

30º Encontro Anual da ANPOCS

24 a 28 de outubro de 2006

Título do GT: ST05 - Juventude: sexualidade, gênero e reprodução

Título do trabalho: Sexualidade, Autonomia e Vulnerabilidade entre Mulheres Jovens Moradoras de uma Favela em Belo Horizonte

Nome(s) do autor(es): Alessandra Sampaio Chacham, Malco Braga Camargos, Mônica Bara Maia

SEXUALIDADE, AUTONOMIA E VULNERABILIDADE ENTRE MULHERES JOVENS MORADORAS DE UMA FAVELA EM BELO HORIZONTE

Alessandra Sampaio Chacham¹
Malco Braga Camargos²
Mônica Bara Maia³

1. INTRODUÇÃO

Autonomia tem sido definida como: "O grau de acesso das mulheres à, e o controle sobre, recursos materiais (incluindo alimento, renda, terra e outras formas de riqueza) e recursos sociais (incluindo conhecimento, poder e prestígio) na família, na comunidade e na sociedade" (Jejeebhoy, 2000, p. 205). Basicamente, o conceito de autonomia reflete a extensão na qual a mulher pode exercer controle sobre sua própria vida dentro do âmbito familiar (Jejeebhoy, 2000). Baseada nesta definição, Jejeebhoy (2000) criou cinco dimensões de autonomia e selecionou indicadores para cada uma delas: autoridade para tomar decisões econômicas e relacionadas com os filhos; mobilidade; ausência de ameaça do companheiro; acesso a recursos econômicos e sociais; e controle sobre os recursos econômicos. A autonomia na esfera sexual e reprodutiva, de acordo com Sen & Batliwala (2000), significa que a mulher/jovem pode, com segurança, determinar quando e com quem manterá relações sexuais; e que ela pode fazê-lo sem medo de violência, infecção ou gravidez não desejada. A falta de autonomia na esfera da sexualidade pode ser considerada um fator de risco para a saúde sexual da mulher. Meninas e mulheres jovens estão em uma posição particularmente vulnerável a partir de sua vulnerabilidade econômica, especialmente quando passam por gravidez não planejada e/ou casamentos precoces.

No Brasil, tanto a gravidez na adolescência quanto o casamento precoce são mais comuns nas áreas rurais e nas áreas urbanas de favelas (BEMFAM, 1996). Em tais contextos, a habilidade das adolescentes em negociar quando o sexo vai ocorrer e quando os preservativos e os métodos contraceptivos serão usados fica diminuída. Em muitas circunstâncias, o medo da violência do parceiro pode contribuir para pressionar a

¹ Professora do Departamento de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Professora do Departamento de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

³ Mestranda em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

adolescente a concordar com práticas sexuais inseguras. Em adição a isto, a persistência de papéis tradicionais de gênero reforça, especialmente entre mulheres, o ideal do amor romântico, como Giffen (1999, p. 284) comenta: "para muitas mulheres, sexo desprotegido significa confiança e intimidade, enquanto o uso do preservativo simboliza parcerias múltiplas, bem com falta de confiança e intimidade". No Brasil, adolescentes, tanto do sexo feminino quanto masculino, tendem a reproduzir os papéis tradicionais de gênero e a apresentar uma perspectiva conservadora com relação aos temas sexuais. O modelo de masculinidade é baseado pela capacidade de prover a família e em ser sexualmente potente. Por outro lado, o modelo de feminilidade é baseado na experiência da maternidade, à passividade sexual e aos ideais de amor romântico. A autonomia sexual das mulheres fica bastante reduzida neste contexto. O presente estudo usa alguns dos indicadores propostos para analisar quais aspectos da autonomia influenciam no comportamento sexual e reprodutivo entre mulheres jovens e pobres que residem em um aglomerado urbano em Belo Horizonte.

2. DESENHO DA PESQUISA E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada em um dos bairros mais pobres de Belo Horizonte: Taquaril. Belo Horizonte, a terceira maior cidade do Brasil, possui 2.234.000 habitantes e mais de 3.500.000 na sua área metropolitana (IBGE, 2000). O bairro Taquaril está localizado na região leste de Belo Horizonte.

Segundo o Censo Social de Belo Horizonte, de 2001, havia 2.437 mulheres entre 14 e 24 anos de idade morando no Taquaril. O Censo Social, elaborado a partir da coleta de informações realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi usado para localizar os endereços das entrevistas, que compuseram uma amostra de 332 adolescentes e jovens, sorteadas aleatoriamente do banco de dados. O tamanho da amostra foi calculado a partir de equação para uma amostra probabilística randomizada com nível de significância de 5% para o total da população de mulheres entre 15 e 24 anos morando no Taquaril. Durante o trabalho de campo, descobriu-se que cerca de metade das sorteadas se mudaram ou seus endereços não puderam ser localizados, mesmo como mapa oficial da prefeitura. Assim, foi necessário um segundo sorteio e mais 300 nomes para completar a amostra.

O trabalho de campo durou de março a maio de 2005. Cada entrevistada foi contactada em casa e assinou um documento de consentimento informado (a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais). As entrevistas foram realizadas no local escolhido pela entrevista, e duravam em média uma hora. Ao final do campo, foram entrevistadas 372 mulheres entre 15 a 24 anos, sendo que 5 foram descartadas porque as entrevistadas tinham menos de 15 anos e 11 foram descartadas por erro ou informações contraditórias no questionário. A amostra final compreendeu 356 questionários, sendo 179 de adolescentes entre 15 e 19 anos, e 177 de jovens entre 20 e 24 anos.

As nove entrevistadoras eram graduadas ou estudantes de graduação de Ciências Sociais, treinadas e supervisionadas pelo grupo de pesquisadoras que checaram e codificaram o questionário. As entrevistadoras receberam um mapa do bairro, e cada uma ficou responsável por um ou dois setores, segundo a divisão oficial do Taquaril. Normalmente elas foram recebidas pela entrevistada ou alguém da família. As entrevistadoras foram orientadas a não insistir, e a maioria das entrevistadas aceitaram responder o questionário imediatamente. Houve apenas 3 casos de recusa, sendo que em dois, foram os pais que não permitiram que as adolescentes respondessem.

2.1. Coleta de dados e análise

Foram usados indicadores de quatro dimensões de autonomia:

Área de autonomia	Indicador usado no estudo
Tomada de decisões econômicas	Quem comprou os principais e mais caros utensílios domésticos, como carro
Mobilidade e acesso a recursos sociais	Lugares onde a mulher pode ir sozinha: centro de saúde, centros comunitários, casa de amigos e parentes, shopping ou outra cidade. Se ela tem atividades de lazer. Se tem acesso a TV, rádio ou livros. Se tem a chave de casa. Se tem hora marcada para chegar em casa. Se pode sair com os amigos. Se pode usar a roupa que quiser. Se pode se maquiar.
Controle sobre recursos	Se tem trabalho remunerado e se controla como seu

econômicos	dinheiro e/ou o dinheiro da casa será gasto. No caso de não ter trabalho, se tem alguma fonte de renda. Se tem liberdade para comprar objeto de uso pessoal. Sem tem conta bancário.
Liberdade de ameaças	Se tem medo e/ou foi exposta a violência física, psicológica ou sexual ou outro abuso por parte do parceiro ou parente. Se já viu a mãe ser vítima de violência doméstica. Se sente que pode evitar ou interromper a relação sexual, se quiser. Se pode demandar o uso do preservativo com segurança.

Foram realizadas, preliminarmente, 20 entrevistas em profundidade com mulheres jovens moradoras do Alto Vera Cruz (um bairro com condições econômicas e sociais similares às do Taguaril), com o objetivo de explorar qual abordagem seria mais apropriada para compreender o comportamento e práticas sexuais entre as adolescentes e para compreender os sentidos relacionados com autonomia e apoio comunitário. Os resultados permitiram a construção do grupo de indicadores das três dimensões de autonomia -- além da autonomia sexual (ser capaz de decidir quando, onde e com quem o sexo ocorre) -- particularmente relacionadas com a interface entre autonomia, vulnerabilidade e uso de serviços: Tomada de decisões econômicas, Mobilidade e acesso a recursos sociais e Controle sobre recursos econômicos.

Com base nestas entrevistas preliminares, foi construído um questionário também pré-testado no Alto do Vera Cruz. O questionário incluiu questões sobre: condições sócio-econômicas; história sexual reprodutiva e conjugal; conhecimentos, atitudes e práticas em sexualidade e prevenção de HIV/AIDS. Foram elaboradas questões sobre nível de autonomia e capacidade de tomar e fazer valer suas decisões na vida sexual e nas três dimensões de autonomia definidas acima.

As respostas para as questões abertas e fechadas do questionário foram codificadas, inseridas no banco de dados e analisadas por meio do *Statistical Programme for Social Sciences* (SPSS 11.5). O teste do chi-quadrado foi aplicado e as correlações foram aceitas quando eram próximas ou menores do que 0,05. Na regressão logística, as variáveis foram incluídas no modelo quando apresentaram associação estatística ($p < 0.20$) com a variável de

uso/não uso do preservativo na primeira/última relação sexual. Para a regressão foi usado o *stepwise forward*, método no qual, em cada passo, as variáveis que não apresentam significância estatística ($p > 0,05$) são excluídas até que apenas as variáveis com níveis de significância de 0,05 ou menor permaneçam.

3. RESULTADOS

3.1 Perfil econômico e social das entrevistadas

Os dados acerca do perfil social, econômico e demográfico das adolescentes e jovens entrevistadas no Taguaril estão na tabela 1. A média mensal da renda domiciliar foi menor do que o esperado, em torno de US\$ 150.00. Metade (51%) declarou renda abaixo da linha de pobreza considerada pelas Nações Unidas, ou seja, um dólar/dia *per capita*. Mais de um terço dos domicílios são chefiados por mulheres, sendo que a renda mensal é menor do que a média nestes domicílios. Apesar de mais pobres, as adolescentes e jovens que moram com suas mães apresentam o mesmo nível de escolaridade das que moram em casas chefiadas pelo pai e um nível de escolaridade maior do que as que moram sozinhas ou com o parceiro. Os domicílios mais vulneráveis foram aqueles nos quais a entrevistada chefiava sozinha: entre domicílios com renda mensal menor do que U\$ 100, 62% eram chefiados pela própria entrevistada. Três quartos das entrevistadas nasceram em Belo Horizonte. Oitenta e quatro por cento se identificou como marrom ou parda, e apenas 16% como brancas, indicando um número desproporcionalmente alto de negras vivendo nesta área. Predominam as de religião católica (49%), mas bem menor do que a média nacional da população (70%, de acordo com o último censo, IBGE, 2000). Evangélicas e Pentecostais compõem 34% da amostra, bem maior do que a média nacional de 15% da população (IBGE, 2000).

Um terço das entrevistadas (107 mulheres) estavam casadas ou unidas no momento da entrevista e 38% já haviam sido casadas pelo menos uma vez. No grupo entre 20-24 anos de idade, a proporção de casadas e unidas pelo menos uma vez é praticamente o dobro. Entre as que não estavam casadas ou unidas no momento da entrevista, 47% estava namorando e apenas 14,1% declarou nunca ter tido namorado. Três mulheres declaram ter uma outra parceira no momento da entrevista.

Em relação à escolaridade, no grupo etário de 15 a 19 anos, como esperado, um número muito maior de entrevistadas (70%) ainda está estudando, quando comparado com o grupo de 20 a 24 anos (19%). Entre aquelas que não estão na escola, 39% terminaram o segundo grau: 45% entre as de 15 à 19 anos e 36% entre as de 20 a 24 anos. Os dados não permitem inferir porque as adolescentes de 15 a 19 anos tendem a ser mais escolarizadas que as de 20 a 24 anos, mas provavelmente os dados refletem uma tendência de aumento do nível secundário de escolaridade no Brasil, nos anos recentes. Entre aquelas que abandonaram a escola, 37% o fizeram em função de gravidez, para cuidar dos filhos ou para casar. Um número muito menos de mulheres solteiras abandonou a escola por causa da gravidez (13%) do que de casadas (22%). Além disso, entre as que ainda estão solteiras, um número maior deixa a escola porque terminou o ensino secundário (58%) do que entre as casadas ou unidas (20%). A probabilidade de terminar o ensino secundário está diretamente ligada à renda familiar: 65% do grupo de maior renda (renda familiar mensal acima de 500 dólares) terminou o secundário, em comparação com 24% da amostra geral.

Tabela 1
Perfil social, econômico e demográfico das adolescentes entrevistadas no Taquaril, Brasil, 2005.

Características sociais, econômicas e demográficas	Grupos etários	
	15 to 19 (%) N=178	20 to 24 (%) N=175
Renda mensal		
Até 100 dólares	22,7	26,9
De 100 to 300 dólares	65,6	52,0
Acima de 300 dólares	11,7	21,1
Escolaridade¹		
De 2ª à 5ª série	05,6	21,3
De 6ª à 8ª série	40,4	23,6
2º grau incompleto	39,3	21,8
2º grau completo/universitário	14,6	23,3
Situação conjugal¹		
Casada/unida	11,2	49,1
Separada/viúva/solteira	89,4	50,9
Já foi casada¹		
Sim	14,0	62,9
Não	86,0	37,1
Trabalho pago²		
Sim	24,2	28,6
Não	75,8	71,4

Religião²		
Sem religião	14,6	11,7
Católica	48,3	51,5
Evangélica	37,1	36,8
Chefe de casa¹		
Pai	47,2	26,3
Mãe	38,2	20,6
Marido	07,9	41,7
Entrevistada	0,6	5,7
Outros	6,2	5,7

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor

²Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor

O nível de emprego é bem baixo, considerando que se trata de uma população com nível de escolaridade maior (9 anos de escolaridade) do que a média nacional (5 a 6 anos de escolaridade). Apenas 26,7% entre as entrevistadas possuem um trabalho pago regular. Mesmo entre as entrevistadas mais velhas, o nível de emprego é baixo. Entre as casadas, a taxa de emprego é menor (23,4%) do que entre as solteiras (28,2%).

Entre as que estão empregadas, apenas 32% tem acesso ao seguro social e outros benefícios. Mais de 90% das que trabalham estão concentradas em cinco tipos de atividades: empregadas, babás, cabeleireira e/ou manicura, caixa ou vendedora e algumas poucas secretárias e recepcionistas. As entrevistadas recebem, em média, menos do que o salário mínimo (cerca de US\$ 100). Comparadas com seus parceiros ou maridos -- que não são muito mais velhos (4 anos de diferença) e possuem o mesmo nível de escolaridade (9 anos), sendo que poucos com os que terminaram o segundo grau (19%) -- observa-se que uma proporção muito maior deles estava trabalhando (76%). Quando se considera o tipo de trabalho disponível para os homens, há uma maior diversidade de ocupações e melhores salários: trabalhadores da construção, mecânicos, bombeiros, motoristas e policiais, entre outros. Os resultados sugerem uma desigualdade de gênero no poder econômico e no acesso aos recursos econômicos.

3.2 Determinantes do Comportamento Sexual e Reprodutivo:

Conforme a tabela 2, a maioria das entrevistadas (72%) teve relação sexual pelo menos uma vez por ocasião da pesquisa. A idade média da primeira relação sexual foi 15,8 anos. Entre as solteiras, 55% já tiveram a primeira relação sexual. Entre as já tiveram sexo, 63%

ficaram grávidas pelo menos uma vez, sendo que a maioria delas (84%) ficou grávida a primeira vez antes dos 20 anos de idade. A proporção de gravidez precoce foi alta: 11% ficaram grávidas antes dos 15 anos. A idade média da primeira gravidez foi 17 anos, ou seja, as entrevistadas ficaram grávidas, em média, um ano após a primeira relação sexual. A idade do primeiro casamento ou união também foi 17 anos, sugerindo uma relação entre gravidez e a entrada precoce em parcerias conjugais. A idade média do parceiro da primeira união era de 21 anos de idade. A prevalência de gravidez na adolescência (de 13 a 19 anos) foi de 38%. Como era de se esperar, entrevistadas que foram casadas/unidas pelo menos uma vez tem maior probabilidade de já ter estado grávida (90%) quando comparadas com as solteiras (17%).

Tabela 2
Comportamento reprodutivo e sexual das adolescentes entrevistadas no Taguaril, Brasil, 2005.

Características sociais, econômicas e demográficas	Grupos etários	
	15 to 19 (%) N=178	20 to 24 (%) N=175
Experiência sexual e gravidez¹		
Teve sexo e ficou grávida	18,5	73,7
Teve sexo e não ficou grávida	33,1	19,4
Nunca teve sexo	48,3	6,9
Idade da primeira relação sexual¹		
Até 14 anos	16,3	20,6
De 15 a 18 anos	35,4	60,6
Acima de 19 anos	--	12,0
Nunca teve sexo	48,3	6,9
Idade da primeira gravidez¹		
Até 14 anos	24,2	07,0
De 15 a 18 anos	69,7	61,7
Acima de 19 anos	06,1	31,8

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor

²Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor

Enquanto 70% reportaram estar usando algum método contraceptivo. 86% declararam não usar nenhum por ocasião da primeira gravidez. Falta de conhecimento não é uma explicação para o baixo nível de uso de contraceptivo, já que apenas uma entrevistada declarou não conhecer nenhum método. A maioria das entrevistadas (53%) declarou desejar a primeira gravidez, de tal modo que a ausência de contracepção se relaciona com o desejo de uma maternidade precoce. Entre as que já ficaram grávidas, 87,6% teve pelo menos um

filho nascido vivo e 44,6% dois ou mais filhos. Cerca de oito por cento (7,8%) estava grávida por ocasião da entrevista. Entre aquelas com mais de um filho nascido vivo, 19,3% tiveram filhos com 2 ou 3 parceiros diferentes. A cobertura de pré-natal é alta, sendo que 97% tiveram acesso às consultas de pré-natal e 80% fizeram 6 ou mais consultas durante a última gravidez, geralmente no centro de saúde de sua área de abrangência.

Tabela 3
Comportamento reprodutivo e sexual das adolescentes entrevistadas no Taquaril, de acordo com características sociais e econômicas, controlado por idade. Brasil, 2005.

Características sociais e econômicas	15 a 19 anos N=178			20 a 24 anos N=175		
	Fez sexo e ficou grávida	Fez sexo e não ficou grávida	Não fez sexo	Fez sexo e ficou grávida	Fez sexo e não ficou grávida	Não fez sexo
	N=33	N=59	N=86	N=129	N=34	N=12
Renda agregada²						
Até 1 SM	27%	27%	46%	89%	11%	0%
de 1 a 3 SM	20%	35%	46%	78%	17%	6%
Mais de 3 SM	0%	47%	53%	47%	33%	19%
Escolaridade agrupada²						
2ª até 5ª série	40%	10%	50%	89%	8%	3%
6ª até 8ª série	19%	32%	49%	98%	2%	0%
1º e 2º ano	14%	40%	46%	82%	16%	3%
3º ano, superior e técnico	19%	27%	54%	43%	40%	17%
Situação Conjugal¹						
Casada/unida	80%	20%	0%	92%	8%	0%
Solteira/separada/viúva	11%	35%	54%	56%	30%	13%
Já foi casada¹						
Sim	84%	16%	0%	94%	6%	0%
Não	8%	36%	56%	40%	42%	18%
Faixa etária primeira vez²						
Até 14 anos	50%	50%	0%	89%	11%	0%
De 15 a 17 anos	29%	71%	0%	86%	14%	0%
18 anos ou mais	25%	75%	0%	55%	45%	0%
Chefe reagrupado¹						
Pai	11%	29%	61%	54%	30%	15%
Mãe	13%	44%	43%	58%	33%	8%
Marido	86%	14%	0%	93%	7%	0%
Própria	100%	0%	0%	80%	10%	10%
Outros	18%	27%	55%	70%	20%	10%

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor para ambos grupos etários

³Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 20 a 24 anos

Algumas correlações foram encontradas entre algumas características sociais e econômicas e a probabilidade da jovem já experiência sexual e engravidado ou não, ou de ainda não ter tido experiência sexual (Tabela 3). Comparando os dois grupos etários (adolescentes entre 15 a 19 anos e mulheres jovens entre 20 a 24 anos), encontramos que renda e nível de escolaridade estão positivamente correlacionada tanto com a probabilidade de ter tido relações sexuais e nunca engravidado quanto de nunca ter tido experiência sexual mas a correlação somente é positiva para o grupo etário de 20 a 24 anos. Como é de se esperar, em ambos os grupos etários, ser ou ter sido casada ou unida está altamente correlacionado com a probabilidade de já ter engravidado pelo menos uma vez. Já a idade da jovem à primeira relação está negativamente associada a probabilidade de ter engravidado, mas novamente somente para as mais velhas. Também para os dois grupos etários, morar em um domicílio chefiado pela mãe está positivamente relacionado com a experiência de já ter tido relações sexuais e nunca ter engravidado. Religião e frequência a igrejas não apareceram como tendo influência significativa nem na probabilidade de já ter tido relações sexuais nem de já ter engravidado.

Já na tabela 4 apresentamos os resultados de algumas correlações entre a experiência sexual e reprodutiva das jovens em relação a alguns indicadores de autonomia nas esferas econômica, de mobilidade e acesso a recursos sociais, da sexualidade e da não-exposição à violência. Tanto para as jovens de 15 a 19 anos quanto para as de 20 a 24 anos, restrições à mobilidade e acesso a recursos sociais impostas por um parceiro, como ter hora para chegar em casa, ter sido proibida de usar algum tipo de roupa ou de ter amigos assim como ter alguma restrição a locais onde pode ir sozinha estão significativamente associados a já ter engravidado ao menos uma vez. A ausência de atividades de lazer está positivamente associada a maior probabilidade de gravidez, mas essa correlação somente é significativa para as mais jovens. Já ter sido vítima de violência doméstica por parte de um parceiro também está positivamente associado a ter tido experiência sexual e engravidado para os dois grupos etários. Ter um trabalho remunerado está negativamente associado a probabilidade de ter tido experiência sexual e engravidado e positivamente com ter tido sexo e nunca ter engravidado, para ambos os grupos etários. A variável “conversou com parceiro sobre como evitar filhos antes da primeira relação” também está negativamente associada a probabilidade de ter tido experiência sexual e engravidado e positivamente com ter tido sexo e nunca ter engravidado

mas essa correlação somente é significativa para o grupo de 20 a 24 anos. A significância dessas correlações certamente não implica em causalidade, jovens com filhos são menos prováveis de ter acesso a atividades de lazer e a trabalho remunerado do que as que não tem filhos, por exemplo, no entanto não podem ser desconsideradas em sua ligação com as escolhas possíveis às jovens em relação a sua vida sexual e reprodutiva, principalmente a luz da relação entre os outros indicadores de autonomia e seu impacto na probabilidade da gravidez.

Tabela 4
Comportamento reprodutivo e sexual das adolescentes entrevistadas no Taquaril, desagregados por alguns indicadores de autonomia, controlado por idade. Brasil, 2005.

Indicadores de Autonomia	15 a 19 anos N=178			20 a 24 anos N=175		
	Fez sexo e ficou grávida N=33	Fez sexo e não ficou grávida N=59	Não fez sexo N=86	Fez sexo e não ficou grávida N=129	Fez sexo e não ficou grávida N=34	Não fez sexo N=12
Se tem hora para chegar em casa¹						
Parentes	10%	36%	54%	57%	10%	33%
Marido	75%	25%	0%	89%	11%	0%
Ninguém	26%	30%	43%	76%	22%	1%
Quem proibiu roupas¹						
Parentes	5%	33%	63%	46%	38%	15%
Namorado	29%	61%	10%	72%	24%	3%
Marido	89%	11%	0%	95%	5%	0%
Ninguém	15%	26%	59%	67%	22%	10%
Quem proibiu amigos¹						
Parentes	9%	37%	54%	42%	42%	17%
Namorado	12%	76%	12%	79%	21%	0%
Marido	90%	10%	0%	95%	2%	2%
Ninguém	17%	27%	56%	67%	24%	9%
Sofreu violência¹						
Violencia pais/parentes	17%	43%	40%	78%	15%	7%
Violencia marido/namorado	86%	14%	0%	92%	8%	0%
Não sofreu violência	15%	29%	56%	66%	25%	9%
Pode viajar para outras cidades¹						
Sim	12%	30%	57%	74%	14%	12%
Não	27%	37%	36%	73%	23%	4%
Pode ir sozinha a qualquer lugar¹						
Sim	32%	35%	33%	71%	26%	3%
Não	11%	32%	57%	77%	12%	11%

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor para ambos grupos etários

²Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 15 a 19 anos

³Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 20 a 24 anos

Não tem atividades lazer²						
Não tem atividade de lazer	75%	25%	0%	82%	18%	0%
Tem atividade de lazer	17%	33%	49%	72%	20%	8%
Exerce alguma atividade remunerada¹						
Sim	12%	49%	40%	58%	34%	8%
Não	21%	28%	51%	80%	14%	6%
Conversou com parceiro sobre como evitar filhos³						
Sim	33%	67%	0%	73%	27%	0%
Não	38%	62%	0%	87%	13%	0%

3.3. Determinantes do uso do preservativo

O uso do preservativo foi considerado o principal indicador de susceptibilidade à infecção pelo HIV. O uso do preservativo previne tanto o risco de contrair o vírus do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis quanto permite à mulher exercer uma prática contraceptiva. O uso do condom foi explorado tanto na primeira quanto na última relação sexual, dois momentos marcadores de um padrão de uso de preservativo no contexto da história sexual individual. Entretanto, considerando que para algumas entrevistadas a primeira relação sexual ocorreu há mais de 10 anos, algumas respostas podem ser menos confiáveis. Também é possível considerar que algumas mulheres responderam sim à pergunta se usaram preservativo na última relação sexual, por considerarem esta a resposta correta e/ou esperada.

Entre as entrevistadas, 60,2% declararam ter usado o preservativo na primeira relação sexual. Adolescentes apresentam maior probabilidade de terem usado do que jovens de 20 a 24 anos (71,7% a 54%), assim como as solteiras têm maior probabilidade de terem usado do que as casadas/unidas (67,8% to 50%). A maioria uso o preservativo para prevenir DST e/ou gravidez, sendo que apenas 9,1% mencionaram apenas prevenção de DST. Entre as que não usaram o preservativo, a razão mais citada foi "desconhecia a importância do preservativo" (33%), enquanto apenas 4% declararam não usar por recusa do parceiro.

Apesar da prevalência do uso do preservativo no início da vida sexual, ele é rapidamente esquecido e se uso se torna irregular posteriormente: 45,7% declararam ter usado o preservativo na última relação sexual. As mais velhas (38% entre 20 a 24 anos, em comparação com 58,7% entre 15 a 19 anos) e as casadas (21,7 comparado com 62,4% das

solteiras) apresentam menor probabilidade de usar o preservativo na última relação sexual. Entre as que usaram, a principal motivação foi prevenir DST e/ou gravidez, sendo que os preservativos são mais usados com finalidade contraceptiva (33,3%). As principais razões para o não uso foram: confiança no parceiro (41,6%), seguida de uso de outro método contraceptivo ou estar grávida. Apenas 7,3% reportaram pressão do parceiro para não usar o preservativo, enquanto 10,9% declararam que a escolha de não usar foi delas mesmas.

3.2.1. Determinantes do uso do preservativo na primeira relação sexual

A idade é o melhor preditor do uso do preservativo na primeira relação sexual do que *status* conjugal ou outras variáveis. Quando controlado por idade, o uso do *condom* na primeira relação sexual não se correlaciona com renda, escolaridade, religião ou etnia/raça.

Adolescentes e jovens que estavam ou já foram casadas alguma vez apresentaram menor probabilidade de ter usado o preservativo na primeira relação sexual do que as que nunca foram casadas, apesar de mais de 90% das entrevistadas que nunca forma casada já terem tido relações sexuais. Adolescentes (15 a 19 anos) apresentaram maior probabilidade de terem usado o preservativo na primeira relação sexual do que as jovens de 20 a 24 anos, mesmo entre as que já estavam casadas. Ou seja, a idade tem um efeito independente do *status* conjugal. As que nunca ficaram grávidas apresentaram maior probabilidade de terem usado o preservativo na primeira relação sexual, em ambos os grupos etários e entre mulheres solteiras. Tais resultados sugerem que o preservativo seja mais usado para prevenir a gravidez do que DST, bem como que as entrevistadas tendem a confiar no parceiro após o "casamento".

Tabela 5

Frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual por grupo de idade e indicadores de Autonomia. Taquaril, Brasil. 2005.

Frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual por grupo de idade	Grupos etários			
	15-19 anos		20-24 anos	
	Sim (%) N=66	Não (%) N=26	Sim (%) N=88	Não (%) N=75
Indicadores de Autonomia				
Já foi casada ¹				
Sim	19,7	46,2	55,7	81,3
Não	80,3	53,8	44,3	18,7
Já ficou grávida ¹				
Sim	28,8	53,8	67,0	93,3
Não	71,2	46,2	33,0	6,7

Já foi testada para HIV ¹				
Sim	39,4	65,4	69,0	88,0
Não	60,6	34,6	31,0	12,0
Conversou com o parceiro sobre como evitar a gravidez na primeira relação sexual ¹				
Sim	68,2	28,0	72,7	32,0
Não	31,8	72,0	27,3	68,0
Como foi propor o uso do preservativo para o parceiro ²				
Muito difícil	86,4	62,5	80,5	76,1
Um pouco difícil	9,1	20,8	16,3	14,9
Fácil	4,5	16,7	9,2	9,0
Parceiro já recusou usar o preservativo ²				
Sim	16,7	45,8	26,1	39,7
Não	83,3	54,2	73,9	60,3
Desejava a primeira relação sexual ³				
Sim	77,3	65,4	79,5	61,3
Não	22,7	34,6	20,5	38,7
Quem decidiu sobre que método preventivo usar ³				
A entrevistada	10,0	20,0	26,2	49,0
O parceiro	4,0	--	--	--
Ambos	86,0	80,0	73,8	56,0

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor para ambos grupos etários

²Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 15 a 19 anos

³Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 20 a 24 anos

Ter sido testada para o HIV também está associado ao não uso do preservativo. Esta probabilidade reflete o alto número de mulheres (97%) que foram testadas para o HIV durante a gravidez, indicando uma associação entre gravidez e pouco uso do preservativo. Adolescentes e jovens que moram com as mães apresentaram maior probabilidade de terem usado o preservativo na primeira relação sexual. Apesar de não ser uma associação significativa, entre as solteiras que moram em casas chefiadas pela mãe apresentam maior proporção de uso do preservativo na primeira relação sexual (75,4%) quando comparadas com as que moram em casas chefiadas por pais, companheiros ou outros parentes.

Alguns indicadores de autonomia sexual mostraram relação com uso do preservativo na primeira relação sexual. Entrevistadas que discutiram com o parceiro sobre como evitar a gravidez antes da primeira relação sexual apresentaram maior probabilidade de ter usado o preservativo na primeira relação sexual, mesmo quando controladas por idade e status conjugal. Esta é uma importante variável relacionada tanto com a capacidade da mulher em negociar o preservativo quanto com a participação do homem no processo. Aquelas que declararam desejar a primeira relação sexual apresentaram maior probabilidade de ter usado

o preservativo nesta relação, bem como as que decidiram com o parceiro qual método contraceptivo usar. Esta correlação, entretanto, só é significativa para entrevistadas entre 20 a 24 anos.

Variáveis relacionadas com mobilidade como ter sido proibida de usar alguma roupa, ter sido proibida de ter algum amigo/a e ter hora para chegar em casa, estão todas relacionadas com baixa frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual, entre adolescentes (Tabela 4). O tipo de relação (mais igualitária ou mais autoritária) que a jovem estabelece com seu parceiro parece influenciar na probabilidade de uso do preservativo, mesmo antes dela se casar ou unir, especialmente entre as entrevistada mais novas.

Já ter sido vítima de violência física ou já ter sido vítima de violência física pelo parceiro mostrou associação com baixa frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual. Os dados indicam alto índice de violência doméstica no bairro onde se realizou a pesquisa: 37% das entrevistadas declaram ter visto a mãe ser vítima de violência perpetrada por pais ou padrastos. Entre as já estiveram casadas, 27% foram vítimas de violência física pelo parceiro/marido. A violência doméstica se relaciona com o aumento da susceptibilidade ao HIV e está diretamente ligada à iniquidade de gênero e falta de autonomia de mulheres jovens.

Tabela 6
Frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual, relacionada com alguns indicadores de autonomia, controlada por idade. Taquaril, Brasil. 2005.

Frequência de uso do preservativo na primeira relação sexual por grupo de idade	Grupos etários			
	15-19 anos		20-24 anos	
	Sim (%) N=66	Não (%) N=26	Sim (%) N=88	Não (%) N=75
Indicadores de Autonomia				
Já foi vítima de violência física? ³				
Sim	40,9	57,7	25,0	56,0
Não	59,1	42,3	75,0	44,0
Por parte de quem? ¹				
Pai/mãe	37,9	38,5	13,6	17,3
Parceiro	3,0	19,2	11,4	38,7
Nunca foi vítima de violência física	59,1	42,3	75,8	44,0
Já foi proibida de usar alguma roupa? ³				
Sim, por pai/mãe	16,7	19,2	9,1	4,0
Sim, pelo namorado	36,4	15,4	20,5	13,3
Sim, pelo marido/companheiro	6,0	19,2	17,0	38,7
Nunca foi proibida	40,9	46,2	53,4	44,0

Já foi proibida de ter amigos? ²				
Sim, por pai/mãe	19,7	30,8	6,8	5,3
Sim, pelo namorado	21,2	3,8	11,4	12,0
Sim, pelo marido/companheiro	7,6	19,2	19,3	34,7
Nunca foi proibida	51,5	46,2	62,5	48,0
Tem hora para chegar em casa? ²				
Sim, estabelecida por pai/mãe	56,1	30,8	11,4	13,3
Sim, estabelecida pelo marido/companheiro	1,5	11,5	4,5	6,7
Não tem hora para chegar em casa	42,4	57,7	84,1	80,0

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor para ambos grupos etários

²Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 15 a 19 anos

³Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 20 a 24 anos

Dada a alta correlação entre conversar com um parceiro sobre como prevenir a gravidez antes da primeira relação sexual e o uso do preservativo, foram exploradas outras variáveis independentes que pudessem estar ligadas à probabilidade de adolescentes e jovens conversarem com seus parceiros sobre contracepção antes do primeiro intercuro. Observou-se uma maior probabilidade de conversar como parceiro sobre uso do preservativo em mulheres mais novas e solteiras, entre mulheres cuja primeira relação sexual ocorreu quando elas tinham 18 anos ou mais e entre as que conversaram com suas mães sobre sexo. Nível de escolaridade, ocorrência de educação sexual na escola e ter recebido informações sobre prevenção de HIV na escola, apesar de não estarem relacionadas com uso de camisinha na primeira relação sexual, estavam diretamente relacionadas com conversar com o parceiro sobre contracepção. Os resultados sugerem que a exposição à informação sexual seja em casa seja na escola, aumenta a probabilidade de mulheres jovens apresentarem comportamentos preventivos em relação ao HIV e à AIDS.

4.2.2. Determinantes do uso do preservativo na última relação sexual

Na última relação sexual, o *status* conjugal é melhor preditor para uso do preservativo do que a idade. Quando controlado por *status* conjugal, o uso do preservativo na primeira relação sexual não se mostrou correlacionado com idade, renda, escolaridade, religião ou etnia/raça. Tanto as entrevistadas mais velhas quando as casadas apresentaram menor probabilidade de usar preservativo, assim como as que já estiveram casadas e as que já ficaram grávidas. O uso de preservativo na primeira relação sexual não está relacionado com uso de preservativo na última relação sexual. O uso de preservativo na última relação sexual foi maior entre adolescentes em relações onde ambos os parceiros decidiram juntos sobre qual método contraceptivo e para mulheres que vivem em casa onde a mãe é chefe de

família. Alguns indicadores de autonomia sexual e relações de gênero menos tradicionais parecem impactar positivamente uso de preservativo na última relação sexual.

Há alguns fatores que mediam essa relação. O rompimento do preservativo durante o sexo está associado com menor uso do preservativo entre adolescentes e solteiras, o que pode refletir a pouca experiência com o método. A crença da mulher de que o preservativo interfere na relação sexual, tanto machucando quanto diminuído o prazer, também influencia no uso de preservativo na última relação sexual entre as adolescentes (15 a 19 anos). Este é um aspecto normalmente considerado a partir da perspectiva do homem, mas parece que também afeta a forma como a mulher percebe o preservativo e sua disponibilidade para usá-lo. A queixa de adolescentes de que o preservativo machuca ou interfere como prazer também pode indicar que elas não estão tendo lubrificação suficiente na hora da relação sexual o que pode estar relacionado com ausência de prazer na relação sexual ou a ocorrência de alguma infecção vaginal.

Duas variáveis apresentaram uma relação inesperada com uso de preservativo na última relação sexual: mulheres solteiras que declararam uso de álcool e/ou drogas declararam usar mais o preservativo e mulheres casadas que afirmaram gostar do sexo declararam usar menos. Mulheres em relações estáveis apresentaram maior probabilidade de declarar que gostavam de sexo e que usavam pouco o preservativo. Mulheres que usaram álcool e/ou drogas na última relação sexual apresentaram menor probabilidade de estarem casadas (91,7% eram solteiras) e tinham mais probabilidade de usar preservativo. A Tabela 6 mostra que mulheres casadas que participam dos grupos de planejamento familiar, no Centro de Saúde, apresentam maior probabilidade de usar o de preservativo na última relação sexual, sendo que a associação contrária foi encontrada para uso do preservativo na primeira relação sexual. Este achado indica o importante papel do centro de saúde nas práticas preventivas, depois que a mulher passa a frequentá-lo.

Tabela 7

Frequência de uso do preservativo na última relação sexual entre adolescentes e jovens casadas e solteiras. Taquaril, Brasil. 2005.

Uso do preservativo na última relação sexual segundo <i>status</i> conjugal	Casadas		Solteiras/separadas	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Indicadores de autonomia				
Já ficou grávida ³				
Sim	95,7	88,0	37,6	57,1
Não	4,3	12,0	62,4	42,9

Chefe da família ³				
Pai	4,3	4,8	38,7	55,4
Mãe	4,3	3,6	53,8	32,1
Marido	78,3	83,1	---	--
Entrevistadas outros	8,7 4,3	2,4 6,0	2,2 5,4	7,1 5,4
Camisinha já arrebitou ³				
Nunca usou camisinha	--	7,3	--	6,0
Muitas vezes	4,3	1,2	1,0	6,0
Poucas vezes	22,7	39,0	39,0	44,0
Nunca rompeu	73,9	52,4	60,0	44,0
Usou álcool e drogas na última relação sexual ³				
Sim	4,3	--	7,	5,2
Não	95,7	100,0	92,	94,5
Gosta de sexo ²				
Sim	62,5	85,5	67,7	83,9
Algumas vezes	17,4	3,6	4,3	1,8
Não	17,4	18,8	28,0	14,3
Já participou do grupo de planejamento familiar do centro de saúde ²				
Sim	78,3	52,4	32,3	35,2
Não	21,7	47,6	67,7	64,8

¹Correlação significativa com p-valor=0.05 ou menor para ambos grupos etários

²Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 15 a 19 anos

³Correlação não significativa com p-valor=0.05 ou menor somente para o grupo etário de 20 a 24 anos

3.3 Autonomia e acesso a informações e aos serviços de saúde

Como se transmite o HIV e como se previne são conhecimentos comuns entre as entrevistadas: todas (100%) sabiam que sexo sem preservativo pode infectar e apenas 3,9% declararam não saber como evitar o vírus da AIDS. A AIDS não é mais vista como uma doença restrita a "grupos de risco" como homossexuais, trabalhadoras do sexo ou usuários de drogas, e 42,2% das entrevistadas se percebe em risco de contrair o vírus HIV. A doença também não está distante de sua vivência: 35,9% conheciam alguém que tem o vírus e 48,4% conheciam alguém que morreu de AIDS. Entretanto, um número relativamente alto ainda apresenta mitos e desconhecimentos com relação à possibilidade de se infectar com a doação de sangue (53,5%), com o beijo (32,4%), por mordida de mosquito (25,8%) ou por usar o banheiro (20,3%). Não foram encontradas associações entre o nível de informação das entrevistadas com suas atitudes frente à prevenção, ou entre a percepção de risco com a prevalência do uso da camisinha na primeira ou na última relação sexual.

Os resultados indicam que os fatores relacionados com o uso do preservativo está além das informações ou conhecimentos sobre onde conseguir camisinha. O que não significa,

obviamente, que as barreiras ao acesso como vergonha, falta de privacidade na utilização dos serviços públicos de saúde, falta de métodos nos centros de saúde e falta de dinheiro para compra o preservativo não contribuem para dificultar o acesso aos métodos de prevenção. O fato é que, se acesso e conhecimento são importantes, eles não são condições suficientes para garantir o uso do preservativo.

Em relação às fontes de informação sobre prevenção, 44,1% conversaram com um profissional do centro de saúde sobre DST/HIV/AIDS. Entretanto, entre ad que tiveram pelo menos uma consulta com o ginecologista (63% das entrevistadas), apenas 34,8% reportaram ter conversado sobre o assunto na última consulta. Entre as entrevistadas, nos últimos seis meses a principal fonte de informação sobre AIDS foi a mídia, seguida pela escola, e o centro de saúde aparecendo em terceiro lugar. Entretanto, a expectativa das entrevistadas foi de que o centro de saúde tivesse um papel mais ativo no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, já que a maioria respondeu que procuraria um profissional de saúde se precisasse de mais informações sobre DST/AIDS.

A análise do impacto de diferentes dimensões da autonomia na utilização dos serviços de saúde, foram usados como indicadores duas variáveis: (1) Já ter participado do grupo de planejamento familiar do centro de saúde; e (2) já ter recebido a visita do agente comunitário de saúde. Por meio delas foi possível identificar duas formas diferentes de acessar o serviço: uma, representada por ter participado do grupo de planejamento familiar, depende de uma demanda ativa por parte da usuária em sua busca por métodos contraceptivos; a segunda, ter recebido a visita do agente comunitário de saúde, não depende da demanda da usuária, e é uma prática rotineira das atividades do agente de saúde. A partir dessas diferenças, os resultados indicam que os indicadores de autonomia apresentam impactos diferentes no acesso aos serviços. Ou seja, as formas mais passivas de acesso, identificadas aqui por ter recebido a visita do ACS, não apresentou nenhuma relação com diferentes indicadores de autonomia ou diferentes indicadores sociais e econômicos.

Entretanto, a participação nos grupos de planejamento familiar, uma forma "pró-ativa" de acesso, mostrou associações significativas (p -value < 0.05) com um grupo de indicadores de autonomia: é associado negativamente com "ter hora para chegar em casa, estabelecida pelos pais" (ligada à mobilidade e acesso a recursos sociais) entre as adolescentes; e é

positivamente associado com "gostar de sexo" também entre as adolescentes. Os resultados sugerem que uma relação positiva e ativa da adolescente com sua sexualidade pode ser uma importante motivação para adotar medidas preventivas com relação ao planejamento familiar. Por outro lado, ter sido vítima de violência física apresenta uma associação negativa com a participação no grupo de planejamento familiar no grupo de 20 a 24 anos.

Um correlação positiva significativa com participação nos grupos de planejamento familiar também foi encontrada com já ter estado casada (60%, comparado com 24% entre solteiras) e já ter estado grávida (57% à 19% entre as que nunca ficaram grávidas), mesmo após controlar por idade e *status* conjugal. A gravidez também está associada com já ter realizado uma consulta ginecológica (98% à 72%), também após controlar por idade e *status* conjugal. Os resultados indicam que adolescentes e jovens apresentam uma tendência de serem incluídas dentro do sistema de saúde após a primeira gravidez. Os serviços os serviços oferecidos pela rede básica de saúde continuam focalizando a atenção à saúde da mulher no aspecto reprodutivo, com ações dirigidas para o binômio mãe-bebê.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados indicam uma associação significativa entre uso de preservativo entre mulheres jovens, como um indicador de susceptibilidade ao HIV, e alguns indicadores de autonomia, particularmente para aqueles relacionados com sexualidade, mobilidade e ausência de ameaças pelo parceiro. Idade e status conjugal, particularmente o segundo, também determinam o uso do preservativo.

Apenas a informação sobre práticas preventivas e de acesso ao preservativo não são suficientes para garantir a prática do uso do preservativo entre as adolescentes e mulheres jovens no taquaril. Informação e acesso a recursos sociais não foram os principais determinantes do uso do preservativo, devido à sua larga presença entre todos os grupos sociais, no Brasil. Mulheres jovens sabiam como evitar gravidez e infecção por HIV, bem como onde conseguir o preservativo e outros métodos contraceptivos. Os níveis de conhecimento são altos, apesar da permanência de alguns mitos. Também é largamente conhecido que os centros de saúde distribuem preservativo e métodos contraceptivos,

apesar dos resultados apresentarem um viés no acesso dependendo da idade e da história reprodutiva (ocorrência de gravidez).

A autonomia de entrevistada e sua habilidade em prevenir foi afetada pelo tipo de relação estabelecida como parceiro. Relações desiguais parecem influenciar negativamente a susceptibilidade ao HIV. O protagonismo do parceiro é fundamental no sucesso da negociação por uma prática sexual mais protegida e prazerosa para ambos. Entretanto, o papel do homem ainda continua pouco estudado e compreendido, sendo que os homens jovens ainda não são alvos de políticas públicas de saúde.

Por outro lado, enquanto as mulheres jovens são alvos freqüentes de programas de saúde sexual e reprodutiva, os resultados indicam que isso ocorre *após* a gravidez e a maternidade. Além disso, parece que elas são ignoradas pelos programas, governamentais ou não, que empoderam rapazes por meio de treinamento profissional e a recolocação profissional. Os poucos programas de geração e renda voltado para as jovens tendem a reproduzir os papéis tradicionais de gênero, ensinando-as a ser manicuras ou babás, trabalhos normalmente mal pagos e sem oportunidade de crescimento profissional.

Apesar das mulheres apresentarem maior escolaridade, é menos provável que tenham um emprego e suas opções são bem menores que as disponíveis para os rapazes. Programas que não enfrentam este desafio de mudar as desigualdades estruturais podem fracassar ou reforçar as iniquidades de gênero. No momento em que as adolescentes terminam o segundo grau e não encontram alternativas reais de profissionalização, ficar grávida e casar para ser o caminho mais óbvio para o seu futuro.

Parece ser necessária uma mudança nas políticas desenvolvidas até agora, de forma que as mulheres jovens tenham acesso a oportunidades econômicas mais amplas e que sejam incluídas nos serviços de saúde antes da primeira gravidez, assim como que mais rapazes e homens sejam atingidos por programas de saúde sexual e reprodutiva. Os programas sociais devem incrementar as oportunidades futuras das mulheres jovens por meio de treinamento profissional e implantação de programas para coibir a violência doméstica.

REFERÊNCIAS

1. AQUINO E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, suppl. 2, 2003.
2. BATLIWALA, Srilatha. The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action. In: Gita Sen, Adrienne Germain and Lincoln Chen (eds.). **Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights**. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1994.
3. BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Adolescentes, Jovens e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1999.
4. GAGE, Anastasia. Female Empowerment and Adolescence. In: Harriet B. Presser e Gita Sen (Org.). **Women's Empowerment and Demographic Processes**. Oxford: Oxford University Press, 2000.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO 2000. Disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfil.
6. JEJEEBHOY, Shireen. Women's. Autonomy in Rural India: Its dimensions, determinants and the influence of the context. In: Harriet B. Presser e Gita Sen (Org.). **Women's Empowerment and Demographic Processes**. Oxford: Oxford University Press, 2000.
7. SEN, Gita, BATLIWALA, Srilatha. Empowering Women for Reproductive Rights. In: Harriet B. Presser e Gita Sen (Org.). **Women's Empowerment and Demographic Processes**. Oxford: Oxford University Press, 2000.
8. GIFFIN, Karen. Beyond Empowerment: Heterosexualities and the Prevention of AIDS. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 2, pp. 151-156, 1998.
9. MASON, Karen O. **The Status of Women: a Review of its Relationships to Fertility and Mortality**. New York: The Rockefeller Foundation, 1993.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Ano XVII No. 1. 01 à 52 Semanas Epidemiológicas Janeiro a Dezembro, 2005.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, CEBRAP. **Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
12. UNICEF. **A voz dos adolescentes**. Brasília, 2002. Disponível em www.unicef.org/.
13. United Nation Development Programme. UNDP. **Human Development Report 2003**. New York: Oxford University Press, 2003. Disponível em <http://hdr.undp.org/reports>
14. United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. **The 2004 Report on the Global AIDS Epidemic**. 2005. Disponível em http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html