



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Taquette, Stella R.; Vilhena, Marília M.; Paulo dos Santos, Úrsula Pérsia; Vianna de Barros, Mônica Maria

Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 2, abril - junho, 2005, pp. 399-407

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010215>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos

Reports on homosexual experience in male adolescents

Stella R. Taquette¹

Marília M. Vilhena¹

Úrsula Pérsia Paulo dos Santos²

Mônica Maria Vianna de Barros³

Abstract *The first genital contact occurs during adolescence. While studying the sexuality of male adolescents seen in NESÁ-UERJ, we found out that within the boys whom had started having sex, 20,3% have had homosexual experience. This article aims to analyze the characteristics of those boys whom have had sex with others men. We performed a cross-sectional study randomly interviewing male adolescents in NESÁ. We interviewed 105 male adolescents, where 64 of those have had sexual relationships. Within those 64, 13 (20,3%) have already had sexual contact with another male. Within those 13 adolescents, only two (15,4%) considered themselves as being homosexuals and three (23,1%) bisexuals. The great majority (69,2%) had their first sexual relationship with females and 46,2% of the all boys (n=13) had sex with males for money. There was a significant association ($p<0,05$) between homosexuality and prostitution. There was not any significant difference between homosexual relationship and the following variables: number of partners greater than two, condom use and being diagnosed with STD. We concluded that the sexual relationships between men were diverse, but neither definite of homosexual identity nor representative of an increase risk of STD. However, the vulnerability of the male adolescents to prostitution through homosexuality called our attention.*

Key words Homosexuality, Adolescence, STD/Aids, Male prostitution

Resumo *Na adolescência costuma ocorrer o primeiro contato sexual genital. Ao pesquisarmos a sexualidade dos adolescentes masculinos atendidos no NESÁ-UERJ, constatamos que 20,3% dos sexualmente ativos já tinham tido experiências homossexuais. Este artigo visa investigar as características desses rapazes que se relacionaram sexualmente com outros homens. Realizamos um estudo transversal, através de entrevistas com adolescentes atendidos no NESÁ, escolhidos aleatoriamente. Entrevistamos 105 rapazes, sendo 64 com experiência sexual e dentre eles, 13 (20,3%) já tinham se relacionado sexualmente com homens. Entre esses últimos, apenas dois (15,4%) se consideravam homossexuais e três (23,1%) bissexuais. A maioria teve o primeiro coito com mulheres (69,2%) e 46,2% do total dos rapazes (n=13) se prostituíram com homens. Encontramos uma associação significativa ($p<0,05$) entre homossexualidade e prostituição. Não houve diferenças significativas entre ter tido relação homossexual e as variáveis: número de parceiros maior do que dois, uso de preservativo e ter uma DST. Concluímos que neste grupo as relações sexuais entre homens foram diversas, não definitórias de identidade homossexual e não representaram um maior risco de DST. Entretanto, chamou-nos a atenção a vulnerabilidade dos rapazes para a prostituição através da homossexualidade.*

Palavras-chave Homossexualidade, Adolescência, DST/Aids, Prostituição masculina

¹ Faculdade de Ciências Médicas e Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (FCM, UERJ, NESÁ, UERJ). Boulevard Vinte e Oito de Setembro 109, Fundos, 20551-030, Rio de Janeiro RJ. taquette@uerj.br

² Estudante de enfermagem da UERJ.

³ Estudante de medicina da UERJ.

Introdução

Na adolescência, período crítico do desenvolvimento da sexualidade, geralmente ocorre o primeiro contato sexual com envolvimento genital. Esta intimidade corporal e emocional acontece mais comumente com alguém do sexo oposto. Porém, podem ocorrer manifestações sexuais entre pessoas do mesmo sexo que estão se descobrindo, experimentando o que é ser homem e/ou ser mulher. São meninas que trocam confidências, carinhos com suas amigas, e meninos que buscam parceiros para brincadeiras e vivências. Trata-se de fase de experimentação que contribui na construção da identidade sexual futura (Taquette & Vilhena, 2003). Segundo os estudos de Kinsey (1948), 37% dos homens já experimentaram orgasmo com outros homens e os indivíduos apresentam comportamentos性uais variados durante a vida, estáveis ou transitórios.

Em função da inquietação e discriminação sociais em torno da prática homossexual, vide a homofobia, o adolescente, temendo ser rejeitado, esconde muitas vezes sua condição e se reclui, pondo sua saúde em risco. São comuns: isolamento social e emocional, evasão escolar, uso de álcool e drogas, transtornos alimentares, conflitos familiares, fuga de casa, prostituição, delinqüência, violência, depressão e suicídio (Neinstein & Cohen, 1996; Committee on Adolescence, 1998; Remafedi, 1991). Além disso, a relação homossexual masculina genital anal é traumática e de maior risco de DST/Aids (Saweyc *et al.*, 1998). Cerca de 50% dos adolescentes com atividade homossexual já tiveram uma DST (Remafedi, 1987b).

É de suma importância que os profissionais que atendem adolescentes entendam o desenvolvimento da identidade homossexual. Muitos gays e lésbicas não têm comportamentos estereotipados e sim desempenham um papel típico do gênero a que pertencem, o que lhes permite manter velada sua orientação sexual. Remafedi (1992), em estudo demográfico com 34.706 adolescentes norte-americanos de ambos os性os, verificou que 10,7% deles não têm certeza quanto à sua inclinação sexual e 1,1% se revelaram bi ou homossexuais.

Os médicos, em geral, partem do princípio que todos são heterossexuais. Pesquisa realizada com o objetivo de investigar o relacionamento entre pediatras e pacientes homossexuais revelou que uma pequena minoria de adolescentes homossexuais recebe alguma ajuda ou in-

formação a respeito de sua tendência sexual. Assim, perde-se a oportunidade de prevenir HIV nesta população com maior risco em potencial (East & Rayess, 1998).

O objetivo deste trabalho foi descrever e analisar algumas características de um grupo de rapazes que tiveram experiências sexuais com homens para melhor compreender a vivência da sexualidade na adolescência e subsidiar programas de prevenção de doenças, promoção de saúde e orientação sexual a adolescentes.

Material e métodos

Realizamos um estudo observacional, transversal, cuja população-alvo foi o público adolescente que procurou atendimento médico no NESA-UERJ, entre agosto de 2001 a julho de 2002. O NESA é uma instituição pública, cujo ambulatório atende adolescentes de 12 a 19 anos, em diversas especialidades, a maioria deles pertencente às classes de baixo poder aquisitivo. A amostra estudada foi de conveniência e a escolha dos participantes aleatória (não probabilística) entre os que aguardavam atendimento em sala de espera. Desconhecia-se de antemão o motivo da consulta e se o adolescente era ou não sexualmente ativo. O instrumento utilizado foi uma entrevista semi-estruturada que obedecia a um roteiro previamente estabelecido e testado por um estudo-piloto com 10 rapazes, não incluídos na amostra do estudo. Os entrevistadores receberam treinamento por um único pesquisador antes de ir ao campo e semanalmente eram feitas reuniões da equipe de pesquisa para checagem dos dados. A validade das informações foi assegurada de várias maneiras. Quando havia dúvida quanto à sua veracidade (por exemplo, quando as informações eram contraditórias), o participante era excluído da amostra. Além disso, cerca de 5% das entrevistas foram repetidas por outro entrevistador que obteve as mesmas respostas. Estes procedimentos foram efetuados no sentido de garantir uma homogeneidade interna.

Os adolescentes foram entrevistados a sós, após consentimento informado. As entrevistas realizaram-se sucessivamente durante um período de doze meses. Privilegiou-se inicialmente, de modo intencional, a realização das entrevistas nos dias de funcionamento dos ambulatórios de sexualidade/DST e urologia, para aumentar a probabilidade de encontrar-se na sala de espera do NESA pacientes que já tivessem

pelo menos uma experiência sexual genital (hetero ou homo), sem, no entanto, buscar de forma preconcebida adolescentes que pudessem ser classificados de antemão como homossexuais. Ao mesmo tempo, outras entrevistas ocorreram com os pacientes das outras clínicas (clínica médica, nefrologia, endocrinologia, alergia, reumatologia). Os casos de DST foram diagnosticados por critério clínico e/ou laboratorial, utilizando-se a abordagem sindrómica definida no *Manual de DST* do MS (1999) e testes diagnósticos específicos.

O roteiro de entrevista, composto de três partes, contava com perguntas abertas e fechadas. A primeira investigava dados pessoais do(a) adolescente: idade, renda familiar, escolaridade, trabalho, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas. Considerou-se atraso escolar uma defasagem maior que dois anos em relação à idade esperada para a série freqüentada. Na segunda parte da entrevista perguntamos-lhes detalhadamente sobre a família: com quem morava, opinião sobre o pai, a mãe, seu relacionamento com cada um dos genitores e ocorrência ou não de violência intrafamiliar. Estas questões eram abertas e o entrevistador cuidadoso no sentido de não sugerir as respostas, como, por exemplo, perguntar se o pai era bom. Na terceira parte, indagamos acerca de suas experiências sexuais: o primeiro coito, quando e com quem ocorreu, número de parceiros, uso de preservativo, histórico de prostituição e abuso sexual. As entrevistas não foram gravadas, ou seja, as informações nelas contidas foram registradas a mão pelos próprios entrevistadores. Além das anotações de respostas abertas, seu registro literal, entre aspas, foi algumas vezes utilizado. Cabe assinalar que as entrevistas não ocorreram partindo-se de um referencial positivista no qual o observador, de maneira neutra e imparcial, descreve objetivamente o objeto a ser investigado, no caso o adolescente em suas experiências homossexuais. Destacamos que, ao final de cada entrevista, o investigador descreveu suas impressões a respeito dos sentimentos envolvidos e observados (interrupções, risos, choros, comentários, etc.) em relação a si mesmo e ao entrevistado.

As respostas objetivas e estruturadas foram quantificadas e na análise estatística utilizamos o teste Qui-quadrado com nível de significância de 95%. As respostas às perguntas abertas foram lidas e relidas exaustivamente, propiciando a construção de categorias clínico-descritivas, posteriormente quantificadas.

O projeto de pesquisa foi previamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado antes da entrevista.

Resultados

Todas as entrevistas foram realizadas em ambiente que garantia privacidade e duraram em média 25 minutos. Os entrevistadores foram cautelosos ao perguntar sobre experiências homossexuais e muitos adolescentes hesitaram inicialmente quanto a revelá-las. No decorrer da entrevista, sentindo-se mais seguros, relataram o ocorrido. Percebeu-se que eles têm medo de expor sua sexualidade e serem rejeitados. No total, foram entrevistados 105 jovens, dos quais 64 já tinham tido relações性uais e dentre estes 13 (20,3%) tiveram experiência homossexual.

A idade dos adolescentes que relataram experiências性uais com homens variou de 14 a 19 anos, sendo a média 17,3 anos. Todos eram solteiros e provenientes de famílias de baixo nível socioeconômico, sendo a renda média mensal de 2,9 salários mínimos. Dentre eles, 38,5% exerciam algum tipo de trabalho remunerado, sem garantias trabalhistas. Em relação à escolaridade, 76,9% estavam estudando, entretanto 69,2% tinham atraso escolar maior que dois anos. Quanto à família, apenas 30,8% viviam com ambos os pais (família biparental); 46,2% moravam somente com a mãe e irmãos, 15,4% em abrigos públicos e 7,7% com outros parentes. Foram freqüentes os relatos de violência entre os familiares (61,5% deles), assim como o uso de bebidas alcoólicas seis ou mais vezes (30,8%) no último mês e de outras drogas (38,5%). Na tabela 1 podemos observar alguns dados demográficos comparativos entre os rapazes sem e com experiência homossexual. Não houve diferenças estatisticamente significativas.

Na investigação da sexualidade do grupo com atividade homossexual, verificamos que a menarca ocorreu entre 12 e 13 anos e a média de idade da sexarca foi de 13,2 anos. O primeiro coito ocorreu com mulher em 69,2% dos casos e em 61,5% antes dos 15 anos. A maioria (69,2%) já havia tido mais de dois parceiros性uais. Cerca de 23% sofreram abuso sexual e 46,2% tiveram relação homossexual em troca de dinheiro. A prevalência de DST foi de 53,8% e 61,5% nunca usaram o preservativo ou o fi-

Tabela 1

Distribuição dos adolescentes segundo a ocorrência de experiência homossexual, características familiares e uso de bebidas/drogas.

Item pesquisado	S/ homossexualidade n = 51	%	C/ homossexualidade n = 13	%	p
Atraso escolar					
Sim	23	45,1	9	69,2	0,21
Não	28	54,9	4	30,8	
Família					
Biparental	25	49,0	4	30,8	0,38
Não biparental	26	51,0	9	69,2	
Violência familiar					
Sim	17	33,3	8	61,5	0,12
Não	34	66,7	5	38,5	
Uso de álcool					
6x último mês	6	11,8	4	30,8	0,20
menos de 6x	45	88,2	9	69,2	
Uso de drogas					
Sim	10	19,6	5	38,5	0,28
Não	41	80,4	8	61,5	

zeram raramente. Na tabela 2 podemos observar algumas “características” sexuais comparativas entre os rapazes sem e com experiência homossexual. Encontramos associação estatisticamente significativa entre atividade homossexual e prostituição.

A seguir, descrevemos sucintamente as 13 entrevistas em que foram relatadas experiências homossexuais:

Entrevista 1 – 15 anos 2 meses, 2^a série do ensino fundamental, morador de Abrigo Púlico – Uso de bebidas alcoólicas apenas uma vez na vida, nunca consumiu outras drogas. Órfão de pai e mãe. Violência na família. Teve somente um parceiro sexual, um homem mais velho que o abordou na rua, convidou-o para ir a sua casa e lhe ofereceu dinheiro em troca de sexo. Teve relação sexual ativa e passiva. Nunca usou preservativo. Diagnóstico: sífilis.

Entrevista 2 – 19 anos 10 meses, 7^a série do ensino fundamental, trabalha descarregando caminhões – Atualmente não consome bebidas alcoólicas nem drogas, mas já foi viciado e traficante, tendo parado há dois anos, quando se tornou evangélico. Mora com a mãe e irmãos, não conheceu o pai. Relata agressões da mãe. O primeiro coito ocorreu aos 14 anos, com uma namorada de 23 anos. Relacionamento homossexual por dinheiro e uso infreqüente de preservativo com parceiros(as) variados(as). Des-

de que se tornou evangélico não tem mais relações homossexuais nem se prostitui. Segundo suas palavras: “isso era coisa do diabo” e “Deus me libertou, Jesus é o único caminho”. Diagnóstico: uretrite inespecífica.

Entrevista 3 – 16 anos 11 meses, 5^a série do ensino fundamental, trabalha num estacionamento – Consome bebidas alcoólicas, maconha e cocaína pelo menos uma vez ao mês. Fuma três cigarros por dia. Mora com mãe e irmã. Pais separados. Não há violência na família. Sexarca aos 12 anos com amiga de 14 anos. Foi vítima de abuso sexual por homossexuais. O uso do preservativo não é constante, teve numerosas parceiras e já praticou sexo grupal. Diagnóstico: gonorréia.

Entrevista 4 – 19 anos, 2^a série do ensino fundamental, trabalha como ajudante de pedreiro – Consome bebidas alcoólicas e outras drogas (maconha, cocaína e crack) seis vezes ou mais por mês. Tabagista de 12 cigarros por dia. Mora com mãe e irmãos. Pais separados há anos, tendo raro contato paterno. Há violência familiar. Primeiro coito aos 16 anos com amiga de 13 anos. Relações sexuais diárias com prostitutas e travestis e já praticou sexo em grupo. Às vezes usa preservativo. Diagnóstico: uretrite gonocócica.

Entrevista 5 – 19 anos 4 meses, 5^a série do ensino fundamental, trabalha com artesanato –

Tabela 2

Distribuição dos adolescentes segundo a ocorrência de experiência homossexual e outras “características” sexuais.

Item pesquisado	S/ homossexualidade		C/ homossexualidade		p
	n = 51	%	n = 13	%	
1º coito antes dos 15 anos					
Sim	24	47,1	8	61,5	0,53
Não	27	52,9	5	38,5	
Nº parceiros >2					
Sim	36	70,6	8	61,5	0,76
Não	15	29,4	5	38,5	
Abuso sexual					
Sim	3	5,9	3	23,1	0,17
Não	48	94,1	10	76,9	
Prostituição					
Sim	3	5,9	6	46,2	0,00
Não	48	94,1	7	53,8	
DST					
Sim	24	47,1	7	53,8	0,89
Não	27	52,9	6	46,2	
Uso de preservativo					
Quase sempre/sempre	29	56,9	5	38,5	0,38
Às vezes/nunca	22	43,1	8	61,5	

Consume bebida alcoólica seis vezes ou mais por mês e já fumou maconha. Não é tabagista. Mora com a mãe, não tem contato com o pai. Não há relato de violência na família. Primeira relação sexual aos 16 anos, com amiga de 17 anos. Várias parceiras, sexo grupal e o uso eventual de preservativo. Tem uma filha de dois anos. Prostituiu-se mais de uma vez com homossexuais. Diagnóstico: gonorréia.

Entrevista 6 – 19 anos 7 meses, 1º período de faculdade de administração – Não trabalha, não bebe habitualmente e nunca usou outras drogas. Mora com os pais. Bom relacionamento familiar, sem qualquer violência. Primeiro coito aos 13 anos com amiga de 15. Vários parceiros(as)性uais. Considera-se bissexual. Não teve dificuldade em falar sobre as experiências homossexuais. Atividade homossexual ativa e passiva. Já praticou sexo em grupo com homens. Quase sempre usa preservativo. Diagnóstico: sífilis e gonorréia.

Entrevista 7 – 17 anos 5 meses, 2ª série do ensino médio – Trabalha como *barman*. Consumo não constante de bebidas alcoólicas e já experimentou outras drogas. Mora com parentes (tios). Pais separados há muitos anos. Pai alcoólatra e mãe promíscua. Brigavam muito,

com violência. Não tem convivência com eles e despreza a mãe. Sexarca aos 16 anos com amiga de 16 anos. Inúmeros parceiros(as)性uais e já se prostituiu com homens. Declara-se bissexual. Usa preservativo com freqüência. Diagnóstico: gonorréia e ftiríase.

Entrevista 8 – 16 anos 4 meses, 5ª série do ensino fundamental, não trabalha – Consume bebida alcoólica seis vezes ou mais ao mês, já fumou maconha e não usa tabaco. Mora com a mãe e irmãos. Não tem convivência com o pai e há violência familiar. Primeiro coito aos 15 anos com namorada de 16 anos. Sofreu abuso sexual e já se prostituiu com homossexuais e teve numerosas parceiras. Quase sempre usa preservativo. Não portador de DST.

Entrevista 9 – 18 anos, 7ª série do ensino fundamental, não trabalha – Consumiu bebidas alcoólicas no último mês, não fuma e nunca usou outras drogas. Morava com a mãe, padastro e irmãos. Há quatro meses fugiu de casa e foi acolhido em abrigo público. Violência física por parte do padastro e queixas em relação à mãe. Diz-se homossexual e aparenta feminilidade. Refere que percebeu sua tendência homossexual aos seis anos, pois achava os homens bonitos e gostava de olhar para eles. Se-

xarca aos 14 anos com prostituta, por pressão do padrasto, para “virar homem”. Abuso sexual por homem aos 12 anos. Usou preservativo algumas vezes. Tentou suicídio há duas semanas tomando medicamento antidepressivo. Nunca teve DST.

Entrevista 10 – 19 anos 2 meses, 7^a série do ensino fundamental, não trabalha – Não consome bebidas alcoólicas nem tabaco, mas fuma maconha, tendo parado há dois meses. Mora com mãe e irmão. Pais separados. Bom relacionamento com a mãe e nenhum com o pai. Sem violência na família. Primeiro coito aos 14 anos com amiga. Relação homossexual em troca de dinheiro e numerosas parceiras. Sempre usa preservativo. Nunca teve DST.

Entrevista 11 – 18 anos 4 meses, ensino médio completo, não trabalha – Uso de bebidas alcoólicas no último mês. Não fuma nem usa outras drogas. Vive bem com os pais e não há violência familiar. Sexarca aos 15 anos com rapaz de 17 anos, seu namorado há seis meses. Relacionou-se sexualmente apenas com homens (quatro no total) e se considera homossexual. Apresenta trejeitos femininos e seus pais desconhecem sua orientação sexual. Já sofreu muito, mas após se aceitar, passou a sentir-se melhor. Usa preservativo sempre. Nunca teve DST.

Entrevista 12 – 16 anos 9 meses, 3^a série do ensino médio – Não trabalha, não ingere bebidas alcoólicas, não fuma e nunca usou drogas. Mora com pais e irmã. Relação conflituosa com a mãe; pai ausente. Agressões verbais na família. Contato sexual aos 12 anos com um menino de sua idade (“troca-troca”). Tem namorada, mas ainda não teve relação heterossexual. Nunca usou camisinha nem teve DST.

Entrevista 13 – 14 anos e 11 meses, 1^a série do ensino fundamental, não trabalha – Consumiu bebidas alcoólicas no último mês, não fuma e nunca usou outras drogas. Mora com pais e irmãos. Relacionamento distante com a mãe e com o pai alcoólatra. Agressões físicas e verbais na família. Teve uma relação sexual consentida aos 12 anos com um homem de 20 anos que disse ser seu conhecido. Este foi seu único contato sexual, sem preservativo. Nunca teve DST.

Discussão

Os problemas que se colocam na adolescência extrapolam o âmbito particular e afetam o laço

social, não apenas no microcosmo familiar, mas também nos princípios constitutivos da sociedade. Homossexualidade, prostituição, comportamento promíscuo, uso de drogas, depressão, suicídio, etc. nos remetem a um mal-estar individual e também a um mal-estar na cultura.

Se a maturidade genital na adolescência pode ser considerada, num plano puramente fisiológico, cumprimento de um caminho linear enfim completado, por outro lado, a imagem do corpo, a organização egóica, a função do sujeito adolescente no plano psíquico apresenta uma descontinuidade, uma ruptura de desenvolvimento.

A ambigüidade da relação ao outro sexo, sujeito e objeto do desejo, sustenta a interrogação do(a) adolescente sobre sua própria posição quanto à sexualidade. A ordem do mundo é perturbada, a diferença sexual prima sobre a diferença etária. Este corpo não é mais o mesmo e não tem o mesmo estatuto. A estruturação da imagem do corpo é agoraposta à prova e é por isto que a puberdade pode ser vivida por alguns adolescentes como uma doença.

São raras as pesquisas sobre sexualidade na adolescência que enfocam a questão da homossexualidade. Nas décadas passadas, segundo amplo levantamento feito por Werebe (1979), os trabalhos sobre homossexualidade se restringiam aos psiquiatras e psicanalistas. O discurso dominante a liga a pecado, crime, perversão, doença, anormalidade. Segundo o psicanalista francês Jean-Jacques Rassial (1999), as experiências homossexuais do adolescente não devem ser reduzidas a tentativas perversas, ainda menos patognomônicas de uma estrutura perversa. Atualmente, na área da saúde, a temática que se destaca é a questão da Aids, da vulnerabilidade ao HIV, dos homens que fazem sexo com homens (Parker, 1998).

O processo de aceitação da própria homossexualidade é árduo e ser homo ou heterossexual independe de escolha pessoal, segundo alguns autores (Costa, 1994). A diferença entre os sexos é construída na cultura (Costa, 1996) e concordamos com a afirmação de Fry (1985) de que idéias e práticas associadas à sexualidade são historicamente produzidas. É difícil para um adolescente assumir-se homossexual devido à rejeição e à discriminação existentes no meio social e na família, como revelam algumas pesquisas (Remafedi, 1987a). Por isso, muitos homossexuais não se expõem e se isolam, tentando se defender da violência homofóbica (Mott, 1996).

Em nosso estudo, as experiências homossexuais dos rapazes foram diversas, com motivações variadas. Analisando-se como um todo as entrevistas realizadas, observamos que os adolescentes que se consideravam bissexuais ou homossexuais relataram mais facilmente suas experiências. Outros demonstraram extrema dificuldade ao fazê-lo, como o rapaz da entrevista 2 que as associou a "coisa do diabo". A iniciação sexual ocorreu em média aos 13 anos, dado este corroborado por outros estudos (Allen *et al.*, 1998). Apenas dois adolescentes (15,4%) se declararam homossexuais e foram os únicos que apresentavam gestos nitidamente femininos. Ambos consideraram suas orientações sexuais a causa das dificuldades enfrentadas e um deles, o adolescente da entrevista 9, assinalou fuga de casa e tentativa de suicídio, devido à pressão familiar para "virar homem".

Três rapazes (23,1%) assumidamente bissexuais foram os que revelaram um maior número de parceiros e parceiras; dois (15,4%) se consideravam homossexuais e todos os outros (8=61,5%), apesar das experiências homossexuais, não se auto definiram assim. Entre estes, dois foram vítimas de abuso sexual, um participou de brincadeiras sexuais com amigos e cinco tiveram sexo com homens em troca de dinheiro. O uso de álcool e de drogas foi maior no grupo com experiência homossexual, apesar de não significativo estatisticamente. Alguns autores afirmam que esse consumo freqüente busca anular a solidão e o isolamento de adolescentes homossexuais (Remafedi, 1990).

Nos dados comparativos entre os rapazes com e sem experiência homossexual, observamos que a variável relação sexual com homens não esteve significativamente associada a ter uma DST. Alguns estudos destacam que o fator principal de aumento do risco de DST é o uso infreqüente do preservativo (Taquette *et al.*, 2004).

O dado que mais nos chamou a atenção foi a prostituição dos rapazes com homossexuais masculinos. Nossa população adolescente, em situação social e econômica desvantajosa, com poucas chances de ascensão social e de sobrevivência, tem os mesmos desejos de consumo que os de classes mais favorecidas. Esta condição social pode levar tais jovens à prostituição e/ou ao tráfico de drogas para obter seus objetos de consumo. Assim como o narcotráfico recruta jovens de comunidades carentes para suas trincheiras, com promessas de poder e dinheiro (Meirelles, 1998), estes mesmos adolescentes

tornam-se alvo de homossexuais mais velhos que provavelmente encontram neste grupo social um maior acesso à realização de seus desejos sexuais.

Os serviços de saúde que atendem adolescentes e investem na promoção da saúde sexual e prevenção de DST/Aids precisam estar atentos a esta questão especial, a prostituição através do caminho da homossexualidade, que pode aumentar a vulnerabilidade a essas doenças. Por outro lado, um elemento que maximiza o risco é o "machismo" nos atuais modelos hegemônicos de gênero, na medida em que a prática homossexual ativa, encarada por alguns como sinal de potência e virilidade, releva o "super-macho" que consegue "transar" até com homens (Picazio, 1999). Historicamente, a relação sexual ativa de um homem com outros homens é um sinal de vigor masculino (Weeks, 1999).

Sabemos que a adolescência é a etapa da vida em que as manifestações sexuais se intensificam e a identidade sexual se reafirma (Paiva, 1996). No entanto, um adolescente raramente busca atendimento médico em razão dos problemas relacionados às suas experiências homossexuais. Às vezes, numa primeira consulta, ele não consegue se abrir e fazer confidências, mas é importante que perceba que há espaço para tal. Os médicos devem conhecer a sexualidade de seus pacientes para prevenir os riscos a que estão expostos gays, lésbicas e bissexuais (Sadovsky, 2000). A empatia e a busca da maior neutralidade possível na entrevista viabilizam suas falas sobre questões sexuais. Com esta abordagem, espera-se auxiliá-los na busca de seus próprios desejos e na proteção em relação a riscos inerentes às suas práticas sexuais.

Um dos entraves à melhora da saúde dos jovens é a pouca procura destes por atendimento médico. Segundo Parker (1997), uma das ações importantes a serem implementadas com o objetivo de reduzir os danos à saúde de adolescentes masculinos é desenvolver serviços não discriminatórios e com atividades específicas para homens, atraindo-os para redes de apoio psicológico. A adolescência, idade ética por excelência, período de manifestação de uma autêntica questão sobre os fundamentos da existência, traz com ela o risco de que o profissional de saúde fracasse certamente ao se colocar como um apoio identificatório, sustentando, com sua pretensa força e seu suposto equilíbrio, o adolescente fraco. O primeiro não deve se considerar um personagem sem defei-

to, com respostas para tudo, enfim, um modelo, um mestre infalível para seus pacientes adolescentes.

Este estudo pretendeu focalizar a homossexualidade adolescente, seus dilemas e como os profissionais de saúde podem contribuir para a diminuição dos riscos a que os pacientes estão sujeitos. Gostaríamos de destacar que os resultados deste trabalho são limitados e não generalizáveis. Porém, acreditamos que, apesar da pequena amostra de conveniência estudada, nossos dados podem servir de subsídios para outras pesquisas a serem realizadas no futuro.

Colaboradores

ST Taquette foi a responsável pela concepção teórica, coleta e análise de dados, elaboração e redação final do manuscrito. MM Vilhena trabalhou na análise de dados e na redação final do manuscrito. UPP Santos e MMV Barros trabalharam na coleta de dados e na revisão bibliográfica.

Agradecimentos

Agradecemos a participação, durante o desenvolvimento da pesquisa dos seguintes alunos bolsistas de graduação da UERJ: Felipe Kaezer dos Santos, Felipe Nirenberg, Ene Garcez Neto e Mariana Campos de Paula.

Referências bibliográficas

- Allen LB, Glicken AD, Beach RK & Naylor KE 1998. Adolescent health care experience of gay, lesbian, and bisexual young adults. *Journal of Adolescent Health* 23:212-220.
- Committee on Adolescence 1998. Homosexuality and adolescence. *Pediatrics* 92:631-634.
- Costa RP 1994. *Os onze sexos*. Editora Gente, São Paulo.
- Costa JF 1996. O referente da identidade homossexual, pp. 63-89. In R Parker, RM Barbosa (org.). *Sexualidades brasileiras*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- East JA & Rayess FE 1998. Pediatricians' approach to the health care of lesbian, gay, and bisexual youth. *Journal of Adolescent Health* 23:191-193.
- Fry P & McRae E 1985. *O que é homossexualidade?* Abril Cultural-Brasiliense, São Paulo. (Coleção Primeiros Passos).

- Kinsey AC 1948. *Sexual behavior in the human male*. Saunders, Philadelphia.
- Meirelles ZV 1998. *Vida e trabalho de adolescentes no narcotráfico numa favela do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde 1999. *Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília.
- Mott L 1996. Os homossexuais: as vítimas principais da violência, pp. 99-146. In G Velho & M Alvito (org.). *Cidadania e violência*. Ed. UFRJ, Rio de Janeiro.
- Neinstein LS & Cohen E 1996. Homosexuality, pp. 640-55. In LS Neinstein. *Adolescent health care - a practical guide*. Williams & Williams, USA.
- Paiva V 1996. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e sujeito sexual, pp. 213-236. In R Parker & RM Barbosa (org.). *Sexualidades brasileiras*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- Parker R 1997. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/Aids. *Physis* 7:99-108.
- Parker R & Terto Jr V 1998. *Entre homens: homossexualidade e Aids no Brasil*. ABIA, Rio de Janeiro.
- Picazio C 1999. *Sexo secreto*. Summus Editorial. Edições GLS, São Paulo.
- Rassial JJ 1999. *O adolescente e o psicanalista*. Companhia de Freud, Rio de Janeiro.
- Remafedi G 1987a. Male homosexuality: the adolescent's perspective. *Pediatrics* 79:326-330.
- Remafedi G 1987b. Adolescent homosexuality: psychosocial and medical implications. *Pediatrics* 79:331-337.
- Remafedi G 1990. Fundamental issues in the care of homosexual youth. *Med Clin North Am* 74: 1.169-1.179.
- Remafedi G 1991. Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth. *Pediatrics* 87:869-875.
- Remafedi G 1992. Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics* 89:714-721.
- Remafedi G 1999. Sexual orientation and youth suicide. *JAMA* 282(13):1.291-1.292.
- Sadovsky R 2000. *Sexual orientation and associated health care risks*. *American family physician*. December 15 [site na internet]. Disponível em <<http://www.aafp.org/afp/20001215/tips/6.htm>>. Acessado: 28 de Agosto de 2003.
- Saweyc EC, Skay CL, Bearinger MS, Blum RWM & Resnick MD 1998. Sexual orientation, sexual behaviors, and pregnancy among American Indian adolescents. *Journal of Adolescent Health* 23:238-247.
- Taquette SR, Vilhena MM & Campos MP 2004. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* (no prelo).
- Taquette SR & Vilhena MM 2003. Homossexualidade e Adolescência. *Pediatría Atual* 16:10-17.
- Weeks J 1999. O corpo e a sexualidade, pp. 37-82. In GL Louro. *O corpo educado*. Autêntica, Belo Horizonte.
- Werebe MJ 1979. Estudos sobre a sexualidade do adolescente: análise crítica. *Ciência e Cultura* 31(4):373-381.

Artigo apresentado em 12/01/2004

Aprovado em 18/04/2004

Versão final apresentada em 18/04/2004