus, mas não têm religião”. Nesta vivência, as regras são criadas como idiossincrasias, incluindo-se as idéias sobre comportamento sexual e contracepção.

Para os jovens brasileiros, as novas relações com a religiosidade propiciam um ambiente mais confortável para exercer a sexualidade. Jovens conseguem conciliar religião e sexo mais do que as gerações precedentes. Soma-se a isso o fato de que, do ponto de vista da esfera pública, o sexo pode fazer parte da vida cotidiana destes jovens muito mais do que a religião, uma vez que a sexualidade no Brasil está fortemente presente na mídia e artes em geral.

O fato de os dados deste estudo não estarem de acordo com achados internacionais, principalmente norte-americanos (Whitehead, Wilcox, & Rostosky, 2001), levanta a discussão da diferença cultural implicada na vivência da religiosidade e da sexualidade. Em culturas como a norte-americana a religião parece estar mais arraigada a valores tradicionais, porém, a auto-declaração como não religioso mostra-se mais fácil. De forma semelhante, a maneira como estas duas culturas lidam com a sexualidade também mostra-se muito diferenciada, por exemplo, a ênfase que é dada ao uso de preservativo e ao controle da natalidade no Brasil pode provocar um efeito de naturalização dessas questões. Dessa forma, o Brasil gera um ambiente favorável a uma possível diminuição de dissonância entre sexo e religião, ao contrário dos Estados Unidos, onde estes são dois temas bastante contraditórios (Hardy & Rafaelli, 2003).

Deve-se considerar a força que as campanhas educativas sobre o uso do preservativo têm no Brasil. Como destacam Almeida, Aquino, Gaffikin e Magnani (2003), ao que parece, as estratégias de prevenção do HIV/AIDS no país estão promovendo uma difusão do uso de preservativo em grupos populacionais diversos,

mesmo que isso signifique um confronto a certos valores tanto grupais, como os religiosos.

Os dados relatados e discutidos nesta tese revelam um reflexo da relação singular que a sociedade brasileira formou entre religião e sexualidade na tentativa de preencher um hiato formado pelo discurso oficial sobre estas práticas. A configuração atual do campo religioso e a posição dos jovens neste permitem um releitura da fé, que passa por uma esfera individualizada e subverte a ordem institucional com certa facilidade. No dilema entre o desejo e o dever, a sexualidade dos jovens emerge com força catalizada pela naturalização do sexo na cultura brasileira e encontra um campo religioso maleável e propício a reinterpretações que se adequam às suas vidas.

Neste estudo, fica evidente a necessidade de considerar a investigação da religiosidade a partir de uma pluralidade de manifestações e da idealização religiosa provocada pelo sincretismo brasileiro. Neste sentido, seria mais coerente falar em termos de “religiosidades” uma vez que a diversidade do campo e a tendência à individualização da fé são tão marcantes no desempenho da religiosidade entre os jovens brasileiros.

Ao investigar o papel da religiosidade/espiritualidade nas vidas das pessoas e comunidades, é importante lembrar a razão da existência destas crenças e importância de tais na manutenção e equilíbrio das ações e relações pessoais. Como destacam Zamora e Kuenerz (2002), a crença religiosa não possui uma causa pela simples razão de ser. Para as autoras, a religião:

“Não pode ser encarada como um erro cognitivo, não uma inadequação social resultante de um ensino precário, de problemas emocionais, de privação cultural ou de quaisquer outras formas etnocêntricas como os pobres e culturalmente diferentes têm sido explicados e (mal) “compreendidos”. Mas trata-se da afirmação de uma forma de encarar o mundo, com seus critérios próprios de veracidade e fidedignidade, pertinentes à fé.” (p. 79)

REFERÊNCIAS

- Almeida, R. & Montero, P. (2001). Trânsito religioso no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, 15(3), 92-101.
- Alves, R. (1979). A empresa da cura divina: Um fenômeno religioso. In E. E. Vale & J. J. Queiroz (Eds.), *A cultura do povo* (pp. 26-54). São Paulo: Cortez e Moraes, EDUC.
- Alvito, M. (2001). *As cores de Acari*. Rio de Janeiro: FGV
- Antoniazzi, A. (2003). As religiões no Brasil segundo o censo de 2000. *Rever*, 2(3). Edição eletrônica. Retirado do www.scielo.br em 09 de abril de 2005.
- Antunes, M. C., Peres, C. A., Paiva, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002). Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 88-95.
- Anuário Estatístico de Saúde no Brasil. (2001). *Anuário Estatístico de Saúde no Brasil* Retirado em 13/10/2006, do World Wide Web: <http://www.portal.saude.gov.br>
- Aquino, E. M. L., Heilborn, M. L., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M., Araujo, M. J., & Menezes, G. (2003). Adolescência e Reprodução no Brasil: A Heterogeneidade dos Perfis Sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, (2), 377-388.
- Bagley, C. & Mallick, K. (1997). Self-esteem and religiosity: Comparison of 13- to 15-year-old students in catholic and public junior high schools. *Canadian Journal of Education*, 22, 89-92.
- Benedetti, L. R. (1994). Propostas teóricas para entender o trânsito religioso. *Comunicações do ISER*, 43(13), 18-23.
- Boff, L. & Betto, F. (1994). *Mística e espiritualidade*. Rio de Janeiro: Ed. Rocco
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. In: R. H. Wozniak & K. Fischer (Eds.), *Development in context: Acting and thinking in specific environments* (pp. 3-44). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In: P. M. Moen, G. H. Elder, & K. Lüscher (Eds.), *Examining*

- lives in context* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1979).
- Carvalho, F. T. (2005). *Maternidade em situação de infecção pelo HIV: Um estudo sobre os sentimentos de gestantes*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento – UFRGS. Porto Alegre, RS.
- Carvalho, J. J. (1994). O encontro de velhas e novas religiões. Esboço de uma teoria dos estilos de espiritualidade. In Z. Renéé (Ed.). *Misticismo e novas religiões* (pp. 67-98). Petrópolis: Vozes.
- Censo Escolar (2006). *Censo escolar*. Ministério da Educação. Brasília: DF. Acessado em 11.12.2007 no www.mec.gov.br
- Censo GLS (2000). *Censo Brasileiro de Gays, Lésbicas e Simpatizantes*. Rio de Janeiro. Acessado em 10.10.2006 no <http://www.censogls.com.br>
- CERIS - Centro de Estatísticas Religiosas e Investigações Sociais (2002). *Desafios do catolicismo na cidade*. São Paulo: Paulus.
- Cerqueira-Santos, E. (2001). *O preço da cura: Significado de doença, saúde e cura entre neo-pentecostais*. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação não-publicada. Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE.
- Cerqueira-Santos, E., Koller, S. H., & Pereira, M. T. L. N. (2004). Religião, saúde e cura: Um estudo entre neo-pentecostais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 82-91.
- Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 016/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF.
- Dell'Aglio, D.D., Cunningham, W., Koller, S.H., Cassepp-Borges, V., & Leon, J.S. (2007). Youth well-being in Brazil: An index for cross-regional comparisons. *World Bank Policy Research Working Paper Series*, 51, 4189-4197.
- Delmanto Jr., R., Delmanto, R., & Delmanto, C. (2006). *Código Penal Comentado*. São Paulo: RENOVAR

- Dias, A.C.G. & Gomes, W.B. (1999). Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia*, 4(1), 79-106.
- Doswell, W. M., Kouyate, M., & Taylor, J. (2003). The role of spirituality in preventing early sexual behavior. *American Journal of Health Studies*, 18(4), 195-202.
- ECA (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Diário Oficial da União. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília, DF: Palácio do Planalto
- Elkind, D. (2001). *The hurried child: Growing up too fast too soon*. Cambridge, MA: Perseus.
- Fleck, M.P.A., Borges, Z.N., Bolognesi, G., & Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4). Edição eletrônica retirada do www.scielo.br em 10/05/2004.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Frank N. C., & Kendall S. J. (2001). Religion, risk prevention and health promotion in adolescents: a community-based approach. *Mental Health, Religion & Culture*, 4(2), 133-148
- Furniss, T. (1993). *Abuso sexual da criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gaarder, J. (2000). *O livro das religiões*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Guerriero, S. (2005). Desafios atuais aos estudos das religiões. *ComCiência: Ciência e Religião (Revista da SBPC)*, 1(1). Edição eletrônica retirada do www.comciencia.br em 10/05/2005.
- Hardy, S. & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences. *Journal of Adolescence*, 26, 731-739.
- Heilborn, M. L., Salem, T., Bozon, M., Aquino, E., Knauth, D., Rohden, F., Victora, C., McCallum, C., & Brandão, E. (2002). Aproximações Sócio-antropológicas sobre a Gravidez na Adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 13-45.
- Heilborn, M. L., Aquino, E., Knauth, D., Bozon, M., Almeida, M. C., Araújo, J., & Menezes, G. (2003). Adolescência e reprodução no Brasil: A heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), S325-S333.
- Houtart, F. (1994). *Sociologia da religião*. São Paulo: Ática.
- IBGE (1991). *CENSO 1991*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em 12.06.2006 no <http://www.ibge.gov.br/censo>

- IBGE (2000). *CENSO 2000*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acessado em 12.06.2006 no <http://www.ibge.gov.br/censo>
- James, R. (2002). *Correlation between adolescent self-esteem, religiosity, and perceived family support*. Cidade, Loyola University.
- Koeing, H. G. (2001). Religion and Medicine III: Developing a theoretical model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(2), 199-216.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koller, S. H. (1999). Violência doméstica: Uma visão ecológica. In Amencar (Ed.), *Violência doméstica* (pp.32-42). Brasília: UNICEF.
- Koller, S. H., Cerqueira-Santos, E., Morais, N. A., & Ribeiro, J. (2005). *Juventude brasileira. Relatório técnico para o Banco Mundial*. Washington, DC: World Bank.
- Laplantine, F. & Rabeyron, P. (1991). *Medicinas paralelas*. São Paulo: Brasiliense.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.
- Leal, M. L., & Leal, M. F. (2002). *Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil*. Relatório Nacional – PESTRAF. Brasília: CECRIA.
- Li, X., Stanton, B., Cottrell, L., Burns, J., Pack, R., & Kaljee, L. (2000). Patterns of initiation of sex and drug-related activities among urban low-income African-American adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 46-54.
- Malow, R.M., Dévieux, J.G., Jennings, T., Lucenko, B.A., & Kalichman, S.C. (2001). Substance-abusing adolescents at varying levels of HIV risk: Psychosocial characteristics, drug use, and sexual behavior. *Journal of Substance Abuse*, 13, 103-117.
- Mardones, J. M. (1996). *Adónde va la religión? Cristianismo y religión em nuestro tiempo*. Santander: Sal Terrae.
- Marques, L. F. (2000). *A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses*. Tese de Doutorado inédita. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Porto Alegre-RS.
- Miller, W. & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Ministério da Saúde (1998). *Pesquisas em DST e Aids, Série Avaliação, 4*, Brasília.

- Ministério da Saúde (2002). *Dados e pesquisas em DST e Aids*, <http://www.aids.gov.br>, 27 novembro, MS, Brasília.
- Ministério da Saúde (2003). *Boletim Epidemiológico Aids*. [versão eletrônica]. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS.
- Ministério da Saúde (2005). *Boletim Epidemiológico Aids*. [versão eletrônica]. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS.
- Murk, C. (1995). *Self-esteem: Research, theory, and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Narvaz, M. (2005). *Submissão e resistência: Explodindo o discurso patriarcal da dominação feminina*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento UFRGS. Porto Alegre: UFRGS.
- Neves, D. P. (1984). *As curas milagrosas e a idealização da ordem social*. Niterói: UFF.
- OIT (2005). *Organização Internacional do Trabalho. Relatório sobre o Tráfico de Pessoas no Brasil*. Acessado em 23.10.2007 em www.oit.br.
- Outeiral, J.O. (1994). *Adolescer: estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paiva, V., Venturi, G., França-Júnior, I., & Lopes, F. (2003). *Uso de preservativos: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil 2003*. Retirado em 10/09/2006, do World Wide Web: <http://www.aids.gov.br>
- Pereira, A.C.S.B., Messina, E., Pessoa, P., & Ganc, L. (2000). Adolescentes grávidas: trauma nas famílias ou acontecimento da vida? *Nova Perspectiva Sistêmica*, 16, 42-50.
- Pereira, J.C. (2003). A linguagem do corpo na devoção popular do catolicismo. *Revista de Estudos da Religião da PUC-SP*, 3, 67-98.
- Pereira, M.T.L.N. (1997). *Por uma psicologia de corpo e alma*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE.
- Prandi, R. & Pierucci, A.F.A (1996). *Realidade social das religiões no Brasil: Religião, sociedade e política*. São Paulo: Hucitec.
- Queiroz, J. J. (1996). As religiões e o sagrado nas encruzilhadas da pós-modernidade. In J. J. Queiroz (Ed.), *Interfaces do sagrado. Em véspera de um milênio* (pp. 25-43). São Paulo: Olho d'água.

- Rafaelli, M. & Crockett, L. J. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology*, 39(6), 1036-1046.
- Rafaelli, M., Zamboanga, B. L., & Carlo, G. (2005). Acculturation status and sexuality among female Cuban American college students. *Journal of American College Health*, 54(1), 7-13.
- Rodrigues, C.S.L. (2003). Católicas e femininas: Identidade religiosa e sexualidade de mulheres católicas modernas. *REVER – Revista de Estudos da Religião*, 2, 36-55.
- Rolim, F. (1994). A propósito do trânsito religioso. *Comunicações do ISER*, 43(13), 13-17.
- Rostosky, S.S., Wilcox, B.L., Wright, M.L. C., & Randall, B.A. (2004). The impact of religiosity on adolescent sexual behavior: A Review of the evidence. *Journal of Adolescent Research*, 19(6), 677-697.
- Sadigursky, D. & Oliveira, M.R.O. (1993). Estudo de caso controle da associação entre prática religiosa e depressão em mulheres idosas. *Revista Baiana de Enfermagem*, 6(2), 89-102.
- Santos Júnior, J.D. (1999). Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: vulnerabilidade à maternidade. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*, I, 223-229. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2001). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55,5-14.
- Sheeran, P., Abrams, D., & Abraham, C. (1993). Religiosity and adolescents' premarital sexual attitudes and behavior: An empirical study of conceptual issues. *European Journal of Social Psychology*, 23, 39-52.
- Smith, C. (2003). Religious participation and parental moral expectations and supervision of american youth. *Reviews of Religious Research*, 44(4), 414-424.
- Sousa, P.L.R., Tillmann, I.A., Horta, C.L., & Oliveira, F.M. (2002). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. *Psiquiatria na Prática Médica – UNIFESP*, 34(4), Edição eletrônica retirada do www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm em 10.01.2005.

- Taquette, S.R., Vilhena, M.M. & Paula, M.C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: Estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37(3), 210-214.
- Tonelli, M.J.F., & Vavassori, M.B. (2004). Sexualidade na adolescência: Um estudo sobre jovens homens. *Interações*, 9(18), 109-126.
- Underwood, L.G., & Teresi, J.A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct using health related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 124(1), 22-33.
- Waystaff, D.A., Delameth, J.D., & Havens, K.K. (1999). Subsequent infection among adolescent african-american males attending a sexually transmitted disease clinic. *Journal of Adolescent Health*, 25, 217-226.
- Westgate, C.E. (1996). Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling & Development*, 75, 26-35.
- Whitehead, B.D (2001). What's God got to do with teen pregnancy prevention? In B.D. Whitehead, B.L. Wilcox, & S.S. Rostosky (Eds.), *Keeping the faith: The role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy* (pp. 9-30). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Whitehead, B.D., Wilcox, B.L., & Rostosky, S.S. (2001). *Keeping the faith: The role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Wilcox, B.L., Rostosky, S.S., Randall, B.A., & Wright, M.L. C. (2001). Reasons for hope: A review of research on adolescent religiosity and sexual behavior. In B.D. Whitehead, B.L. Wilcox, & S.S. Rostosky (Eds.), *Keeping the faith: The role of religion and faith communities in preventing teen pregnancy* (pp. 31-83). Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- World Health Organization (2005). *Sexual relations among youth in developing countries*. Relatório técnico. World Health Organization.
- Xavier, A. C. M. (2005). *Comportamento sexual de risco na adolescência: Aspectos familiares associados*. Dissertação de Mestrado inédita apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, UFRGS. Porto Alegre.
- Zamorra, M. H. & Kuenerz, C. (2002). “Eu só conto mesmo é com Deus”: Fé e religiosidade como bases de apoio. *O Social em Questão*, 7(7), 75-98.

Zimerman, D.E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: ARTMED.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA COM OS JOVENS BRASILEIROS NAS CAPITALS
CAMPO GRANDE, PORTO ALEGRE, RECIFE E SÃO PAULO

DATA: _____ NOME DO ENTREVISTADOR: _____ LOCAL DA ENTREVISTA: _____

NOME: _____ TELEFONE: _____

1. Sexo: a. () Masculino b. () Feminino 2. Idade: _____

3. Cidade/Estado onde nasceu: _____

4. Cor: a. () Branca b. () Negra c. () Parda d. () Amarela e. () Indígena

5. Estado Civil:

a. () Solteiro b. () Casado c. () Divorciado d. () Separado e. () Viúvo f. () Outros

6. Quem sustenta financeiramente a sua casa? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Eu
- b. () Pai
- c. () Mãe
- d. () Irmão/Irmã
- e. () Meu/Minha Companheiro(a)
- f. () Padrasto/Madrasta
- g. () Outros. Quem? _____

7. O seu pai está vivo?

- a. () Sim
- b. () Não
- c. () Não sei

8. A sua mãe está viva?

- a. () Sim
- b. () Não
- c. () Não sei

9. Onde seus pais nasceram? Marque com X:

	Pai	Mãe
a. Capital desse estado onde você mora		
b. Interior desse mesmo estado		
c. Capital de outro estado		
d. Interior de outro estado		
e. Outro país		
f. Não sei		

10. Qual é o grau de instrução de seu pai e da sua mãe? Marque com X:

	Pai	Mãe
a. Sabe ler, mas não foi à escola		
b. Analfabeto		
c. Fundamental incompleto (1º grau)		
d. Fundamental completo (1º grau)		
e. Médio incompleto (2º grau)		
f. Médio completo (2º grau)		
g. Superior incompleto (universitário)		
h. Superior completo (universitário)		
i. Não sei		

11. Quem mora na sua casa? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Pai
- b. Mãe
- c. Padrasto
- d. Madrasta
- e. Irmãos
- f. Avô
- g. Avó
- h. Tios
- i. Pais adotivos
- j. Filho(s)
- k. Companheiro(a)
- l. Outros: _____

12. Com relação à idade das pessoas que moram com você, quantas possuem:

	Uma pessoa	Duas pessoas	Três pessoas	Quatro ou mais pessoas
Até 5 anos				
Entre 6 e 14 anos				
Entre 15 e 24 anos				
Entre 25 e 40 anos				
Acima de 40 anos				

13. Você morava em alguma outra cidade imediatamente antes de morar onde mora hoje?

- a. Não, sempre morei aqui (Se marcar essa alternativa, pule para a questão 15)
- b. Morei no interior do mesmo estado
- c. Morei na capital de outro estado
- d. Morei no interior de outro estado
- e. Morei em outro país

14. Se você se mudou, por que foi? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Busca de uma melhor condição financeira (trabalho para você ou para seus pais)
- b. Para estudar
- c. Para receber melhor assistência médica
- d. Transferência de emprego(sua ou dos seus pais)
- e. Para casar
- f. Não sabe/Não se lembra
- g. Outro Qual? _____

15. Quantos quartos tem sua casa? _____

16. Quantos banheiros tem sua casa? _____

17. De que material a sua casa é construída?

- a. Alvenaria (tijolo)
- b. Madeira
- c. Papelão
- d. Amianto, barro
- e. Outro Qual? _____

18. Marque quais serviços que sua casa possui:

- a. Água encanada
- b. Energia elétrica
- c. Rede de esgoto
- d. Telefone

- e. Internet
- f. Coleta de lixo

19. Qual a média da renda mensal familiar do seu domicílio?

- a. R\$ 0-100
- b. R\$ 101-200
- c. R\$ 201-300
- d. R\$ 301-400
- e. R\$ 401-500
- f. R\$ 501-600
- g. R\$ 601-800
- h. R\$ 801-1.000
- i. R\$ 1.001-1.200
- j. Acima de R\$ 1.200

Se você tem algum tipo de deficiência, responda as questões abaixo. Se não, passe para a pergunta número 23:

20. Que tipo de deficiência você tem?

- a. Visual
- b. Auditiva
- c. Física
- d. Outra Qual? _____

21. Há quanto tempo você convive com esta deficiência?

- a. Desde que nasci
- b. Há mais de três anos
- c. De um há três anos
- d. De um ano pra cá

22. Sua deficiência foi causada por:

- a. Problemas na gestação
- b. Acidente Qual? _____
- c. Doença Qual? _____
- d. Outro Qual? _____

23. Por favor, marque X para como você avalia:

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
a. A sua saúde					
b. A sua qualidade de vida					
c. A sua aparência física					

24. Por favor, marque o número correspondente a quantas vezes no último ano, você:

b. Foi ao médico	0	1	2	3	4 ou mais	Não lembra
c. Esteve hospitalizado	0	1	2	3	4 ou mais	Não lembra
d. Faltou ao trabalho ou escola por estar doente	0	1	2	3	4 ou mais	Não lembra

25. Você tem alguma doença crônica (diabetes, AIDS, câncer, insuficiência renal, outra)?

- a. Sim Qual? _____
- b. Não

26. Você precisa tomar algum remédio todos os dias? (exceto pílula anticoncepcional)

- a. Sim Qual? _____

b. () Não

27. Você utiliza os serviços do posto de saúde da sua comunidade?

- a. () Sim
- b. () Não (Se você não utiliza, pule para a questão 29)
- c. () Não há posto de saúde

28. Como você avalia os serviços do posto de saúde da sua comunidade? Marque com X a sua resposta:

	Muito ruim	Ruim	Regular	Bom	Muito bom
a. Quanto à localização					
b. Quanto à facilidade de receber atendimento					
c. Quanto à qualidade (profissionais, infra-estrutura)					

29. Qual a sua orientação sexual?

- a. () Heterossexual
- b. () Homossexual
- c. () Bissexual
- d. () Transexual

30. Você já teve sua primeira relação sexual?

- () Sim Com que idade? _____
- () Não (Se não, pule para a questão 43)

31. Se sim, com quem foi?

- a. () Namorado(a)
- b. () Amigo(a)
- c. () Marido/Esposa
- d. () Parente Qual? _____
- e. () Outro Qual? _____

32. Você ou sua parceira utilizam algum método para evitar filhos?

- a. () Nunca (Pule para a questão 34)
- b. () Às vezes
- c. () Sempre

33. Qual método você usa para evitar filhos? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Esterilização feminina
- b. () Pílula anticoncepcional
- c. () Espuma ou geléia vaginal
- d. () Injeções anticoncepcionais
- e. () Diafragma
- f. () DIU
- g. () Camisinha
- h. () Tabela, ritmo, calendário
- i. () Coito interrompido
- j. () Esterilização masculina
- k. () Outros métodos _____

34. Quantas vezes você esteve grávida - ou a sua parceira (namorada, esposa)?

- a. () 1
- b. () 2
- c. () 3
- d. () 4

- e. () 5
- f. () 6 ou mais
- g. () Nenhuma (Pule para a questão 43)
- h. () Não sei

35. Quantos filhos estão vivos hoje? _____

36. O que aconteceu com os outros filhos?

	Quantos? (escreva o número)
a. Sofreram aborto natural	
b. Sofreram aborto provocado	
c. Morreram no parto	
d. Morreram entre 0 e 1 ano	
e. Morreram com mais de 1 ano	

37. Qual a sua idade quando teve seu primeiro filho nascido vivo? _____ anos

38. Você teve algum(a) filho(a) portador(a) de deficiência?

- a. () Sim Quantos? _____ De que tipo? _____
- b. () Não
- c. () Não sei

39. Quantos filhos moram com você hoje? _____

40. Com quem seus filhos moram?

- a. () Comigo
- b. () Com o pai/mãe
- c. () Avôs/Avós
- d. () Outro parente
- e. () Abrigos
- f. () Família adotiva
- g. () Não sei

41. Se você ou sua parceira já esteve grávida, marque X na sua resposta:

	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Esse foi um importante momento da minha vida			
b. A gravidez foi desejada			
c. Eu me senti envergonhado(a)			
d. A gravidez foi motivo de preocupação			
e. Escondi a gravidez			
f. Eu me senti orgulhoso(a)			
g. Perdi o emprego, por causa da gravidez			
h. Eu me casei			
i. Fui obrigado(a) a casar			
j. Comecei a trabalhar, por causa da gravidez			
k. Parei de estudar, por causa da gravidez			

42. Se você já foi mãe ou pai, marque X na sua resposta:

	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Esse foi um importante momento da minha vida			
b. Comecei a trabalhar para criar meu(s) filho(s)			
c. Abandonei os estudos para trabalhar			
e. Gostaria de ter outro(s) filho(s)			

f. O nascimento da criança mudou a minha dinâmica de vida			
g. Abandonei os estudos para cuidar do bebê			
h. Minha família ajuda financeiramente a meu(s) filho(s)			
i. Minha família ajuda com a criação de meu(s) filho(s)			

43. Qual método você usa para evitar AIDS? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Não tenho relações sexuais
- b. Faço exames médicos freqüentes
- c. Uso camisinha
- d. Não compartilho seringas
- e. Não beijo na boca
- f. Não faço sexo oral
- g. Tomo cuidados de higiene
- h. Não faço nada para me prevenir
- i. Outro Qual? _____

44. Sobre a sua qualidade de vida, marque com um X o seu grau de satisfação com:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
a. Você mesmo					
b. Suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)					
c. Sua vida sexual					
d. O apoio que recebe dos amigos					
e. As condições do local onde mora					

45. Você já estudou ou estuda em escola?

- a. Estudo _____ série
- b. Nunca estudei (Se marcar esta opção, pule para a questão 55)
- c. Estudei até a _____ série (Se marcar esta opção, pule para a questão 53)

46. Qual o turno em que você freqüenta a escola?

- a. Manhã
- b. Tarde
- c. Noite
- d. Integral

47. Quantas vezes por semana, em média, você vai à aula?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5

48. Você recebe bolsa/auxílio (bolsa escola, bolsa alimentação, etc.)? (marque mais de uma se for o caso)

- a. Não recebo bolsa
- a. Bolsa escola
- b. Bolsa alimentação
- c. Bolsa de estudo
- d. Agente Jovem
- e. Crédito educativo
- f. Outra _____

49. Como você avalia a qualidade da sua escola?

- a. Muito ruim
- b. Ruim
- c. Razoável
- d. Boa
- e. Muito boa

50. Você já foi reprovado?

- a. Não
- b. Uma vez
- c. Duas vezes
- d. Três vezes
- e. Quatro vezes
- f. Cinco vezes
- g. Seis vezes ou mais

51. Você já foi expulso de alguma escola?

- a. Sim Por quê? _____
- b. Não

52. Por favor, marque com X a sua opinião sobre os seguintes fatos:

Na escola...	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Eu me sinto bem quando estou na escola			
b. Gosto de ir para a escola			
c. Gosto da maioria dos meus professores			
d. Gosto da maioria dos amigos que tenho na escola			
e. Meus estudos têm uma grande importância para mim hoje			
f. Meus estudos têm uma importância pra mim no futuro			
g. Meus pais ou familiares incentivam muito os meus estudos			
h. Quero continuar meus estudos nessa escola			
i. Posso contar com meus professores ou alguém da equipe escolar (orientador, coordenador)			
j. Confio na maioria dos meus professores			
k. Se precisar, sei que posso contar com a ajuda dos amigos			
l. Confio nos amigos da escola			
m. Tenho muito desejo de fazer uma faculdade			
n. Minha realização pessoal envolve fazer uma faculdade			
o. Considero-me um bom estudante			
p. Sei que tenho condições de entrar numa universidade			
q. Só quem vai à escola particular pode entrar na universidade			
r. Para alcançar o que sonho preciso estudar muito			

(Se você está estudando e respondeu as perguntas acima, pule para a questão 55)

53. Se você não está estudando agora, por que parou? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Não gostava, ia mal na escola
- b. Mudei de moradia (cidade, bairro, etc.)
- c. Saí de casa
- d. Não tinha vaga
- e. Precisei trabalhar
- f. A escola era longe
- g. Não tinha dinheiro para comprar material, uniforme, etc.

- h. () Fui expulso(a)
- i. () Já concluí os estudos
- j. () Por ser deficiente
- k. () Não lembro
- l. () Outro. Qual? _____

54. Há quanto tempo parou de estudar?

- a. () Não me lembro
- b. () Até 6 meses
- c. () Mais de 6 meses até 1 ano
- d. () Mais de 1 ano até 2 anos
- e. () Mais de 2 anos até 5 anos
- f. () Mais de 5 anos

55. Você trabalha ou trabalhou nos últimos 12 meses?

- a. () Sim
- b. () Não

56. Marque mais de um item se for o caso:

Atualmente, você...

- a. () Não trabalha e não está procurando trabalho
- b. () Não trabalha e está procurando trabalho
- c. () Trabalha com carteira assinada
- d. () Trabalha sem carteira assinada
- e. () Trabalha por conta própria
- f. () Faz bicos
- g. () Realiza trabalhos voluntários (sem pagamento/remuneração)
- h. () Ajuda nas atividades de sua própria casa (sem pagamento/remuneração)
- i. () Trabalha para outra pessoa, mas não ganha nada com isso

57. Que palavra tem o mesmo significado da palavra trabalho para você? _____

58. Que palavra tem um significado oposto ao significado da palavra trabalho? _____

59. Marque com um X, qual é a sua opinião sobre as seguintes questões relacionadas ao trabalho:

	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Trabalho é qualquer atividade que exija força, energia ou esforço para ser feita			
b. Trabalho é qualquer atividade que produz algo útil à nossa vida ou à vida de outras pessoas			
c. O trabalho é algo difícil, duro e penoso, mas temos obrigação de fazer, porque Deus disse que devemos ganhar o pão com o suor do nosso rosto			
d. Trabalho é uma colocação numa empresa, com carteira assinada			
e. O trabalho é aquilo que mostra que uma pessoa é digna e honrada			
f. O trabalho de uma pessoa é um produto que se pode vender			
g. É o trabalho de uma pessoa que diz quem ela é para os outros			
h. É o trabalho que mostra que uma pessoa tem saúde física e mental			
i. Trabalhar é ter idéias			
j. Trabalho é aquilo que se faz para ganhar dinheiro			

Caso não esteja trabalhando, pule para a questão 66.

60. Que meio de transporte utiliza para ir ao trabalho? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. A pé
- b. Carro ou motocicleta particular
- c. Transporte coletivo (ônibus, trem, metrô etc.)
- d. Uso o transporte da empresa onde trabalho
- e. Bicicleta
- f. Não preciso me deslocar para ir ao trabalho
- g. Uso outro meio de transporte Qual? _____

61. Qual a sua renda mensal média?

- a. R\$ 0-100
- b. R\$ 101-200
- c. R\$ 201-300
- d. R\$ 301-400
- e. R\$ 401-500
- f. R\$ 501-600
- g. R\$ 601-800
- h. R\$ 801-1.000
- i. R\$ 1.001-1.200
- j. Acima de R\$ 1.200

62. Você recebe algum tipo de auxílio do seu trabalho (vale refeição, cesta básica, vale transporte)?

- a. Sim
- b. Não

63. Nos últimos 30 dias sobrou algum dinheiro do que você ganhou com o seu trabalho?

- a. Sim
- b. Não

64. Como você recebe seu pagamento?

- a. A cada dia trabalhado
- b. Semanalmente
- c. Quinzenalmente
- d. Mensalmente
- e. Não tem regularidade
- f. Não recebo pagamento

65. Quantas horas por dia você dedica ao trabalho? _____ horas

66. Marque com X a sua opinião sobre a influência de cada uma das características abaixo para que, na sociedade atual, uma pessoa possa conseguir um trabalho:

	Atrapalha	Não interfere	Ajuda
a. Ser casado			
b. Ser solteiro			
c. Ser branco			
d. Ser indígena			
e. Ser mestiço			
f. Ser negro			
g. Ser oriental			
h. Saber ler e escrever			

i. Ter o ensino fundamental completo (1o grau)			
j. Ter o ensino médio completo (2o grau)			
k. Ter um curso de nível superior completo (universitário)			
l. Estar estudando			
m. Estar sem estudar			
n. Morar perto do local de trabalho			
o. Ter experiência de trabalho anterior			
p. Ter a indicação de um amigo			
q. Ser indicado por uma instituição (igreja, ONG)			
r. Ter filhos			
s. Ter alguma deficiência (física, visual, auditiva, mental)			
t. Ser homem			
u. Ser mulher			
v. Ter feito algum curso profissionalizante			
w. Saber lidar com computadores e informática			
x. Saber outro idioma além do português			
y. Ser heterossexual			
z. Ser homossexual			
aa. Ser jovem			
bb. Ser idoso			
cc. Gozar de boa saúde			
dd. Ter dentes bem cuidados			
ee. Estar grávida			
ff. Ter cumprido o serviço militar obrigatório			
gg. Ter todos os documentos			
hh. Ter conta bancária			
ii. Ter uma religião			
jj. Usar roupas novas e bem cuidadas			
kk. Mostrar que precisa de trabalho			
ll. Mostrar que tem competência			

67. Com relação ao seu trabalho atual, marque com X a sua opinião para as seguintes frases:

No trabalho...	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Eu estou sempre aprendendo coisas novas			
b. Se eu continuar nesse trabalho, sei que vou passar o resto da vida fazendo a mesma coisa			
c. Eu tenho boas relações com os meus colegas			
d. Eu sinto que trabalho demais			
e. Minhas tarefas são desafiadoras e variadas			
f. Eu trabalho nesse lugar porque preciso, mas não tenho interesse e nem gosto do que faço			
g. Meus horários são inconvenientes			
h. Eu sei que não vou ser posto na rua de uma hora pra outra			
i. Tenho que fazer muita coisa para as quais eu não estou preparado			
j. As pessoas dão valor ao meu trabalho			
k. Eu tenho que fazer as coisas como meus chefes mandam, não posso sugerir inovações			
l. Eu estou satisfeito com o que ganho			
m. Eu sinto vergonha do meu trabalho			
n. Eu tenho segurança e conforto			

68. Marque com um X, a sua opinião sobre o que você espera de seu trabalho:

Eu gostaria que meu trabalho me oferecesse...	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Oportunidades de aprender coisas novas			
b. Possibilidade de crescimento profissional			
c. Boas relações com os colegas			
d. Mesma quantidade de horas de trabalho por dia			
e. Horários mais convenientes			
f. Possibilidade de pensar, tomar decisões, sugerir e criar			
g. Garantia de satisfação pessoal			
h. Garantia de não perder o trabalho de uma hora pra outra			
i. Ter tarefas para as quais sinto segurança para realizar			
j. Saber que as outras pessoas acham meu trabalho bom			
k. Dar sugestões e perceber que são aceitas			
l. Possibilidades de ganhar bem			
m. Possibilidades de ter orgulho do que faço			
n. Um local limpo, seguro e confortável para trabalhar			

69. Marque sim ou não para cada item em cada uma das colunas:

Tipo de droga	Já experimentou	Caso já tenha experimentado algumas das drogas citadas, responda a essas duas colunas:	
		De um ano pra cá, usou?	De um mês pra cá, usou?
Vinho ou cerveja	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Outra bebida alcoólica	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Cigarro comum	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Maconha	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Haxixe	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Cola	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Loló	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Lança	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Cocaína	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Crack	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Remédios	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Chás	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não
Outra _____	() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

70. De um mês pra cá, quantos dias você fez uso das drogas abaixo? Marque com X:

Tipo de droga	Todos ou quase todos os dias (20 dias ou mais)	Alguns dias (4 a 19 dias)	Poucos dias (1 a 3 dias)	Não usou
a. Bebida alcoólica				
b. Cigarro comum				
c. Drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.)				

71. Se você usa ou já usou drogas (incluindo cigarro e álcool), qual é o motivo? (marque mais de uma resposta se for o caso) (Se não usa nenhum tipo de droga, pule para a questão 76)

- a. () Não sei
- b. () Acho legal, gostoso, divertido
- c. () Para me sentir mais solto (desinibido)
- d. () Para me sentir mais forte e corajoso

- e. () Porque é fácil conseguir
- f. () Porque os meus amigos usam
- g. () Para esquecer a tristeza e os problemas
- h. () Outro. Qual? _____

72. Qual dessas drogas você já tentou parar de usar? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Bebida alcoólica
- b. () Cigarro comum
- c. () Drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.)
- d. () Nunca tentei parar de usar (pule para a questão 75)

73. Alguém ajudou você nessa tentativa? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Tentei sozinho
- b. () Tentei com um amigo/grupo de amigos
- c. () Alguém da igreja
- d. () Alguém de instituição (educador, assistente social)
- e. () Alguém do hospital ou posto de saúde
- f. () Alguém da família
- g. () Outros _____

74. Se você parou de usar drogas ilícitas, qual o motivo? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Não sei
- b. () A família é contra
- c. () Amigos, namorado(a) são contra
- d. () Por causa da religião
- e. () Por medo da polícia
- f. () Por causa da saúde
- g. () Medo de viciar
- h. () Usou e passou mal
- i. () Outro Qual? _____

75. Como você consegue (conseguiu) as drogas (ilícitas) que você usa (usou)? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Pedí/ganhei de alguém
- b. () Comprei pessoalmente
- c. () Pedí para outra pessoa comprar
- d. () Outros Qual? _____

76. Se você nunca usou drogas ilícitas, por que você nunca usou? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Não sei
- b. () A família é contra
- c. () Amigos, namorado(a) são contra
- d. () Por causa da religião
- e. () Por medo da polícia
- f. () Por causa da saúde
- g. () Medo de viciar
- h. () Outro Qual? _____

77. Você já tentou se matar?

a. () Nunca tentei. (Se você nunca tentou, passe para a questão 80).

b. () Já tentei Quantas vezes? _____

78. Se você já tentou se matar, como foi? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Com faca, tesoura, canivete
- b. Com revólver
- c. Enforcado
- d. Com substâncias químicas (remédios, venenos)
- e. Provocando acidente com veículo
- f. Queda provocada
- g. Com fogo
- h. Outro Qual? _____

79. Por que você tentou se matar? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Falta de sentido para viver
- b. Desilusão amorosa
- c. Dificuldades financeiras
- d. Por causa do vício em drogas
- e. Por problemas na família
- f. Outro Qual? _____

80. Marque com que frequência, utilizando a escala de 1 a 5 a seguir, ocorrem estes fatos:

Nunca	Muito raramente	Raramente	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1	2	3	4	5

Alguém com quem eu moro ou morei já... (durante toda a sua vida)	Freqüência	Quem? (mãe, pai, irmão, amigo, padrasto, madrasta, tios, etc.)
a. Gritou comigo e me deu bronca exagerada		
b. Fez ameaças de me bater		
c. Me deu de fato um soco, tapa, empurrão		
d. Me ameaçou com um objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro, etc.)		
e. Me agrediu com objetos (pedaço de madeira, ponta de cigarro, etc.)		
f. Me ameaçou com arma (faca, revólver)		
g. Me agrediu com arma (faca, revólver)		
h. Tentou mexer no meu corpo, me beijar à força		
i. Mexeu de fato no meu corpo, me beijou à força		
j. Teve relação sexual forçada comigo		
k. Me ameaçou de castigo		
l. Me deu de fato um castigo		

81. Marque com que frequência, utilizando a escala de 1 a 5 a seguir, ocorrem estes fatos:

Nunca	Muito raramente	Raramente	Freqüentemente	Muito freqüentemente
1	2	3	4	5

Na minha comunidade ou em outros locais por onde eu ando (escola, igreja, centros comunitários, locais de festa, etc.), alguém... (durante toda a sua vida)	Freqüência	Quem? (por exemplo: professor, amigo, desconhecido, etc.)
a. Gritou comigo e me deu bronca exagerada		
b. Fez ameaças de me bater		
c. Me deu de fato um soco, tapa, empurrão		
d. Me ameaçou com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro, etc.)		

e. Me agrediu com objeto (pedaço de madeira, ponta de cigarro etc.)		
f. Me ameaçou com arma (faca, revólver)		
g. Me agrediu com arma (faca, revólver)		
h. Tentou mexer no meu corpo, me beijar à força		
i. Mexeu de fato no meu corpo, me beijou à força		
j. Teve relação sexual forçada comigo		
k. Me ameaçou de castigo		
l. Me deu de fato um castigo		

82. Marque com X a sua opinião sobre os fatos seguintes:

Em minha casa...	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a Gosto de ficar sozinho(a)			
b Sinto-me seguro com a minha família			
c Fico à vontade			
d Tenho medo de receber ameaças			
e Tenho privacidade			
f O ambiente é pesado			
g Há muitas brigas e discussões			
h Fico com medo de ser cobrado			
i É melhor do que ficar na rua			
j Presencio situações de alcoolismo			
k Há pessoas que são ãde luaã			
l As pessoas me acolhem com carinho			
m As pessoas são indiferentes à minha presença			
n Há divisão das tarefas domésticas			
o Encontro o apoio do qual necessito			
p Há respeito mútuo entre as pessoas			
q As pessoas dão atenção ao que falo			
r Alguém quer mandar mais do que os outros			
s As pessoas se ajudam mutuamente			

83. Em geral, como você descreveria a segurança da sua comunidade?

- a. () Muito insegura
- b. () Insegura
- c. () Mais ou menos segura
- d. () Segura
- e. () Muito segura
- f. () Não sei

84. Qual dessas situações você encontra/vivencia no local onde você mora? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. () Tráfico de drogas
- b. () Batidas policiais
- c. () Assaltos, roubos
- d. () Tiroteios
- e. () Nenhuma das anteriores

85. Você já sofreu alguma violência por parte da polícia?

- a. () Não
- b. () Sim. De que tipo? _____
Quando foi? _____

86. Em sua opinião, quais são as razões principais para os adolescentes cometerem atos de violência? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Problemas na família
- b. Busca de identidade e respeito
- c. Busca de proteção
- d. Busca de pertencimento ao grupo
- e. Busca de melhor condição financeira
- f. Outro Qual? _____

87. Qual o seu maior medo? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Perder algum familiar ou alguém que ama muito
- b. Morrer
- c. Sofrer algum acidente
- d. Sofrer violência
- e. Não ter emprego
- f. Ficar sozinho
- g. Outro. Qual? _____

88. Marque com um X a coluna referente à sua resposta para cada item:

	Nunca	Às vezes	Sempre
a. Sofro preconceito por morar onde moro (bairro, vila)			
b. Acho que tenho desvantagens por conta do meu sexo (homem/mulher)			
c. Sou discriminado por minha orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, transexual)			
d. Sofro preconceito racial (por conta da minha cor)			
e. Sinto que estou em desvantagem por estudar em escola pública			
f. Sofro discriminação por conta da profissão dos meus pais			
g. Já passei por preconceito por causa da minha classe socioeconômica			
h. Sofri preconceito por causa da minha religião			
i. Já estive em desvantagem por conta da minha aparência física			
j. Sofro discriminação por ser deficiente			

89. Marque com um X a coluna referente à sua resposta para cada item:

	Sim	Não
a. Nasci com uma deficiência		
b. Vivencio violência dentro da minha casa		
c. O nível econômico da minha família baixou de uma hora para outra		
d. Alguém em minha casa está desempregado		
e. Meus pais se separaram		
f. Já estive internado em instituição (abrigos, FEBEM, orfanato, etc.)		
g. Já fugi de casa		
h. Já fui menino(a) de rua		
i. Já dormi na rua		
j. Já fui preso		
k. Alguém da minha família está ou esteve preso		
l. Sofri algum acidente que me trouxe alguma deficiência		
m. Alguém muito importante pra mim faleceu		
n. Passei fome		
o. Já me envolvi com tráfico de drogas		
p. Já morei com pessoas diferentes das que moro hoje		
q. Vivencio violência na minha comunidade		
r. Já tive problemas com a justiça		

90. Você acredita em Deus (poder, espírito, inteligência ou força superior)?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não sei

91. Com relação à sua religião/doutrina/crença, você se considera...

- a. Não acredito em Deus (ateu)
- b. Sem religião (mas acredito em Deus)
- c. Católico
- d. Protestante
- e. Evangélico
- f. Espírita
- g. Umbandista
- h. Candomblé
- i. Outro _____

92. Marque com um X a sua opinião em cada item:

	Nem um pouco	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Bastante
a. A religião/espiritualidade tem sido importante para a minha vida					
b. Costumo freqüentar encontros religiosos					
c. Costumo ler escrituras sagradas ou fazer orações no meu dia-a-dia					
d. Costumo agradecer a Deus pelo que acontece comigo					
e. Peço ajuda a Deus para resolver meus problemas					
f. Costumo ler escrituras sagradas ou fazer orações quando estou em momentos difíceis					
g. Busco ajuda da minha instituição religiosa (igreja, templo, etc.) quando estou em dificuldades					

93. Se você já buscou ajuda em alguma organização religiosa, de que tipo foi? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Espiritual
- b. Emocional
- c. Material
- d. Não busquei

94. O que você gosta de fazer em suas horas de lazer? (marque mais de uma resposta se for o caso)

- a. Trabalhar
- b. Estudar
- c. Praticar esportes
- d. Brincar
- e. Passear
- f. Assistir TV
- g. Ouvir ou tocar música
- h. Desenhar/pintar/artesanato
- i. Namorar
- j. Descansar
- k. Navegar na Internet
- l. Festas
- m. Nada
- n. Outros _____

95. Você tem amigos(as)?
- Sim
 - Não
96. De onde são seus amigos(as)? (marque mais de uma resposta se for o caso)
- Não tenho amigos
 - Escola
 - Bairro
 - Rua
 - Internet
 - Outros Quais? _____
97. Você tem um melhor amigo (a)?
- Sim Do mesmo sexo que eu
De sexo diferente do meu
 - Não
98. Que tipo de apoio amigos(as) devem dar uns aos outros? (marque mais de um se for o caso)
- Emocional
 - Material
 - Espiritual
 - Nas atividades (de casa, da escola)
 - Social (participar em festas, momentos de lazer, pertencer a grupos)
 - Outro Qual? _____
99. Que tipo de apoio você recebe dos seus amigos(as)? (marque mais de uma resposta se for o caso)
- Não tenho amigos
 - Emocional
 - Material
 - Espiritual
 - Para fazer minhas tarefas (de casa, da escola)
 - Social
 - Não posso contar com eles
100. Que tipo de apoio você dá para os seus amigos(as)? (marque mais de uma resposta se for o caso)
- Não tenho amigos
 - Emocional
 - Material
 - Espiritual
 - Para fazer as suas tarefas (de casa, da escola)
 - Social
 - Não podem contar comigo
101. Qual é o nível de confiança que você tem nas seguintes instituições?

	Nenhum	Baixo	Médio	Alto
a. Justiça				
b. Polícia				
c. Prefeitura				
d. Governo estadual				
e. Governo federal				
f. Organização comunitária				

g. Vizinhança				
h. Conselho tutelar				
i. Amigos				
j. Escola				
k. Família				
l. Posto de saúde				

102. Qual o nível de ajuda você espera receber dos grupos a seguir?

	Nenhum	Baixo	Médio	Alto
Família				
Vizinhos				
Amigos				
Liderança religiosa/grupo				
Liderança comunitária				
Polícia				
Prefeitura				
Colegas de trabalho				

103. Marque com um X a importância que as seguintes afirmações têm pra você:

	Mínima	Pouca	Nem muita nem pouca	Muita	Máxima
a. Preservar e respeitar a vida humana					
b. Garantir o direito de ter bens materiais sem que ninguém mexa neles					
c. Falar a verdade					
d. Ter boas relações com familiares e amigos					
e. Amar e ter relacionamentos					
f. Obedecer às autoridades					
g. Garantir que as pessoas vivam mais e melhor					
h. Cumprir as leis e regras da sociedade					
i. Manter a palavra e cumprir promessas e contratos					
j. Lutar para que todos tenham seus direitos respeitados					
k. Amar e servir a Deus (poder, espírito, inteligência ou força superior)					
l. Agir conforme manda a consciência					
m. Punir quem age de forma errada					

104. Marque com um X a coluna correspondente à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Nunca	Às vezes	Sempre
a. Eu me sinto pertencente à minha comunidade			
b. As pessoas no meu bairro são honestas e posso confiar nelas			
c. Eu me sinto seguro na minha comunidade			
d. Minha comunidade tem melhorado nos últimos cinco anos			
e. Eu posso contar com meus vizinhos quando preciso deles			
f. Eu posso contar com meus parentes quando preciso deles			
g. Eu posso contar com alguma organização comunitária quando preciso			
h. Eu posso contar com alguma organização do governo quando preciso			
i. Trabalho como voluntário em alguma organização religiosa ou ONG			
j. Eu posso contar com pessoas amigas			
k. As pessoas amigas podem contar comigo			

105. Marque com um X na coluna correspondente à sua opinião sobre as seguintes afirmações:

	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo
a. Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas			
b. Estou procurando um sentido para a minha vida			
c. As situações difíceis da vida não me derrubam			
d. Eu acho que sou uma pessoa bem humorada			
e. Eu preciso receber mais atenção			
f. Eu me sinto triste			
g. Minha vida tem um significado muito claro			
h. Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo(a)			
i. Eu me sinto excluído de oportunidades por ser deficiente			
j. Eu gosto de brigar			
k. Eutenho lembranças negativas da minha infância			
l. Eu sou feliz			
m. Sinto-me tão deprimido(a), que nada poderia me alegrar			
n. Eu espero ajuda de Deus para melhorar de vida			
o. Eu gosto de ajudar as pessoas			
p. Eu me sinto calmo, tranquilo			
q. Eu tenho facilidade para fazer amigos			
r. Eu me sinto em desvantagem por ser deficiente físico			
s. Eu espero que as pessoas me ajudem a melhorar de vida			
t. Eu não gosto de lembrar do meu passado			
u. Parei de estudar/trabalhar por causa da minha deficiência			
v. Eu sou divertido			
w. Eu penso que serei feliz no futuro			
x. Eu sinto vergonha de ser do jeito que sou			
y. Eu tenho muitas coisas na vida para agradecer			
z. Eu me considero uma pessoa criativa			
aa. Tive ajuda de instituições para superar desvantagens e limitações da deficiência			
bb. Eu me preocupo com o meu futuro			
cc. Às vezes, eu penso que não presto para nada			
dd. Eu entendo o significado da minha vida			
ee. Eu sou irritado			
ff. Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas			
gg. Eu faço as mudanças acontecerem na minha vida			
hh. Levando tudo em conta, eu me sinto um fracasso			
ii. Eu sou feliz, mesmo sabendo que tenho problemas			
jj. Eu sei o que eu preciso fazer para atingir os meus objetivos			
kk. Às vezes, eu me sinto inútil			
ll. Sinto-me incapaz para atividades cotidianas, por ser deficiente			
mm. Eu acho que tenho muitas boas qualidades			
nn. Eu tenho motivos para me orgulhar na vida			
oo. Eu sofro preconceitos por ser deficiente			
pp. De modo geral, eu estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)			
qq. Eu estou satisfeito(a) com a minha vida			
rr. Eu me sinto incapaz para trabalhar, porque sou deficiente			
ss. Eu gosto da minha vida			
tt. Eu sou infeliz, embora não tenha muitas razões para isto			
uu. Eu tenho uma atitude positiva com relação a mim mesmo(a)			
vv. Eu tomo a iniciativa para fazer mudanças na minha vida			

ww. Tenho destaque na minha comunidade, porque sou deficiente			
---	--	--	--

109. O que você gostaria que acontecesse de bom na sua vida? _____

Questões inseridas em T2

110. Qual a religião da sua mãe? _____

111. Qual a religião do seu pai? _____

112. Sobre a religiosidade da sua família, marque com um X a coluna correspondente à sua opinião:

	Nem um pouco	Pouco	Nem muito nem pouco	Bastante	Muito
a. Meus pais costumam seguir preceitos religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Na minha casa a religião é algo valorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Meus pais incentivam que eu siga a religião deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Na minha casa há liberdade para que cada um escolha a sua religião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Meus pais querem que eu siga as regras da religião deles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A religião dos meus pais não influencia na minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. Se você ainda não teve sua primeira relação sexual, marque as opções que melhor justificam este fato. (marque mais de uma se for o caso)

- a. Sigo recomendações da minha religião (não fazer sexo antes do casamento etc.)
- b. Tenho medo de pegar doenças sexualmente transmissíveis
- c. Não quero me sentir “diferente” em relação ao meu grupo (não quero ter fama de “galinha” ou ser mal visto na minha comunidade)
- d. Não tive oportunidade
- e. Acho que não tenho a idade adequada
- f. Não encontrei a pessoa certa
- g. Outro. Qual? _____

ANEXO B

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo investigar fatores de risco e proteção junto a jovens de 14 a 24 anos. Para tanto solicitamos autorização para realizar este estudo, nessa instituição. Também será utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante (em anexo).

A coleta de dados deverá envolver a aplicação de um questionário que deverá ser respondido individualmente por cerca de 1000 jovens em dez escolas de Porto Alegre. Os participantes do estudo serão claramente informados de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto os responsáveis pela Instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Todos os cuidados serão tomados para garantir o sigilo e a confidencialidade das informações, preservando a identidade dos participantes bem como das instituições envolvidas. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade do participante. Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade dos pesquisadores no Instituto de Psicologia da UFRGS e após será destruído. Dados individuais dos participantes coletados no processo de pesquisa não serão informados às instituições envolvidas ou aos familiares, mas deverá ser realizada uma devolução dos resultados, de forma coletiva, para a escola.

Através deste trabalho, esperamos contribuir para o esclarecimento de algumas questões relativas às vivências de jovens brasileiros em seu cotidiano de vida. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros jovens.

Agradecemos a colaboração dessa Instituição para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. O pesquisador responsável por esta pesquisa é o Psicólogo Doutorando Elder Cerqueira Santos sob supervisão da Prof^a Dra. Sílvia H. Koller, do Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento do Instituto de Psicologia, UFRGS. Caso queiram contactar com a equipe, isto poderá ser feito pelo telefone (51) 3316-5150.

Data

Psicólogo Elder Cerqueira Santos – CRP 07/12972

Concordamos que os jovens, que estudam nesta instituição, participem do presente estudo.

Data ____/____/____

Responsável pela Instituição

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DE JOVENS EM CAMPO GRANDE, RECIFE, SÃO PAULO E PORTO ALEGRE

COORDENADORA: SÍLVIA H. KOLLER

1. Natureza da pesquisa: Você é convidado a participar desta pesquisa, que tem como finalidade investigar aspectos gerais sobre a vida de jovens brasileiros.
 2. Participantes da pesquisa: Aproximadamente 3000 jovens brasileiros que residem em Campo Grande, Porto Alegre, Recife e São Paulo.
 3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo você deve permitir que um membro do grupo de pesquisa deste projeto entreviste você. As entrevistas podem ser em sua escola, centro comunitário ou instituição, em sala previamente determinada. É previsto um único contato com cada participante, que deve durar mais ou menos uma (1) hora. Como se trata de um tema que pode trazer algumas lembranças e sentimentos talvez desconfortáveis, será oferecido ao final da entrevista um espaço para você falar livremente o que quiser. Você tem a liberdade de se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. No entanto, solicitamos sua colaboração em completar o roteiro de perguntas que lhe ser solicitado, garantindo assim o melhor resultado para a pesquisa. Sempre que quiser você poder pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa Dra. Sílvia H. Koller através do telefone (51) 3316-5150.
 4. Sobre as entrevistas: As entrevistas serão marcadas com antecedência. Será pedido que você forneça algumas informações básicas e que responda a um roteiro de perguntas de múltipla escolha ou escolha simples sobre vários aspectos de sua vida.
 5. Riscos e desconforto: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, talvez, apenas, a lembrança de alguns eventos diante da temática que ser abordada. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade.
 6. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. As gravações e os relatos de pesquisa serão identificados com um código, e não com o seu nome. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados.
 7. Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não deverá ter nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre as questões relativas às vivências de jovens brasileiros em seu cotidiano de vida. No futuro, essas informações poderão ser usadas em benefício de outros jovens.
 8. Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, bem como nada ser pago por sua participação.
- Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.
- Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa

Local e Data

Assinatura da participante da pesquisa

Sílvia H. Koller
Coordenadora do Projeto