

**ELVIRA SIMÕES BARRETTO**

# **SEXUALIDADE E GRAVIDEZ**

## **ENTRE ADOLESCENTES:**

### **BUSCA OU DESORDEM?**

**BUSCA OU DESORDEM?**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
MESTRADO DE SERVIÇO SOCIAL  
RECIFE - 1999**

**ELVIRA SIMÕES BARRETTO**

# **SEXUALIDADE E GRAVIDEZ**

## **ENTRE ADOLESCENTES:**

### **BUSCA OU DESORDEM?**

**BUSCA OU DESORDEM?**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
MESTRADO DE SERVIÇO SOCIAL  
RECIFE - 1999**

**ELVIRA SIMÕES BARRETTO**

# **SEXUALIDADE E GRAVIDEZ**

## **ENTRE ADOLESCENTES:**

### **BUSCA OU DESORDEM?**

**BUSCA OU DESORDEM?**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
MESTRADO DE SERVIÇO SOCIAL  
RECIFE - 1999**

**ELVIRA SIMÕES BARRETTO**

**SEXUALIDADE E GRAVIDEZ ENTRE ADOLESCENTES :**

**BUSCA OU DESORDEM ?**

Dissertação apresentada  
à Universidade Federal  
de Pernambuco para a  
obtenção do título de  
mestre, sob orientação da  
Profa. Dra. Veronique  
Durand.

1999

**SEXUALIDADE E GRAVIDEZ EM ADOLESCENTES:**

*BUSCA OU DESORDEM?*

**ELVIRA SIMÕES BARRETTO**

**BANCA EXAMINADORA**

**RECIFE - 1999**

## DEDICATÓRIA

*" Toda vez que se sentir confuso, perdido, pense nas árvores, lembre-se de como crescem. Não se esqueça de que uma árvore com muitos galhos e poucas raízes acaba sendo desraigada pela primeira ventania, ao passo que, numa árvore de muitas raízes e pequena copa, a seiva mal consegue escorrer. Raízes e ramagem devem crescer na mesma medida, **você precisa estar dentro e acima das coisas**, pois só assim será capaz de oferecer sombra e abrigo, só assim poderá cobrir-se, na estação certa de flores e frutos.*

*E então, quando se abrirem vários caminhos e você não souber qual escolher, não tome um qualquer, tenha paciência e espere. Respire com a **confiante profundidade com que respirou no dia que veio ao mundo**, não deixe que coisa alguma o distraia, espere e continue esperando. Fique parado em silêncio, e ouça seu coração. Quando enfim ele falar, levante-se e vá aonde ele o quiser levar."*

(Susanna Tamaro)

A vocês que nasceram na década de 80, hoje adolescentes. Especialmente, me dirijo a Beto, Mana e Gabi, figurinhas fantásticas, fontes de inspiração e a cada dia me dando a oportunidade de sentir a delícia de ser mãe(sem esquecer algumas dorzinhas também).

Amo vocês!

## AGRADECIMENTOS

Posso assinar esse texto, sei que algumas partes dele são minhas, mas o trabalho em si não tem nada de individual, por isso tenho muito a agradecer.

À essa energia criadora: Deus, Deuses, Deusas...sentimento forte que faz entender o sentido da existência.

À D. Maria e Sr. Fernando parceiros queridos que me botaram no mundo e , sempre desejando que eu seja uma eterna aprendiz, deram-me aquela força. Nanda e Léoleo, Voinha, Zé pelo carinho e cuidado sempre presentes.

À amiga querida Nádia Regina, ôi mulher! Sem o seu apoio e o de Salomão, em momentos de algumas perdas, não sei se conseguiria (re)começar o desafio desse mestrado.

À amiga e orientadora Véronique, meus agradecimentos especiais. Como aprendi com você, não do ponto de vista do conhecimento apenas, mas sobre a vida: simplicidade, paciência, transparência, coragem...Obrigada, pela dedicação, também pelas revisões e sugestões.

À amiga Andréa, sempre presente mesmo nas ausências e tantos anos partilhando sonhos, encontros e desencontros.

À amiga Nevinha. Te agradeço pela intuição de ter me “puxado” para pesquisar sobre a “gravidez na adolescência” e hoje se desdobrando em dissertação de mestrado.

Às/aos minhas /meus amigos/as: Lálá, Michel, Claudinha, Shirley, Bruno (NTMC e etc.); Aline, Ivana, Cris, Flávio, Erisvaldo, Sávio (Teatro);

Su, Fabíola, Luane, Mercedes (Wicas e Yoga); Betânia, Jane, Zey, Gonzaga, Silvana, Marinês, Analice, Graça, Elis (turma do mestrado); por tudo que venho aprendendo nos mais diversos aspectos e me divertindo, ao partilhar da companhia de vocês.

À amiga Bel , pelo incentivo e confiança que me transmite.

À Rose e Hamilton, amigas/os queridos/as, pela amizade e acolhimento em Recife, quando aí cheguei no início do mestrado. Como foi bom!

Ao companheiro de pesquisa e amigo. Puxa Walfrido, obrigada por tudo, você foi dez.

Ao amigo Fernando que gentilmente e com muita paciência revisou o texto nos seus mínimos detalhes, me levando a reflexões e reformulações. Obrigada!

À Walter amigo e incentivador nessa minha trajetória acadêmica , valeu!

Às amigas, Zezé, Erinalva, Laura, que me fazem pensar “ quero ser assim como elas, quando crescer”:

Ao CCSA e departamento de Serviço Social da UFAL e UFPE, em particular às Profas. Ana Maria, Mariluce, Ana Vieira, Ana Arcoverde.

Às/os profissionais de saúde e adolescentes que juntos estivemos nessa caminhada de pesquisa . Vocês foram imprescindíveis para realização desse trabalho.

À todos/as que fazem a Associação Alagoana de Adolescentes , em especial Sonaly, Cleusa, Ana Paula. O apoio de vocês foi de suma importância.

À FAPEAL – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas-, que acreditando nesse projeto aceitou-me como bolsista.

Aquelas que participam do Centro de Mulheres da Vila Brejal , lugar onde aprendi muito sobre a vida e em especial, sobre as lutas das mulheres.

À Shirley, pelo cuidado e paciência na editoração desse texto. Valeu garota!

## RESUMO

No presente trabalho, objetiva-se desenvolver uma reflexão acerca das diferenças nas representações sociais da sexualidade e gravidez adolescentes entre profissionais de saúde e adolescentes usuários/as dos serviços públicos de saúde, em Maceió. Concomitantemente, propõe-se uma discussão em torno dos obstáculos de comunicação que possam existir a partir dessas diferenças de representações.

Para consecução dos objetivos, realiza-se a pesquisa empírica com o suporte teórico-metodológico das representações sociais de Moscovici e Abric ( fundamento metodológico e técnico-instrumental complementar). Do ponto de vista dos fundamentos teórico – conceituais de análise , delinea-se uma argumentação em torno dos limites, possibilidades e implicações acerca dos direitos e políticas sociais da população adolescente; e faz-se um rastreamento teórico – histórico a partir dos conceitos de “família”, “sexualidade”, “adolescência”, à luz da teoria de gênero.

Em linhas gerais, a sexualidade e gravidez adolescentes, para os/as profissionais de saúde têm relação com a “desordem social” e para os/as adolescentes, com a “busca de laços afetivos”. O desvelar das diferenças de representações como construções sócio-históricas e culturais, não indica apenas obstáculos de comunicação mas também

possibilidades de construção de novos entendimentos que , certamente, refletirão na qualidade dos serviços públicos de saúde para adolescentes.

## **SUMMARY**

This present work objectifies the reflection about the differences in social representation of sexuality and pregnancy in adolescents between health professionals and the adolescents themselves usuary of the health's public services in Maceió. Concomitantly, there is a proposal related to the discussion about the communication's obstacles that might exist from these differences of representations.

A research based on experiences with a theoretical-methodological support of the social representations from Moscovici and Abric (methodological basis and complementary technical-instrumental), was done for the objective's achievement, and from the point of view of the theoretical-worthy basis of analysis, there is a subject around the limits, possibilities and implications about the adolescent population's social rights and politics; and a theoretical-historical investigation was done from the concept of "family", "sexuality" and "adolescence".

In general sense, the sexuality and the pregnancy in adolescents, as the professionals in the area says, are all related to the "social disorder" and, for the adolescents with the "search of affective relations".

The differences of the representatives as historical and cultural do not only indicate a communication's obstacle, but also possibilities of creating new understanding, which, certainly will reflect in the public services quality for the adolescents.

## **RÉSUMÉ**

Ce travail vise à développer une réflexion autour des différences de représentations sociales concernant la sexualité et la grossesse adolescentes. Cette approche se fait entre professionnels de santé et adolescents usagers des services publics de santé, à Maceio. Dans le même temps, nous proposons une discussion autour des difficultés de communication qui peuvent exister à partir des différences de représentations.

Pour atteindre les objectifs, nous avons réalisé une recherche empirique à partir du support théorique et méthodologique des représentations sociales de Moscovici et Abric (base méthodologique et technico-instrumentale complémentaire). S'agissant des fondements théoriques et méthodologiques conceptuels d'analyse, des arguments concernant les limites, possibilités et implications des droits et politiques sociales de la population adolescente se dessinent ; une lecture théorique est alors faite à partir des concepts de « familia », « sexualité », « adolescence », à partir de la théorie du genre.

Dans ses grandes lignes, la sexualité et la grossesse adolescente, pour les professionnels de santé, sont liées à un certain « désordre social » et pour les adolescent(e)s, à une « recherche de liens affectifs ». Dévoiler les différences des représentations en tant que constructions socio-historiques et culturelles indique des obstacles de

communication, mais aussi suggère des possibilités de construction de nouveaux entendements qui, certainement, se reflèteront dans la qualité des services publics de santé pour adolescents.

## ÍNDICE

### DEDICATÓRIA

### AGRADECIMENTOS

INTRODUÇÃO ..... 14

### I CAPÍTULO

#### DA VOZ À FALA , DA FALA À REPRESENTAÇÃO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE E GRAVIDEZ ADOLESCENTES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ADOLESCENTES

- 1.1 Teoria das representações sociais - fundamento metodológico ..... 24
- 1.2 Aportes Técnico - instrumentais ..... 31
- 1.3 Representações sociais da sexualidade e gravidez adolescente: redizendo o dito, repensando o pensado ..... 38

### II CAPÍTULO

#### DIREITOS SOCIAIS DOS/AS ADOLESCENTES: RECONHECIMENTO DO “BROTO”

- 2.1 Cidadania e Direitos sociais ..... 61
- 2.2 Adolescente como sujeito de direito no Brasil ..... 68

2.3 Direitos Reprodutivos, saúde reprodutiva e sexual: um olhar para as normas de atenção à saúde integral do/a adolescente ...	78
---	----

### **III CAPÍTULO**

#### **SEXUALIDADE E GÊNERO : (RE) ESTRUTURAÇÃO CONCEITUAL NO CONTEXTO SOCIO - HISTÓRICO**

3.1 Contexto sócio-histórico: a sexualidade em questão .....	89
3.2 Gênero e sexualidade .....	98
3.3 família, adolescência e gravidez .....	112
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	122
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	127

#### **ANEXOS**

## INTRODUÇÃO

O real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia (Guimarães Rosa).

Em poucas palavras Guimarães Rosa consegue expressar sentimentos e pensamentos que nos habita nesse momento em que propomos apresentar uma “travessia” – processo de início/fim e fim /início –, da experiência teórico-investigativa contida nesta sistematização. Desejamos que o “real” da travessia se deixe mostrar.

Pretendemos desenvolver uma reflexão sobre as diferenças nas representações sociais da “gravidez adolescente” e “sexualidade adolescente”<sup>1</sup> entre profissionais de saúde e adolescentes usuários/as dos serviços públicos de saúde, em Maceió, e concomitantemente refletir acerca dos possíveis obstáculos de comunicação<sup>2</sup> que possam existir a partir das diferenças nessas representações .

---

<sup>1</sup>E importante esclarecer que adotamos a denominação “gravidez adolescente” por entender que desta forma presentifica-se o sujeito (adolescente) que numa fase da vida tem a experiência de uma gravidez. Esse ponto de vista é adotado por demarcar uma diferença na perspectiva indicada no termo “gravidez na adolescência”, que no nosso ponto de vista foca e o fenômeno em si mesmo “gravidez” -, numa fase da vida - adolescência, sem olhar para o sujeito; reduzindo assim, o espectro de compreensão ao objeto desta pesquisa.

<sup>2</sup> Concordamos com a perspectiva de “comunicação” de Paulo Freire, apresentada no III Capítulo .

Partimos do pressuposto de que a reprodução é apenas uma das funções que regem a sexualidade<sup>3</sup>; reconhecemos, do ponto de vista prático, que o discurso e planejamento de saúde pública, no âmbito dos direitos reprodutivos, apresenta-se como “serviços na área da saúde reprodutiva e sexual” . Esses são os aspectos principais que justificam a opção por trabalhar separadamente as representações da “sexualidade” e “gravidez” .

Outrossim, tínhamos a expectativa de que tratar separadamente esses temas viabilizasse uma maior aproximação em relação aos aspectos mais abrangentes que envolvem a sexualidade, para além da reprodução. Tratando teórica e empiricamente a autonomia relativa entre “sexualidade” e “reprodução” os dados obtidos seriam mais ricos, por identificar de forma menos genérica as diferenças nas representações. A preocupação, em suma era criar condições para uma reflexão mais aprofundada acerca dos possíveis obstáculos de comunicação entre adolescentes e profissionais de saúde.

Consideramos que os possíveis obstáculos de comunicação são intervenientes na qualidade dos serviços de saúde. Esses serviços , no campo da saúde reprodutiva e sexual para adolescentes, se propõem a implementar ações que contribuam para uma vida sexual satisfatória e segura - com foco nas doenças sexualmente transmissíveis e na gravidez inesperada -, através de práticas educativas. Entretanto, se há obstáculo na comunicação entre os sujeitos envolvidos nessas práticas , tornam-se difíceis a sensibilização e incorporação do conjunto de informações fornecidas. Portanto, a qualidade das ações educativas para uma vida sexual satisfatória e segura acaba sendo prejudicada.

As premissas acima tratadas orientaram a demanda investigativa para a realização deste trabalho. A idéia inicial, que desembocou em proposta de pesquisa, provém de vários fatores, tanto

---

<sup>3</sup> Esse é um pressuposto com base em vários autores : FOUCAULT (1989); PARKER (1993); BARBIERE (1993); CORRÊA (1997), trabalhados no III Capítulo.

do ponto de vista teórico como do ponto de vista prático, relacionados mais precisamente com a cotidianidade profissional e pessoal.

Um dos fatores que chamou a atenção foi a tendência de inúmeros estudos partirem do pressuposto de uma “negatividade a priori” da gravidez adolescente. Esse pressuposto se faz presente em diferentes ângulos, quais sejam : o efeito de saúde mãe - filho/a ou gravidez de risco (perspectiva bio-médica); a reprodução do ciclo de pobreza ou aumento de população (perspectiva demográfica); a imaturidade psíquica dos/as jovens (perspectiva psicológica)<sup>4</sup>.

Em segundo lugar, independente da classe social, como também da perspectiva teórica ou profissional, vêm chamando atenção o viés moralista e sexista (olhar hierarquizado na relação entre os sexos) na abordagem da questão social “gravidez adolescente” por parte de diferentes sujeitos formadores de opinião.

Em outras palavras, percebemos que, na abordagem científica ou no senso comum, o trato da questão “*gravidez na adolescência*” tende freqüentemente ao direcionamento para a adolescente do sexo feminino, com argumentos predominantemente voltados para o julgamento/culpabilização da mulher - adolescente , não considerando que o intercurso sexual, gerador da gravidez , envolve dois sujeitos de dois sexos diferentes: um homem e uma mulher.

A unilateralidade no trato da sexualidade e de seus desdobramentos (gravidez, AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis -DST's) implica risco de vida, quando em tempo de AIDS, o uso do preservativo masculino é praticamente<sup>5</sup> o único meio de prevenção da doença, além do mais, a unilateralidade, certamente, influi na definição de prioridades e no perfil dos programas e ações nessa área. Argumentos baseados em pressupostos morais certamente bloqueiam a

---

<sup>4</sup> Essa argumentação é baseada na produção de GARCIA, Stern Elizabeth. *Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente*. Seminário Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad. Colégio de México. México:1996.

<sup>5</sup> A camisinha feminina entretanto ainda é pouco divulgada e poucas pessoas têm acesso, especialmente em Macció.

comunicação entre o sujeito que julga e o sujeito/ “objeto” de julgamento , na medida em que uma visão moralista não abre mão em dividir o mundo entre os bons e entre os maus, subestimando com isso a possibilidade de contradição e de mobilidade e transformação dos valores.<sup>6</sup>

Um outro aspecto mobilizador para realização desse trabalho, tem um ponto de vista prático no campo da experiência profissional e pessoal. O nosso interesse pela área da saúde, particularmente a saúde reprodutiva e sexual vem se dando no decorrer de algumas experiências. Enquanto docente e supervisora de estágio na Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, foi possível acompanhar o exercício do “fazer profissional” de Assistentes Sociais e estagiárias, em grupos de gestantes, nutrizes, de planejamento familiar, espaços em que estudos e discussões se efetivavam em torno da “saúde da mulher”. No Conselho de Defesa dos Direitos da Mulher e no Conselho Municipal da Condição Feminina - quando representamos a Universidade Federal de Alagoas -, a questão “saúde da mulher” ganhou centralidade nas freqüentes discussões e denúncias de mortalidade materna, desumanização e discriminação no atendimento à saúde, enfim, deficiências e inoperância dos serviços públicos de saúde que na área da saúde reprodutiva atinge de forma especial as mulheres.<sup>7</sup>

Chamou atenção um aspecto novo nas ocorrências e nas discussões relacionado com o nosso objeto de estudo : a “precocidade”

<sup>6</sup> Essa compreensão se baseia em : Maria Lúcia Barroco In: BONETTI, Dilséa Adeodata et al. *Serviço Social e Ética. Convite a uma Nova Práxis*. Cortez/CFESS: S.P, 1996.

<sup>7</sup> Em Maceió existe uma política geral de atenção à saúde com base nos princípios do Sistema Único de Saúde –SUS-, e portanto, as prioridades de investimento são indicadas pelos dados do perfil epidemiológico ,por distrito sanitário. Em linhas gerais, nesses documentos, são considerados como principais ,os seguintes agravos: cólera, doenças exantêmicas, tuberculose, hepatite viral, dengue, meningite, gonorréia, sífilis não especificada, hanseníase, AIDS, etc. Perguntamos: Em que base de sustentação se dá o financiamento para a assistência à saúde da mulher, em particular no âmbito da reprodução? Os programas de prevenção ou assistência aos portadores do HIV consideram as especificidades que envolvem homens e a mulheres, do ponto de vista bio-psíquico e social, ou, tomam o masculino como universal? Se variáveis relacionadas à saúde da mulher não são introduzidas no perfil epidemiológico e se não é assumida uma perspectiva das relações de gênero para os demais agravos, então justifica-se a tendência à inoperância e discriminação no que se refere à assistência à saúde da mulher. No que concerne a saúde sexual e reprodutiva masculina há também discriminação, haja visto a escassez de serviços urológicos, por exemplo.

das atividades sexuais e a gravidez na adolescência. Chama a atenção a ireção da lógica argumentativa para as causas do “problema” e as propostas de superação, tais como: “Hoje em dia as meninas estão mais soltas, não têm mais vergonha como as de antigamente, desde menina já começa a pensar em sexo, e o que dá é um bucho na certa”, são palavras de uma líder comunitária e conselheira do Conselho Municipal da Condição Feminina de Maceió. Além desse ponto de vista, na experiência do referido Conselho, outras colocações chamaram atenção dentre elas, destacam-se: “Os pais precisam ser mais duros com essas meninas”, “ter pulso”, “saber educar”, “trazer Deus para o mundo delas”. É perceptível nas falas, a unanimidade para a opinião de que a televisão “bota muita gente a perder” por apresentar “muitas cenas de sexo”. Apontam, freqüentemente, como saída para o problema, “fazer alguma coisa para a televisão mudar”.

Diante do contexto percebemos que a saúde sexual e reprodutiva do/a adolescente é um tema que demanda aprofundamento teórico, particularmente no âmbito do Serviço Social, uma profissão que tem sua condição de ser diretamente relacionada com os direitos sociais e adota a perspectiva crítica na abordagem das questões sociais. Outro aspecto que motiva a realização desse trabalho, é a escassez de estudos, em Maceió, acerca da influência de traços sócio - culturais na cobertura e qualidade dos serviços de saúde para adolescente. Nesse sentido, é possível que esse trabalho suscite reflexões teórico-práticas do ponto de vista das relações de gênero<sup>8</sup> e sexualidade no âmbito das políticas sociais, em especial na área de Atenção à Saúde Integral do/a Adolescente .

É importante como recurso introdutório, uma retomada no que concerne à cobertura dos serviços de saúde para adolescentes, em Maceió, para contextualizar o ambiente de realização da pesquisa empírica e a delimitação da amostragem.

---

<sup>8</sup> Política de Gênero é entendida como a adoção da perspectiva relacional homem/mulher como constituintes da realidade e, como tal, é imprescindível que essa perspectiva seja introduzida na formulação e implementação das Políticas Sociais.

De início, é possível afirmar que a cobertura dos serviços de atenção à saúde dos/as adolescentes, em Maceió, é bastante reduzida. Esta afirmação baseia-se no breve levantamento realizado na Secretaria Municipal de Saúde em que detectamos a existência de ações pontuais, por iniciativa de profissionais sensíveis à saúde do/a adolescente, a exemplo de Psicólogos/as e Assistentes Sociais e Enfermeiras do Posto de Atendimento Médico de Bebedouro (IV Distrito Sanitário<sup>9</sup>).

Para o mapeamento dos serviços de saúde, na área da saúde reprodutiva e sexual, em particular para adolescentes, recorreremos à Divisão de Ações de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde e através do programa denominado Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN-, onde foi realizado o levantamento de informações <sup>10</sup>. Constatamos que em 1995, foi implementado um programa destinado à saúde da mulher (ver Anexo I), especificamente, o “programa de acompanhamento do estado nutricional da gestante”, onde não encontramos enfoque específico para o/a adolescente. No que diz respeito ao/às adolescentes, registra-se nos relatórios a implantação e implementação de ações de saúde em duas unidades básicas do IV e V Distritos Sanitários (ver Anexo I), mas os tipos de ações não são mencionados.

Ainda acompanhando o plano de trabalho do SISVAN ( ver Anexo II ), registramos, em 1996, a proposta de “dar continuidade” à ações de planejamento familiar em 5 unidades de saúde e ações educativas em 2 escolas municipais ( na avaliação de 1995 não se menciona saúde reprodutiva, sexual ou planejamento familiar - ver Anexo I ). Ao consultar o plano de trabalho de 1997, detectamos que a Divisão de Ações de Saúde propõe , para o segundo semestre de 1997, que em 12 Unidades de Saúde sejam implantadas e implementadas

---

<sup>9</sup> O município de Maceió é dividido em 10 regiões administrativas denominadas Distritos Sanitários, recurso esse utilizado para assegurar a descentralização e coerência em relação às demandas locais, pelo menos em tese.

<sup>10</sup> É importante esclarecer que não foi possível encontrar documentos, além dos relatórios do SISVAN, que contemplassem ações no âmbito da sexualidade e da reprodução.

ações de prevenção do câncer de colo uterino; em 7 Unidades de Saúde sejam desenvolvidas ações de planejamento familiar e dentro dessa proposta “promover palestras curtas e objetivas sobre planejamento familiar nas unidades de saúde e nas escolas municipais para adolescentes” (ver Anexo III).

A partir desse quadro aproximativo das ações de saúde na área da saúde reprodutiva e sexual para adolescentes, vemos que só em 1996 se assume explicitamente o conceito “planejamento familiar” e pela proposta apresentada em 1997 (ver Anexo III), percebemos que ainda não se consolidou uma ação nessa área. Fica clara a distância na estruturação de ações mais abrangentes, no âmbito da saúde reprodutiva e sexual, posto que o planejamento familiar é apenas uma parte do universo que abrange a saúde reprodutiva e sexual (ver o item 2.3 do II capítulo).

No campo das ações de saúde direcionadas à adolescentes especificamente, apenas em 1997 é explicitada a proposta de ação de saúde para essa faixa etária.

Chegamos ao entendimento de que no âmbito da assistência à saúde reprodutiva e sexual para adolescentes existem apenas iniciativas que não vislumbram, até o período pesquisado, desdobramentos efetivos nessa área, nem adotam a perspectiva de ações integrais, reduzindo-se praticamente a “palestras nas escolas”.

Entendemos que a defazagem da Política de Atenção à Saúde do/a Adolescente, particularmente a saúde reprodutiva e sexual, em Maceió, se deve entre outros aspectos, ao seguinte: 1-saúde do/a adolescente não é uma questão que mobiliza o movimento sanitário do Estado (tendência percebida nas Conferências de Saúde em que as propostas nessa área sofrem resistências<sup>11</sup>); 2- o próprio movimento de meninos e meninas de rua tende a privilegiar a questão especificamente

---

<sup>11</sup> Resistências que valem o registro: se por um lado, movimento sanitário de Maceió é reconhecido pelo pioneirismo a nível nacional na implementação do SUS, por outro lado, há dificuldade no cotidiano de planejamento das ações, em reconhecer indicadores epidemiológicos menos tradicionais como por exemplo, no âmbito da saúde reprodutiva e sexual para adolescente. Tendo por visto as variáveis do perfil epidemiológico que apresentamos na nota 5.

econômica de miserabilidade e a questão da educação como instrução. 3- o movimento de mulheres de Maceió, que só recentemente foca sua atenção para a saúde da mulher, poderia influenciar a política de atenção à saúde do/a adolescente do município, a exemplo de outros estados, como São Paulo,

Outro aspecto a destacar é que não há registro de eventos mobilizadores - congressos, encontros - com o tema específico "Saúde do/a Adolescente". Só atualmente germinam iniciativas nesta área, a exemplo da recente fundação da Associação Alagoana de Adolescência - ALA, filiada à Associação Brasileira de Adolescência. Pela primeira vez, por intermédio da Associação, Alagoas participou do Congresso Nacional da Adolescência, realizado em maio de 1998, em Gramado. Essa Associação tem como foco privilegiado a saúde do/a adolescente.

O processo de rastreamento dos aspectos que possam estar intervindo na redução da cobertura de serviços de saúde reprodutiva e sexual para adolescentes traz consigo discursos moralistas e sexistas acerca da sexualidade e gravidez adolescentes. Este fato leva ao entendimento de que os traços sócio - culturais que permeiam os sujeitos envolvidos na saúde pública, transversalizam suas ações e reflete diretamente na configuração das políticas.

Em tese, concordamos com a linha de raciocínio da socióloga Betânia Ávila quando afirma: "Preconceitos, na vida cotidiana funcionam como uma restrição do acesso aos direitos garantidos por lei."<sup>12</sup>

Além da reflexão acerca dos obstáculos de comunicação entre profissionais de saúde e adolescentes, trazemos, como pano de fundo, a discussão sobre a necessidade de ampliação e consolidação de uma política de atenção à saúde integral do/a adolescente, em Maceió; de forma especial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual a partir de uma atuação na perspectiva dos direitos reprodutivos.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> ÁVILA, op.cit. in PARKER e BARBOSA, *Sexualidades pelo avesso ...IMS/UERJ:R.J,1999, p.40.*

<sup>13</sup> Essa perspectiva é apresentada detalhadamente no item 2.3 do II capítulo.

Para melhor compreensão da “travessia” que realizamos para consecução dos propósitos desse trabalho, buscamos organizar o percurso da seguinte forma: inicialmente apresentamos o fruto (pesquisa de campo) a partir da semente fecundada (idéia problematizada); posteriormente delimitamos o terreno (local de fecundação da semente); e em seguida, adubamos (caminho e reflexão teóricos); encerramos com o delineamento da semente em latência que está no fruto que brotou (considerações finais).

Com outras palavras e mais detalhadamente, o primeiro capítulo que versa sobre a pesquisa de campo, apresenta o percurso teórico-metodológico que fundamenta a pesquisa empírica; as estratégias metodológicas adotadas; e os dados obtidos na investigação, a partir de cada instrumental técnico, com respectivas análises. As análises que realizamos neste capítulo acerca dos dados empíricos, basearam-se em anteriores reflexões teórico-conceituais que vinham orientando a inserção no campo.

Como o universo da pesquisa está voltado para os serviços públicos de saúde de forma particular, para adolescentes, consideramos importante, no segundo capítulo, fazer um rastreamento teórico e histórico no âmbito dos direitos sociais dos/as adolescentes; abrir um debate acerca dos limites, possibilidades e implicações na conquista e exercício desses direitos ; e trazer uma breve história da política pública de saúde do/a adolescente no Brasil.

A pesquisa empírica suscitou a necessidade de revisitar teorias e conceitos que já orientavam a pesquisa de campo com o objetivo de ampliar a reflexão e fundamentar as análises. O processo de retroalimentação do quadro teórico-conceitual deu origem ao terceiro capítulo. esse capítulo inicia-se com um breve resgate histórico da formação do Estado brasileiro, com foco nas questões sócio-culturais e econômicas relacionadas à sexualidade e aspectos afins, como por exemplo, a família e a condição de vida de homens e mulheres em diferentes classes. Nos reportando, posteriormente, à discussão teórico

– conceitual, propriamente dita, englobando a teoria de gênero, sexualidade, família e adolescência

Podemos metaforicamente dizer que o conteúdo teórico do terceiro capítulo possibilita o deslindar da semente que, de forma latente, já habita o fruto ( o resultado da pesquisa de campo).

Cabe ressaltar que o presente trabalho conta com algumas delimitações; isto é, falamos de Maceió, no período 1995 – 1997 quando nos referimos à pesquisa documental que consta nesta introdução; e no período 1998-1999, quando apresentamos a pesquisa de campo presente no I capítulo. A amostragem da pesquisa de campo compreende quatorze (14) profissionais que nas unidades de saúde lidam cotidianamente com a sexualidade e reprodução de adolescentes, e quatorze (14) adolescentes usuários/as desses serviços de saúde.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Os critérios para seleção da amostragem relativa aos/às profissionais e adolescentes, bem como o método e instrumentais técnicos serão apresentados detalhadamente no terceiro capítulo .

## I CAPÍTULO

### DA VOZ À FALA , DA FALA À REPRESENTAÇÃO: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA SEXUALIDADE E GRAVIDEZ ADOLESCENTES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ADOLESCENTES.

#### 1.1 Teoria das representações sociais- fundamento metodológico

Para tratar dos aspectos teórico-metodológicos na realização da pesquisa é importante reafirmar que o intento investigativo que dá sentido a esse trabalho é o de refletir sobre as representações sociais da sexualidade e gravidez adolescentes entre profissionais de saúde e adolescentes; em última instância, pretendemos analisar se as possíveis diferenças existentes nas referidas representações implicam em obstáculos na comunicação<sup>15</sup> entre os sujeitos envolvidos no processo educativo na área de saúde reprodutiva e sexual .

---

<sup>15</sup> Partimos do entendimento de que comunicação : (é) a co-participação dos sujeitos no ato de pensar (...) implica numa reciprocidade que não pode ser rompida. O que caracteriza a comunicação enquanto este comunicar comunicando-se, é que ela é diálogo, assim como o diálogo é comunicativo. A educação é comunicação e diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que busca a significação dos significados. In: FREIRE, Paulo. *The Political Dimension of dialogic communication*. Vol.4, no. 1, primavera de 1979. In:LIMA, Venício. *Comunicação e Cultura.As idéias de Paulo Freire*. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1981, p.59.

Com o apoio e a orientação que o quadro teórico-conceitual<sup>16</sup>, abrangendo: “gênero”, “sexualidade”, “família”, “adolescência”, chegamos à constatação da necessidade de ampliar esse quadro com fins metodológicos e nesse sentido, abrimos um diálogo com a teoria das representações sociais.

A opção por dialogar com a teoria das representações sociais se fez a partir da necessidade de um aporte teórico-metodológico que clareasse caminhos para apreensão das representações da sexualidade e gravidez adolescentes entre profissionais de saúde e adolescentes. Entendemos que essas representações norteiam as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva nos diferentes sujeitos e como tal, podem favorecer ou não a comunicação entre os sujeitos envolvidos nessa prática .

A teoria das representações sociais foi fundada por Moscovici<sup>17</sup>, porém apropriada e maturada por vários/as pesquisadores/as que hoje são referências nesse campo, a exemplo de Jodelet<sup>18</sup> e Abric<sup>19</sup> .

Os fundamentos da teoria das representações sociais, mais precisamente a teoria de Abric propiciou o delineamento das técnicas - instrumentais utilizadas na pesquisa empírica, conforme será apresentado no item 1.2 .

Encontramos nos estudos de Oliveira<sup>20</sup> subsídios importantes para confirmar a direção do percurso metodológico, na medida em que a pesquisadora parte da mesma premissa que partimos, ou seja a de que o cotidiano profissional dos educadores de saúde produz suas

<sup>16</sup>O quadro teórico-conceitual será trabalhado no III Capítulo.

<sup>17</sup>Ver: MOSCOVICI, Serge. *A representação Social da Psicanálise*. Zahar: R.J. ,1978 e *Cognición e desarrollo humano*. Paidós: Buenos Aires, 1986.

<sup>18</sup> Ver: JODELET, Denise. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. In: MOSCOVICI(1986) op.cit.

<sup>19</sup>Ver: ABRIC, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France:Paris, 1994 e *A abordagem estrutural das representações sociais*. In:MOREIRA e OLIVEIRA (Org.) *Estudos interdisciplinares de Representação Social*. AB Editora:Goânia, 1998).

<sup>20</sup> OLIVEIRA, et.all. In: MOREIRA e OLIVEIRA, op.cit. p.168

representações sobre o objeto de sua prática, além do conhecimento científico. Nas palavras de Oliveira<sup>21</sup>:

“ (...) as práticas profissionais, vistas a partir das representações sociais, possibilitam um novo olhar não mais as considerando tão somente como esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. Mas como expressão das subjetividades que se constituem e se expressam inseridas em dado espaço social. Isso implica em conceber o duplo caráter assumido pelas práticas profissionais: o primeiro como ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico; e o segundo, como construção pessoal, subjetiva da realidade e, nessa medida, como experiência pessoal, ação criativa, conhecimento de base empírica, que participa da construção da realidade”.

Com base em Oliveira, concordamos também com a perspectiva de Perrusi<sup>22</sup>, quando afirma que os conhecimentos científico e do senso comum são duas partes de uma totalidade cindida pela estrutura sócio-cultural e econômica da modernidade, que na contemporaneidade vem ascendentemente se complexificando.

A complexidade do contexto contemporâneo promove a preocupação e reconhecimento do desafio que envolve a realização de uma pesquisa social. Diante desse posicionamento aderimos à concepção de que uma produção de conhecimento não deve cristalizar as forças que pulsam no real, mesmo reconhecendo que são geralmente de difícil apreensão. <sup>23</sup>

Morin<sup>24</sup>, que vem apontando caminhos diante do desafio investigativo na contemporaneidade, afirma que a perspectiva da complexidade intenciona o conhecimento multidimensional, respeitando suas diversas faces e propõe que numa pesquisa devemos considerar o ser humano como um ser biológico-sócio-cultural e reconhecer os

---

<sup>21</sup> OLIVEIRA, op.cit.

<sup>22</sup> PERRUSI, Artur F. *Toda loucura será castigada*. Dissertação de mestrado. Recife: UFPE, 1992. p.129-134

<sup>23</sup> MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. R.J: Bertran., 1996.

<sup>24</sup> Op.cit., p.175-193.

fenômenos sociais como concomitantemente econômicos, culturais, psicológicos, etc.

Dentro dessas considerações, o autor lembra que a intenção do conhecer não pode vislumbrar completude ou certeza; com isso ele reconhece o campo de tensão que envolve a produção do conhecimento social contemporâneo, como afirma Morin<sup>25</sup>: “... o pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e de incerteza”.

Partindo dessa concepção de produção de conhecimento, retornamos ao percurso teórico-metodológico no campo das representações sociais. E recorrendo a Jodelet<sup>26</sup> entendemos que “representação social” é uma forma de pensar a realidade cotidiana, e assim sendo, é um conhecimento social. Em outras palavras, a representação social é a maneira dos sujeitos sociais apreenderem “os acontecimentos da vida diária, as características do meio ambiente, as informações que nele circulam, as pessoas de nosso entorno próximo ou distante”.

Em suma “representação social” é o conhecimento espontâneo e ingênuo ; conhecimento esse, que:

“ (...) habitualmente se denomina conhecimento de senso comum...esse conhecimento é em muitos aspectos um conhecimento socialmente elaborado e partilhado (...) se trata de um conhecimento prático. O dar sentido, dentro de um incessante movimento social, a acontecimentos e atos que se tornam habituais, esse conhecimento forja as evidências de nossa realidade consensual, participa na construção social de nossa realidade (...) ”<sup>27</sup>

Concordamos com Santos<sup>28</sup> quando ressalta que uma representação enquanto conhecimento compartilhado não implica em

---

<sup>25</sup> Op. Cit. p.177.

<sup>26</sup> JODELET , op.cit. p.473

<sup>27</sup> JODELET, op.cit, p.473.

<sup>28</sup> SANTOS , op.cit. , p.155.

absoluto consenso entre os membros de um determinado grupo. Mesmo considerando que a representação social é uma teoria compartilhada por um grupo de sujeitos, não se pode afirmar que cada membro do grupo compartilhe inteiramente com o conjunto de significados dessa representação em qualquer momento e sob quaisquer circunstâncias. Embora compartilhada pelo grupo, ao estudar a representação social de um dado objeto, busca-se compreender a articulação entre o consensual e o heterogêneo, entre o coletivo e o individual.

O interesse em relação às representações sociais de determinado objeto significa, entre outros aspectos, uma vontade de apreender um conhecimento do senso comum e isso tem algumas implicações, como afirma Moscovici<sup>29</sup>:

“um conhecimento do senso comum implica que sujeito, objeto e sociedade são considerados inseparáveis”; por outro lado implica em “compreender processos intra e interindividuais que concorrem simultaneamente em contextos históricos e socio-culturais precisos”.

Essas implicações estão contidas na teoria das representações sociais que segundo Abric<sup>30</sup>, vão responder à uma renovação de interesses atuais acerca dos fenômenos coletivos, mais especificamente o interesse no que se refere às “regras que regem o pensamento social”. Nesse sentido, reconhecemos a importância em identificar a “visão de mundo” que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, já que é essa “visão de mundo” que oferece elementos para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais.

Notamos<sup>31</sup> também que o pesquisador provoca um debate sobre as dimensões coletivas e individuais do conhecimento social e do

---

<sup>29</sup> MOSCOVICI (1982), apud. SANTOS, Maria de Fátima. Representação social e Identidade. In: MOREIRA e OLIVEIRA, op.cit., p. 154.

<sup>30</sup> ABRIC. Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA e OLIVEIRA, op.cit., p.27.

<sup>31</sup> Com base no pensamento de PERRUSI, op.cit.

processo de construção da realidade social, em suma, propicia uma nova abordagem na análise do conhecimento construído no cotidiano, considerando que a representação social está inscrita na práxis social. Em outras palavras, a produção da representação social tem sua inscrição na cotidianidade.

Para Heller<sup>32</sup> o ser humano não escapa da cotidianidade. De acordo com a autora, são partes orgânicas da vida cotidiana: “a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação”.

Heller desenvolve uma reflexão acerca do amadurecimento para a cotidianidade e afirma que esse processo de amadurecimento começa sempre por grupos, na família, na escola, em pequenas comunidades; e esses grupos “face-to-face” estabelecem uma mediação entre o indivíduo e os costumes, as normas e a ética de outras integrações maiores.

Consideramos que tratar de representação social é abordar o conhecimento do senso comum de sujeitos sociais que trazem consigo o caráter individual e coletivo de ser e de se estruturar enquanto sujeito(s), nesse sentido é importante propor uma explicação acerca da noção de sujeito no qual nos baseamos ao dialogar com a teoria das representações sociais; para isso tomaremos como referência a argumentação de Santos<sup>33</sup>.

Entendemos que a identidade que estrutura um sujeito implica ser “ao mesmo tempo alguém único, com características ideossincráticas e ser alguém igual aos outros, no sentido de compartilhar com o grupo significados comuns”<sup>34</sup>. Recorrendo a Lipiansky<sup>35</sup>, vemos que “o sentido de identidade se inscreve numa

---

<sup>32</sup>HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989, p.18.

<sup>33</sup> SANTOS, *op.cit.*, p.151-159.

<sup>34</sup> SANTOS, *op.cit.*, p.152.

<sup>35</sup> LIPIANSKY, E.M. *Identité et communication*. Paris: PUF, 1992. In: SANTOS, *op.cit.*, p.152.

tensão e numa homologia entre o indivíduo e o grupo, entre as necessidades internas e as influências sociais, entre a singularidade e a pluralidade”.

Concordando com Santos, em diálogo com Tap<sup>36</sup>, compreendemos que identidade é o conjunto de representações, sentimentos e opiniões que o sujeito tem sobre si mesmo. O sujeito constrói seu lugar e assume suas posições na sociedade através da apropriação da cultura e das instituições sociais mediadas pelo outro. A identidade, portanto, se forma no jogo das relações sociais na mediada em que o sujeito se apropria das regras, valores, normas e formas de pensar de sua cultura.

---

<sup>36</sup> TAP, P. *Relations interpersonnelles et genese de l'identité*. In: SANTOS, op.cit., p.153.

## 1.2 Aportes Técnico – instrumentais

Partimos da compreensão de que o objeto de estudo nesse trabalho é de natureza predominantemente subjetiva, outrossim complexa e, como tal, demanda um instrumental - técnico que propicie certo nível de objetividade e segurança na compilação dos dados empíricos e ofereça suporte para o desvelar dos aspectos mais significativos do complexo contexto<sup>37</sup> em que está inserido o objeto de estudo.

Para definir o aporte técnico – instrumental, recorreremos à “teoria da organização interna das representações sociais” de Jean Claude Abric<sup>38</sup>, por oferecer elementos conceituais básicos para o delineamento do caminho metodológico.

A implementação da estratégia metodológica de levantamento de dados empírico, que foi construída a partir dos pressupostos da teoria de Abric, está em conexão com os pressupostos teórico-conceituais mais amplo, que serão tratados nos próximos capítulos.

Ratificando a perspectiva teórica acerca das representações sociais adotada na construção da estratégia metodológica, escutamos Moscovici:

“ Uma representação social define-se por dois componentes : de um lado informações e atitudes (...) de outro lado, sua organização, isto é, sua estrutura interna (...) Não é pois unicamente o conteúdo em si mesmo mas a organização desse conteúdo que deve ser procurado”<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup>A perspectiva de complexidade adotada nesse estudo foi apresentada no item anterior.

<sup>38</sup>ABRIC(1994), Op.cit.

<sup>39</sup>MOSCOVICI,Serge. *A Representação social da psicanálise*.Rio de janeiro: Zahar,1978, p.26.

Partindo dessa perspectiva, Abric<sup>40</sup> defende que a organização do conteúdo das representações sociais repousa sobre uma “hierarquia entre os elementos determinada e assim chamada de núcleo central”.

Nesse sentido a teoria de Abric <sup>41</sup> apresenta o pressuposto básico de que “toda representação é organizada em torno de um núcleo central”. O autor esclarece que as representações sociais são compostas por um núcleo central e pelos elementos periféricos, constituindo-se em duas dimensões que se interrelacionam a partir de um duplo sistema: o sistema central - constituído pelo núcleo central -, e o sistema periférico - constituído pelos elementos periféricos -, conforme as características sistematizadas no quadro<sup>42</sup> a seguir - :

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
*Ligado à memória coletiva e à história do grupo	*Permite a integração das experiências e histórias individuais
*Consensual > define a homogeneidade do grupo	*Suporta a heterogeneidade do grupo
*Estável *Coerente *Rígido	* Permeabilidade *Suporte das contradições
*Resiste às mudanças	*Evolutivo
*Pouco sensível ao contexto imediato	*Sensível ao contexto imediato
*Funções: >Gera significação da representação >Determina sua organização	*Funções: >Permite a adaptação da realidade concreta >Permite a diferenciação do conteúdo >Protege o sistema central

É possível perceber através do quadro que o sistema central apresenta determinações sociais relacionadas às condições históricas,

<sup>40</sup> Op.cit.

<sup>41</sup> ABRIC, op.cit.

<sup>42</sup> Com base em : ABRIC(1998), op.cit.

sociológicas e ideológicas, ligadas à normas e valores. O princípio gerador de uma representação social, denominado núcleo central, está para além do contexto imediato mas em conexão com o contexto global. O sistema periférico, por outro lado, tem uma determinação mais individualizada e relacionada ao contexto mais imediato em que estão inseridos os indivíduos; portanto permite uma diferenciação a partir do vivido e das experiências cotidianas.

O núcleo central, segundo Abric<sup>43</sup>, é o elemento fundamental da representação social à medida em que determina tanto a significação da representação como sua organização interna. Para localizar este núcleo é necessário identificar o elemento que dá sentido ao conjunto da representação.

O núcleo central tem basicamente duas funções e uma propriedade fundamental:

1- A função geradora. É através do núcleo central que é criada e/ou transformada a significação de outros elementos constitutivos da representação;

2- A função organizadora. O núcleo central é que vai determinar a natureza das relações que unem entre eles os elementos de uma representação.

Esse núcleo aparece, como elemento unificador e estabilizador da representação. Nesse sentido, a estabilidade aparece como propriedade essencial do núcleo central, por ele ser constituído dos elementos mais estáveis (resistentes às mudanças) da representação.

Entendemos que a representação social se estrutura a partir do núcleo central em sua relação com os elementos periféricos. Essa estruturação do núcleo central terá configuração específica de acordo com as condições históricas e culturais de cada contexto, portanto, o núcleo central é sócio-culturalmente determinado e assim sendo ele não é concebido como essência imutável, mesmo considerando sua tendência à estabilidade.

---

<sup>43</sup> ABRIC, op.cit.

Os elementos periféricos, por sua vez, na sua condição de não centralidade são mais mutáveis e mais influenciáveis pelo contexto. Permitem, por um lado, um posicionamento do sujeito de acordo com suas variações pessoais, sem colocar em questão a significação central, mas permitindo assim uma apropriação mais individualizada da representação. Por outro lado, são os elementos periféricos “prescritores de comportamentos face a um objeto” (ou seja, indicam tendências de comportamento) e atuam na defesa ou na transformação da representação. No caso de transformação dos elementos periféricos, há tanto a possibilidade de manutenção da significação central como a integração de novas informações na representação. Esse fenômeno não ocasiona prejuízo significativo na organização do campo. Entretanto, ocorrerá uma transformação real da representação quando os elementos centrais, fundamentais na significação da representação são transformados.

O quadro metodológico constituído dos instrumentais técnicos, apresenta o seguinte desenho:

INSTRUMENTOS	NATUREZA	OBJETIVOS
Observação não participante	Método aproximativo	Realizar uma primeira aproximação para detectar os elementos constitutivos da representação
Entrevista semi - estruturada	Método interrogativo	Iniciar o processo de compilação dos elementos constitutivos da representação.
Associação livre - Abric -	Método associativo	Aprofundar o processo de compilação do conteúdo da representação.
Triagens hierárquicas sucessivas - Abric-	Método de hierarquização dos itens	Localizar a organização e estrutura da representação
Grupo Focal	Método de discussão focalizada	Avaliar a centralidade e a hierarquização posta em evidência

O desenho dessa estratégia metodológica foi delineado a partir da realidade a ser investigada e com base nos pressupostos teóricos. Optamos pela observação não participante por compreendê-la como recurso determinante para uma primeira aproximação no universo pesquisado. Tratava-se do início de vínculos que não interferisse nos trabalhos realizados pelos/as profissionais junto aos/às adolescentes. É o início de uma interação, sem participação direta nos trabalhos mas como uma introdução à pesquisa. Apresenta-se também como uma primeira aproximação no processo de identificação do conteúdo da representação.

A “entrevista semi-estruturada” (ver o roteiro no anexo IV) oferece um meio de atender a duas expectativas: a de contextualizar sócio-economicamente os/as profissionais pesquisados/as<sup>44</sup> e iniciar mais objetivamente a compilação do conteúdo da representação, no sentido de detectar as dimensões mais periféricas das representações sociais.

A “associação livre” consiste em solicitar junto ao/à pesquisado/a que relacione num papel o maior número possível de palavras que na opinião dele/a represente aquela questão apresentada. No caso desta pesquisa, requisita-se ao/à pesquisado/a que relacione o maior número possível de palavras que na sua opinião represente a “sexualidade adolescente” e “gravidez adolescente”(ver anexo V) . Tendo em mãos esses quadros procede-se numa seleção de 32 palavras que aparecem mais freqüentemente na relação apresentada pelos/as pesquisados/as. Esse instrumento foi aplicado tanto junto aos/às profissionais como aos/às adolescentes.

Já na etapa de localizar a organização do conteúdo da representação, as “triagens hierárquicas sucessivas” são utilizadas a partir da etapa da associação livre em que seleciona-se 32 palavras mais freqüentes. Então, organizamos um quadro com os 32 elementos

---

<sup>44</sup> A decisão de aplicar esse instrumento unicamente juntos aos/às profissionais se explica pelo fato de que não tínhamos noção do perfil sócio-econômico desses/as profissionais, ao passo que em relação aos/às adolescentes tínhamos conhecimento de que pertenciam a setores populares.

mais freqüentes (ver anexo VI) e pedimos que, desses 32 elementos, selecionem 16 que no ponto de vista dos/as pesquisados/as sejam mais significativos em relação ao objeto pesquisado (no caso, a sexualidade e a gravidez adolescentes), e assim sucessivamente: dos 16 elementos escolher 8, dos 8 escolher 4, dos 4 escolher 2, dos dois elementos escolher 1. Obtivemos uma classificação por ordem de importância para o sujeito e dessa forma são detectados os elementos centrais da representação junto aos/às profissionais de saúde e junto aos/ às adolescentes.

O “grupo focal” é a técnica que se situa na última etapa da pesquisa, pois é possível conferir ou avaliar a centralidade e hierarquia postas em evidência nas etapas anteriores.

Essa técnica de pesquisa oferece possibilidades em adquirir dados de natureza qualitativa de forma mais aprofundada, por facilitar a expressão de percepções, valores, crenças, atitudes acerca de um tema, no caso a sexualidade e a gravidez adolescentes. Com isso, foram criadas as condições para uma avaliação dos elementos centrais e periféricos apreendidos nas etapas metodológicas anteriores; em última instância, adquirimos mais segurança para reflexão acerca das diferenças representações sociais da sexualidade e gravidez adolescente entre profissionais de saúde e adolescentes.

A metodologia que orientou as sessões grupais foi a mesma tanto para os/as adolescentes como para os/ as profissionais de saúde. Seguimos o critério de uma média de 6 (seis) a 15 (quinze) pessoas participantes<sup>45</sup>: no grupo de adolescentes, participaram 9 (nove) adolescentes – 5 (cinco) do sexo masculino e 4 (quatro) do sexo feminino, usuários/as dos serviços públicos de saúde-; no grupo dos/as profissionais de saúde, contamos com o total de 6 (seis)<sup>46</sup> – 2 (duas)

---

<sup>45</sup> Com base em: WESTPHAL, M.F., BOGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos Focais: Experiências precursoras... *Boletim OPAS*. N.2: 1996, P. 2-19.

<sup>46</sup> Tínhamos a expectativa de contar com a participação de dois profissionais de cada área específica, nos grupos temáticos, entretanto houve dificuldade na compatibilização dos horários para um número maior de profissionais, por isso, o máximo que conseguimos foi a participação de um profissional de cada área, sendo um deles, do sexo masculino.

médicas, 1(uma ) Assistente social, 1(uma) psicóloga, 1 (um) psicólogo, 1 (uma) enfermeira.

A realização dos grupos temáticos foi um esforço coletivo de todos/as que se sentiam envolvidos/as na pesquisa. No grupo focal junto aos/às adolescentes contamos com o apoio das profissionais de saúde. Associação de Adolescentes de Alagoas, através de seus/suas componentes, foi fundamental para às sessões junto aos/às profissionais, tanto pelo incentivo com pela concessão do espaço para a realização dos trabalhos.

Do ponto de vista do planejamento para o grupo focal, retomamos todos os dados das etapas metodológicas anteriores buscando subsídios para não perder de vista o foco nas discussões grupais, para isso elaboramos um roteiro para orientar a focalização das discussões a se realizarem, em sintonia com os objetivos da pesquisa. Esse roteiro foi discutido com o observador<sup>47</sup> convidado a participar dos grupos temáticos .

Realizamos 4 sessões sobre os dois temas – sexualidade e gravidez adolescentes: 2 (duas) junto aos adolescentes e 2 (duas) junto aos/às profissionais de saúde<sup>48</sup>. Ao término de cada sessão nós – facilitadora e observador refletíamos sobre o que observamos e anotamos; e escutávamos o material gravado, registrando os aspectos e falas mais significativas para os objetivos a serem alcançados.

Consideramos esses esclarecimentos teórico-metodológicos de suma importância para compreensão dos dados obtidos na pesquisa de campo que apresentaremos a seguir.

---

<sup>47</sup> Um dos critérios metodológicos na realização de grupo focal é a presença , além do/a facilitador/a, de um/a observador<sup>a</sup>. O observador é psicólogo, mestrando/UFPE e pesquisador na área de sexualidade e reprodução adolescente em Caruaru, além disso temos em comum a mesma orientadora que desde o início dos trabalhos vem facilitando nosso intercâmbio para estudos, reflexões, troca de material bibliográfico e parceria para realização dos grupos focais ( eu me desloquei para Caruaru como observadora e ele se deslocou para Maceió) .

<sup>48</sup> Trabalhamos com um tema para cada sessão com duração de duas horas. Todas a sessões foram gravadas com a permissão dos/as participantes.

### **1.3 As representações sociais da sexualidade e gravidez adolescentes: redizendo o dito, repensando o pensado**

A partir das entrevistas semi-estruturadas junto aos/às 14 profissionais<sup>49</sup> delineia-se o seguinte perfil dos/as profissionais de saúde pesquisados/as:

A faixa etária predominante entre os/as profissionais de saúde é de 40 a 47 anos, o que indica que fazem parte da geração adolescente dos anos 70 (setenta). Hoje, a maioria desses/as profissionais são casados/as, têm o catolicismo como religião. Na juventude, participaram de grupos religiosos permanecendo até os dias de hoje, nesses grupos; também atuavam no movimento estudantil e hoje participam, predominantemente, do movimento da categoria profissional. Do ponto de vista familiar/educacional são filhos/as, em sua maioria, de pais e mães que cursaram o 1º (primeiro) grau. As profissões de seus pais são bem diversas e as mães desses/as profissionais são, predominantemente, trabalhadoras do “lar” (conferir nas tabelas a seguir).

---

<sup>49</sup> Lembramos que a amostragem correspondeu a 14 profissionais: 4 Assistentes Sociais, 3 Médicas, 1 Médico, 3 Psicólogas, 1 Psicólogo, 4 Enfermeiras, que exerciam atividades de cunho educativo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva junto a adolescentes nos serviços públicos de saúde de Maceió. No mapeamento que fizemos (ver a introdução deste trabalho) existem poucas ações de saúde para adolescentes na área pesquisada e os/as profissionais localizados fizeram parte da pesquisa.

1º Instrumento : Entrevista semi- estruturada

A idade dos /as profissionais de saúde gira em torno de 28 a 50 anos, com predomínio da faixa etária de 41 a 47 anos.

Estado Civil	No.	%	Raça	No.	%	Religião	No.	%
-Casado/a	9	64,3	-“Branco/a”	8	57,1	-Católica-	12	85,7
-Solteiro/a	4	28,3	-“Mestiço/a”	2	14,3	-Católica e Espírita-	1	7,15
-Viúvo/a	1	7,4	-“Moreno/a pardo/a”	1	7,15	-Não respon- deu	1	7,15
			-“Dos humanos”	1	7,15			
			-Não respondeu	2	14,3			

Atuação Política					
Na juventude	No.	%	Na idade adulta	No.	% <sup>50</sup>
-Grupos religiosos	9	64,3	-Grupos religiosos	8	57,1
-Movimento estudantil	7	50,0	-Movimento da categoria profissional	8	57,1
-Organização de bairro	4	28,6	-Organização de bairro	5	35,7
-Nenhuma	1	7,15	-Associação de adolescente	1	7,1

<sup>50</sup> O percentuais somados ultrapassam 100% considerando que foi autorizada a múltipla escolha , portanto mais de um grupo foi selecionado.

Contexto familiar - Escolaridade e profissão -					
<u>Escolaridade</u>	No.	%	<u>Profissão</u>	No.	%
PAI			PAI		
-1º.grau	9	64,3	-Comerciante	4	28,3
-2º.grau	2	14,3	-Outras profissões <sup>51</sup>	10	71,7
-Graduação	2	14,3			
-Analfabeto	1	7,1			
MÃE			MÃE		
-1º.grau	9	64,3	Doméstica/ Do lar	8	57,1
-2º.grau	4	28,6	Outras profissões <sup>52</sup>	6	42,9
-Graduação	1	7,1			

A REPRESENTAÇÃO SOBRE SEXUALIDADE ADOLESCENTE, ENTRE PROFISSIONAIS, A PARTIR DAS ENTREVISTAS:

“Prática sexual adolescente”<sup>53</sup>

1- É prejudicial?

Respostas	No.	%
Depende	3	21,4
Sim	3	21,4
Não	8	57,2

<sup>51</sup> Outras profissões com pouca recorrência: motorista, agricultor, vigilante, fiscal de renda, funcionário público, engenheiro, escriturário, advogado.

<sup>52</sup> Outras profissões pouco recorrentes: comerciante, funcionária pública, escriturária, economista.

<sup>53</sup> Para melhor compreensão verificar o roteiro da entrevista semi-estruturada ou “questionário” que consta nos anexos.

Palavras chaves: “Prazer”, “educação”, “falta de orientação”, “idade”, “contexto”, “imitação”, “prevenção”, “imaturidade”, “família”, “responsabilidade”.

2-Deve ser adiada até a idade adulta ?

Respostas	No.	%
Não	9	54,3
Sim	4	28,6
Depende	1	7,1

As respostas dos/as profissionais<sup>54</sup> quando afirmam que a prática sexual dos/as adolescentes “não deve(deve?) ser adiada até a idade adulta” são representadas pelas seguintes palavras chaves: “desejo”, “preparação”, “orientação”, “prazer”, “maturidade”, “afetividade”, “contexto”, “desequilíbrio”, “segurança”, “consequência”.

É possível perceber que, para a maioria, a sexualidade adolescente é aceita, reconhecida e “não negativa”, para ambos os sexos. Ela é representada pela seguinte expressão “não é prejudicial” para 8 (57,2%) profissionais e “não deve ser adiada até a idade adulta, em ambos os sexos” para 9 (54,3%) profissionais. Justificam as afirmações com argumentos que giram em torno, das palavras chaves: “falta de orientação”, “idade”, “responsabilidade”, “desejo”.

Do ponto de vista das relações de gênero surge a questão: Até que ponto há isonomia de gênero na representação positiva da sexualidade adolescente?<sup>55</sup>

<sup>54</sup> Com base nas respostas a partir de questão aberta. Verificar o roteiro “questionário”, em anexo.

<sup>55</sup> Vale frisar que a entrevista semi-estruturada consiste numa primeira aproximação sistematizada que fornecerá elementos para orientar os futuros desdobramentos da pesquisa, por conseguinte compilamos as “palavras chaves” e levantamos alguns questionamentos as serem respondidos no decorrer da pesquisa.

3- Quais as ações a serem contempladas nos serviços de assistência integral à saúde do/a adolescente?

As respostas da pergunta aberta, com base nas expressões chaves indicam orientações diversas:

- “Sobre sexualidade em todos os aspectos”;
- “ Em torno da prática do sexo seguro”;
- “Para a prática sexual consciente vinculada à relação afetiva”;
- “Informação desde a infância”;
- “Sexo com responsabilidade”;
- “Em torno da cidadania e religião”;
- “Voltadas para o crescimento, desenvolvimento”;
- “Que vise ajustamento bio-psico-social e cultural”;
- “Com atividades de lazer”.

A REPRESENTAÇÃO DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE, ENTRE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, A PARTIR DAS ENTREVISTAS:

“Gravidez adolescente”

1-Prejudicial para a mãe?

Respostas	No.	%
Sim	11	78,6
Depende	2	14,3
Não	1	7,1
Não respondeu	0	0

A afirmação, para a maioria, de que a gravidez adolescente é “prejudicial para a mãe adolescente” tem como representação as seguintes palavras chaves: “imaturidade”, “responsabilidade”, “despreparo”, “nível econômico”.

## 2-Prejudicial para o pai?

Respostas	No.	%
Sim	11	78,6
Depende	2	14,3
Não	1	7,1
Não respondeu	0	0

As palavras chaves que representam, para a maioria, a gravidez adolescente como prejudicial ao pai adolescente são as seguintes: “idem às mães adolescentes”, “imaturidade”, “culpa”, “entrada no mercado de trabalho”, “não assumir”, “recurso financeiro”, “responsabilidade”.

## 3-Prejudicial para a família ?

Respostas	No.	%
Sim	11	78,6
Depende	1	7,1
Não	1	7,1
Não respondeu	1	7,1

A afirmação, para a maioria, de que a gravidez adolescente é “prejudicial para a mãe adolescente” tem como representação as seguintes palavras chaves: “imaturidade”, “responsabilidade”, “despreparo”, “nível econômico”.

## 2-Prejudicial para o pai?

Respostas	No.	%
Sim	11	78,6
Depende	2	14,3
Não	1	7,1
Não respondeu	0	0

As palavras chaves que representam, para a maioria, a gravidez adolescente como prejudicial ao pai adolescente são as seguintes: “idem às mães adolescentes”, “imaturidade”, “culpa”, “entrada no mercado de trabalho”, “não assumir”, “recurso financeiro”, “responsabilidade”.

## 3-Prejudicial para a família ?

Respostas	No.	%
Sim	11	78,6
Depende	1	7,1
Não	1	7,1
Não respondeu	1	7,1

A afirmação de que gravidez adolescente é prejudicial para a família é representada pelas seguintes palavras chaves: “responsabilidade dos avós”, “desestruturação da família”, “dividir”, “sacrifício”, “conflito”.

Percebemos que existe uma representação negativa da gravidez adolescente entre os/as profissionais de saúde. A gravidez é explicitada como algo que antes de tudo é prejudicial a todos/as, mães e pai adolescentes e à família. Chama atenção que o caráter negativo da gravidez aparece, até certo ponto, de forma diferenciada em termos de prejuízo. Para a mãe adolescente, o prejuízo vem do “despreparo”, “nível econômico”; para o pai adolescente está na “culpa”, “entrada no mercado de trabalho” e o “não assumir”. Comparando as diferenciações podemos inferir que para os rapazes, permanece a representação do pai que deve prover a família : esposa e filhos, e para mãe adolescente essa expectativa social não foi explicitada ; sustentar o/a filho/a não é obrigação da mãe. A família, no caso, aparece como a mais prejudicada na medida em que uma gravidez adolescente representa “desestruturação”, “dividir”, “sacrifício”, “conflito”.

4- Quais as ações a serem contempladas nos serviços de assistência integral à saúde do/a adolescente? (respostas das perguntas abertas)<sup>56</sup>

As respostas apontam para propostas diversas:

- “Necessidade de profissionais para atender, orientar, apoiar, informar”;
- “Que estabeleça relação família/escola/unidade de saúde/comunidade”;
- “Desenvolver trabalho com a família”;
- “Prestar assistência médica, odontológica, educativa e psicológica”
- “ Prever orientação/educação sexual”;

<sup>56</sup> São apresentadas as afirmações que se repetiram mais de uma vez. Ver o anexo IV.

- “Organizar palestras, oficinas de artes, teatro, cursos profissionalizantes”.

É importante registrar as colocações que mais se diferenciaram da maioria, como: “Abordagem holista”, “visão do adolescente como cidadão”, “necessidade de reestruturação na política de saúde pública e empenho dos profissionais”, “distribuição de preservativos”.

## 2° Instrumento : Associações livres

### A REPRESENTAÇÃO DA SEXUALIDADE ADOLESCENTE A PARTIR DAS ASSOCIAÇÕES LIVRES:

#### Entre profissionais de saúde

As 32 palavras mais recorrentes são as seguintes:

“Prazer”, “sexo”, “descoberta”, “amor”, “medo”, “carinho”, “sensualidade”, “emoção”, “masturbação”, “paixão”, “ficar”, “desejo”, “sensibilidade”, “maturidade”, “relação”, “afeto”, “informação”, “precocidade”, “educação”, “diálogo”, “fantasia”, “namoro”, “vivência”, “família”, “amigos”, “contraceptivos”, “choro”, “preservativo”, “auto-conhecimento”, “carícia”, “necessidade”, “responsabilidade”.

#### Entre adolescentes

As 32 palavras mais recorrentes são as seguintes:

“Amor”, “compreensão”, “carinho”, “respeito”, “responsabilidade”, “conhecimento”, “caráter”, “desejo”, “prazer”, “sinceridade”, “arrependimento”, “atenção”, “diálogo”, “falta diálogo”, “fidelidade”, “felicidade”, “falta de responsabilidade”, “falta de conhecimento”, “tesão”, “falta de respeito”, “consciência”, “gravidez”, “DST”, “encontro”, “sofrimento”, “alegria”, “solidão”, “dignidade”, “descoberta”, “prostituição”, “medo”, “perda”.

## A REPRESENTAÇÃO DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE A PARTIR DAS ASSOCIAÇÕES LIVRES:

### Entre profissionais de saúde

As 32 palavras mais recorrentes são as seguintes:

“Imaturidade”, “conflito”, “sofrimento”, “aborto”, “educação”, “amor”, “medo”, “carinho”, “preocupação”, “responsabilidade”, “desinformação”, “alegria”, “família”, “precocidade”, “irresponsabilidade”, “afirmação”, “sexualidade”, “descoberta”, “insegurança”, “desorientação”, “prazer”, “filhos”, “mãe”, “pai”, “perda”, “anticoncepção”, “cuidado”, “emoção”, “transformação”, “rejeição”, “inconseqüência”, “dificuldade”.

### Entre adolescentes

As 32 palavras mais recorrentes são as seguintes:

“Responsabilidade”, “não planejamento”, “carinho”, “amor”, “consciência”, “irresponsabilidade”, “pensar”, “vida”, “sofrimento”, “cuidado”, “trabalho”, “alegria”, “dom”, “tristeza”, “medo”, “falta de conhecimento”, “traição”, “descuido”, “coisa de mulher”, “amor mãe/filho(a)”, “mudança”, “discórdia”, “cansaço”, “prazer”, “compreensão”, “dor”, “competência”, “família”, “crime”, “diálogo”, “saúde”, “falta de amor”.

### 3° Instrumento : Triagens hierárquicas sucessivas

#### A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA SEXUALIDADE ADOLESCENTE A PARTIR DAS TRIAGENS HIERÁRQUICAS SUCESSIVAS:

##### Entre profissionais de saúde

- Núcleo central: “desejo” e “responsabilidade”
- Elementos periféricos: “sexo”, “amor”, “informação”, “família”, “prazer”, “auto-conhecimento”, “descoberta”, “medo”.

32	16	8	4	2	1
Prazer	Descoberta	Descoberta(7)	Sexo(4)	Descoberta(3)	Desejo(2)
Sexo	(10) <sup>57</sup>	Prazer(6)	Desejo(4)	Desejo(2)	Responsabilidade(2)
Descoberta	Prazer(9)	Masturbação(4)	Descoberta(3)		
Amor	Educação(8)	Desejo(4)	Medo(3)		
Medo	Masturbação(7)	Sexo(4)			
Carinho	Desejo(7)	Educação(4)			
Sensualidade	Sexo(7)	Autocnhecimen			
Emoção	Ficar(7)	to(4)			
Masturbação	Sensibilidade(6)	Informação(4)			
Preservativo	Paixão(6)	Família(4)			
Paixão	Afeto(5)	Diálogo(4)			
Ficar	Carinho(5)	Necessidade(4)			
Desejo	Amor(5)				
Sensibilidade	Emoção(5)				
Maturidade	Família(5)		(foram	(foram	(foram citados:
Relação	Relação(5)		recorrentes:	recorrentes:	sexo, amor,
Afeto	Informação(5)		família-3	prazer-2	informação, famí
Informação	Necessidade(5)		prazer-3	responsabili-	lia, prazer, auto-
Precocidade			informação-3)	dade-2	conhecimento,
educação	(responsabili	(permanece		família-2	imaturidade
Diálogo	de aparece 2	responsabili-		informação-2)	
Fantasia	vezes e se	dade com 2)			
Namoro	mantém)				
Auto-					
conhecimento					
Carícia					
Necessidade					
Responsabilida					
de					
Vivência					
Família					
Amigos					
Contracepti-					
vos					
choro					

<sup>57</sup> Os números ao lado ou abaixo das palavras representam a recorrência.

## Entre adolescentes

- Núcleo central: “amor” e “diálogo”
- Elementos periféricos: “respeito”, “responsabilidade”, “prazer”, “compreensão”, “sinceridade”, “falta de conhecimento”, “carinho”, “tesão”.

32	16	8	4	2	1
Amor	Amor(17)	Amor(14)	Amor(10)	Amor(7)	Amor(4)
Compreensão	Compreensão (16)	Responsabilidade(8)	Diálogo(6)	Diálogo(5)	Diálogo(2)
Carinho	Responsabilidade(10)	Diálogo(7)	Respeito(6)		
Respeito	Sinceridade(9)	Prazer(6)	Responsabilidade(4)		
Responsabilidade	Carinho(9)	Compreensão (6)			
Dade	Tesão(8)	Sinceridade(6)			
Conhecimento	Prazer(8)	Respeito(6)			
To	Atenção(8)	Falta de conhecimento (5)			
Caráter	Felicidade (8)				
Desejo	Diálogo(7)				
Prazer	Respeito(7)				
Sinceridade	Caráter(6)				
Arrependimento	Falta de conhecimento (6)				
Atenção	Consciência (6)				
Diálogo	Alegria(5)				
Falta diálogo	Medo(5)				
Fidelidade					
Felicidade					
Falta de responsabilidade					
Falta de conhecimento					
Tesão					
Falta de respeito					
Consciência					
Gravidez					
DST					
Encontro					
Sufrimento					
Alegria					
Solidão					
Dignidade					
Descoberta					
Prostituição					
Medo					
Perda					

*OBS: respeito foi recorrente em 3 vezes.*

*OBS: respeito foi recorrente em 2 vezes, como diálogo foi prevalente 5 vezes, na listagem anterior opta-se por "diálogo".*

A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE A PARTIR DAS TRIAGENS HIERÁRQUICAS SUCESSIVAS:

Entre profissionais de saúde

- Núcleo central: “família” e “conflito”
- Elementos periféricos: “imaturidade”, “desinformação”, “educação”, “transformação”, “amor”, “insegurança”, “precocidade”, “anticoncepção”.

32	16	8	4	2	1
Imaturidade	Conflito(12)	Conflito(7)	Família (7)	Conflito(4)	Família(3)
Conflito	Desinformação	Família(7)	Conflito(6)	Família(3)	Conflito(2)
Sofrimento	(11)	Imaturidade(6)	Imaturidade(5)		
Aborto	Família(11)	Educação(5)	Desinformação		
Educação	Imaturidade(9)	Desinformação	(4)		
Amor	Insegurança(9)	(5)			
Medo	Transformação	Transformação			
Carinho	(8)	(5)			
Preocupação	Precocidade(8)	Amor(4)			
Responsabilidade	Educação(8)	Insegurança(4)			
Desinformação	Emoção(8)				
Alegria	Anticoncepção				
Família	(7)				
Precocidade	Amor(7)				
Irresponsabilidade	Afirmção(7)				
Afirmção	Responsabilidade(7)				
Sexualidade	Prazer(6)				
Descoberta	Cuidado(6)				
Insegurança	Sofrimento(5)				
Desorientação					
Prazer					
Filhos					
Mãe					
Pai					
Perda					
Anticoncepção					
Cuidado					
Emoção					
Transformação					
Rejeição					
Inconsequência					
Dificuldade					

### Entre adolescentes

- Núcleo central: “responsabilidade” e “amor”
- Elementos periféricos: “consciência”, “cuidado”, “medo”, “responsabilidade”, “família”, “sofrimento”, “falta de conhecimento”, “descuido”, “alegria”, “tristeza”.

32	16	8	4	2	1
Responsabilidade	Amor(16)	Medo(6)	Responsabilidade(7)	Responsabilidade(6)	Responsabilidade(5)
Não planejamento	Cuidado(16)	Responsabilidade(5)	Amor(6)	Amor(3)	Amor(3)
Carinho	Vida(15)	Família(5)	Consciência(4)		
Amor	Responsabilidade(14)	Sufrimento(5)	Cuidado(4)		
Consciência	Medo(13)	Cuidado(5)			
Irresponsabilidade	Pensar(12)	Amor(5)			
Pensar	Sufrimento(11)	Falta de conhecimento(4)			
Vida	Alegria(10)	Descuido(3)			
Sofrimento	Família(10)				
Cuidado	Consciência(10)				
Trabalho	Tristeza(9)				
Alegria	Trabalho(9)				
Dom	Falta de conhecimento(9)				
Tristeza	Compreensão(7)				
Medo	Saúde(7)				
Falta de conhecimento	Descuido(6)				
Traição					
Descuido					
Coisa de mulher					
Amor mãe/Filho(a)					
Mudança					
Discórdia					
Cansaço					
Prazer					
Compreensão					
Dor					
Competência					
Família					
Crime					
Diálogo					
Saúde					
Falta de amor					

A REPRESENTAÇÃO, ENTRE ADOLESCENTES, POR SEXO, DA SEXUALIDADE ADOLESCENTE A PARTIR DAS TRIAGENS HIERÁRQUICAS SUCESSIVAS:

Entre adolescentes do sexo feminino

- Núcleo central: “amor” e “gravidez”
- Elementos periféricos: “respeito”, “prazer”, “DST”, “desejo”, “caráter”, “diálogo”, “falta de responsabilidade”, “prostituição”.

Entre adolescentes do sexo masculino

- Núcleo central: “amor” e “diálogo”
- Elementos periféricos: “respeito”, “consciência”, “tesão”, “carinho”, “descoberta”, “conhecimento”, “perda”.

A REPRESENTAÇÃO, ENTRE ADOLESCENTES, POR SEXO, DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE A PARTIR DAS TRIAGENS HIERÁRQUICAS SUCESSIVAS:

Entre adolescentes do sexo feminino

- Núcleo central: “responsabilidade” e “vida”
- Elementos periféricos: “amor”, “compreensão”, “cuidado”, “carinho”, “preocupação”, “medo”, “falta de conhecimento”, “saúde”.

Entre adolescentes do sexo masculino

- Núcleo central: “amor” e “responsabilidade”

- Elementos periféricos: “não planejar”, “descuido”, “filhos”, “carinho”, “sofrimento”, “prazer”, “trabalho”, “consciência”.

AVALIAÇÃO DO NÚCLEO CENTRAL E ELEMENTOS PERIFÉRICOS DA REPRESENTAÇÃO DA SEXUALIDADE ADOLESCENTE E DELINEAMENTO DAS DIFERENÇAS NAS REPRESENTAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ADOLESCENTES, A PARTIR DOS GRUPOS FOCAIS :

#### Entre profissionais de saúde

- Tema: *Sexualidade* - com foco na questão do “desejo” e “responsabilidade” por ser o núcleo central e considerando os elementos que giram em torno desse núcleo, tais como: “sexo”, “amor”, “informação”, “família”, “prazer”, “auto-conhecimento”, “descoberta”, “medo”.

Com base na discussão e reflexão desenvolvida no grupo focal junto aos/às profissionais de saúde, percebemos que há um entendimento de que a sexualidade, na adolescência, tem como referência um desejo sem limites: “aquela energia sexual em ebulição(...)”, reconhecido pelos/as profissionais; eles/as acrescentam que o “adolescente é muito instintivo(...) principalmente os homens que tomam iniciativa, são automáticos(...) não sei se demora muito para ter relação sexual”.

No que se refere ao aspecto da responsabilidade no ponto de vista dos/as profissionais “faltam valores numa família bem estruturada para dar suporte à uma conduta responsável da sexualidade do adolescente” – foca-se principalmente as mulheres, onde há preocupações com as “repercussões emocionais de uma prática

sexual irresponsável que possa gerar uma gravidez”, fala dirigida para as mulheres.

Há uma reflexão saudosista de épocas passadas onde os valores eram outros e “havia respeito” e hoje, “total liberação sexual”. Percebemos um entendimento de que era como se em outros tempos não existissem problemas no campo da sexualidade.

Constatamos a partir das falas que o “problema da sexualidade” nos dias de hoje está relacionado com a chamada “precocidade das meninas em praticar o sexo” pois os meninos sempre tiveram uma “precocidade” de práticas sexuais, mas não era concebido como problema social. Essa “precocidade” aparece nas falas associada à “desestruturação familiar” por vários motivos desde “a entrada da mulher no mercado de trabalho” até “a mídia invadindo a esfera privada na ausência dos pais”.

#### Entre adolescentes <sup>58</sup>:

- Tema: *Sexualidade* - com foco na questão do “amor” e o “diálogo” apresentado como núcleo central e considerando os elementos que giram em torno desse núcleo, tais como: “respeito”, “responsabilidade”, “prazer”, “compreensão”, “sinceridade”, “falta de conhecimento”, “carinho”, “tesão”.

No grupo focal junto aos/às adolescentes detectamos que em relação à sexualidade, há uma defesa por parte dos/as adolescentes de que a prática sexual deve ser objeto de preocupação para ambos os sexos: “prática do sexo tem que ser pensada tanto para o menino como para a menina”<sup>59</sup>. Entretanto, percebemos que ainda hoje há uma maior atenção para a questão da prática sexual – “sexo”-, por parte dos rapazes e as mulheres adolescentes detém sua atenção para o aspecto

<sup>58</sup> Realizado com a participação de 9 adolescentes: 5 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, usuários/as dos serviços públicos de saúde.

<sup>59</sup> (F) gênero feminino e (M) gênero masculino.

da gravidez: “O homem pensa mais em sexo que a mulher quando está namorando”(F); “A menina tem que ter responsabilidade antes de praticar o sexo, por causa da gravidez (M)”; “Sexo é como se fosse ruim e fizesse mal para a mulher”(F), “Elas pensam que a gente quer fazer safadeza (...) é difícil falar em transar”(M); “(...) se não transar a gente pode perder ele.”(F); “(...)se não fazer vão chamar a agente de mole...”(M)

A partir dessas colocações uma série de aspectos significativos em torno da questão da saúde reprodutiva e sexual, chama atenção. Primeiro, as diferenças nas expectativas sociais gerando dificuldade de diálogo e entendimento entre os sujeitos envolvidos numa relação afetiva o casal. Outro ponto é que a reprodução é o centro do debate no campo da sexualidade, particularmente na visão das mulheres adolescentes<sup>60</sup>. Chama atenção uma maior preocupação com a gravidez e menor com o prazer sexual, por exemplo. Vemos a dificuldade de se falar em sexo e ambigüidades em torno do tema: as mulheres preocupadas em realizar o desejo do outro- “ (...) se não transar a gente pode perder ele.”(F) -, os homens mais preocupados com sua potência sexual - ); “(...)se não fazer vão chamar a agente de mole(...)”(M).

Os/as adolescentes apresentam queixas no que se refere ao diálogo com os pais e enfatizam que sofrem exigências e cobranças do que é certo, no ponto de vista da sexualidade, mas os pais não tratam claramente do assunto.

- “Meu pai sempre diz assim: você sabe o que é certo e o que é errado mas só faz se quiser” (F)
- “Minha mãe é fogo... sempre tá preocupada com essa coisa de sexo ...”(F)

Existe nas falas das adolescentes um sentimento de revolta pela desconfiança das mães em relação a elas . Para ambos os sexos há uma percepção de que no olhar dos pais elas/eles são irresponsáveis. Entendemos que essa percepção cria uma acomodação e desresponsabilização dos jovens perante seus atos e decisões.

- “Os pais da gente (...) para eles o adolescente é irresponsável sempre, não sabem o que querem, por isso acho que os adultos pensam assim, adolescente é irresponsável”. (F)

Nas duas frases abaixo explicita-se as expectativas diferenciadas em relação a sexualidade masculina e feminina; chama atenção a fala de um adolescente em relação ao seu pai com o tom de crítica a esse modelo de “homem garanhão”.

- “Quem se preocupa mesmo com a gente é a mãe(...)os pais, muitos, são terríveis, não é modelo(...) outro dia o meu mesmo disse, na sua idade eu já tinha comido a vizinha(...)repara” (M)
- “O Pai(...) deseja o filho garanhão e uma filha santa (...)” (F)

Enfim, percebemos nas colocações das adolescentes a presença de uma culpa histórica que as mulheres trazem consigo acerca da prática do sexo. O medo de engravidar é recorrente no que é dito pelas jovens, mas há também e ao mesmo tempo o desejo explícito de um dia ser mãe. Não aparece nas falas dos adolescentes o desejo explícito de ser pai. Nas adolescentes o desejo da maternidade está relacionado ao prazer de troca de afeto e cuidado, já nos rapazes a paternidade está relacionada à educação e a “formação de um filho para ser alguém na vida”.

---

<sup>60</sup> Por razões sócio-culturais históricas.

Algumas falas de adolescentes do sexo feminino sugerem que o sexo seja adiado até encontrar o “amor certo”, e nas falas dos rapazes há concordância de que o ideal seria sexo com amor, entretanto detectamos, no decorrer das argumentações, que o amor no entendimento dos adolescentes pode ser “na relação sexual e fim”, sem maiores preocupações.

Apenas uma vez foi relacionada a prática sexual com a prevenção do HIV/AIDS, o que predominava era a relação da prática sexual com a “prevenção” da gravidez. Essa constatação conduz ao entendimento de que as ações educativas na área de saúde reprodutiva sexual junto às/aos adolescentes têm como centralidade a “prevenção da gravidez”, o “mal” parece estar muito mais na gravidez que no contágio com o HIV.

O enfoque nas ações educativas na área de saúde sexual e reprodutiva indica como ponto de referência a “prevenção” e não a “auto e mútua proteção”.

Vale ressaltar que foi explicitada a importância dos trabalhos dos profissionais de saúde principalmente no âmbito da informação/conhecimento e a possibilidade de diálogo sobre sexualidade.

AVALIAÇÃO DO NÚCLEO CENTRAL E ELEMENTOS PERIFÉRICOS DA REPRESENTAÇÃO DA GRAVIDEZ ADOLESCENTE E DELINEAMENTO DAS DIFERENÇAS NAS REPRESENTAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ADOLESCENTES A PARTIR DOS GRUPOS FOCAIS :

#### Entre profissionais de saúde

- Tema: *Gravidez adolescente* - com foco na questão da “família” e “conflito” por ser o núcleo central e considerando os elementos que giram em torno desse núcleo central, tais como: “imaturidade”,

“desinformação”, “educação”, “transformação”, “amor”, “insegurança”, “precocidade”, “anticoncepção”.

Percebemos no desenrolar das discussões no grupo focal que a concepção negativa em relação à gravidez adolescente, entre os/as profissionais de saúde, tem relação, entre outros aspectos, com a ausência de condições para uma união formal (casamento). Um outro aspecto é que o princípio gerador das preocupações está muito mais relacionado com a desestruturação da família dos/as adolescentes – por isso aparece “família” e “conflito” como núcleo central nas triagens hierárquicas -, que com os prejuízos que possam ocorrer para os/as adolescentes.

Nas falas dos/as profissionais:

“A gravidez pode destruir uma família, realmente abala (...)”

“ (...) uma desestruturação total da família, arrebenta com os valores da família. A adolescente é discriminada...”

“Tem um caso de uma adolescente católica praticante negou a gravidez, foi expulsa de casa, foi para casa do pai da criança, deu a volta por cima e hoje é uma ótima mãe e conseguiu romper valores culturais e religiosas”.

Detectamos um sentimento de impotência diante do “aumento do índice epidemiológico” da gravidez na adolescência, sendo esta gravidez concebida como quase sempre indesejada: “Pode ser que exista alguma que não seja” .

“Não conseguimos interferir nesses números altos de gravidez na adolescência.”

“Eu oriento passo a receita de anticoncepcional e ela me chega grávida quando perguntei se ela estava tomando o anticoncepcional que passei e ela disse que estava tomando um remédio que a vizinha receitou (...)”

Quais os motivos que levam a jovem escolher a receita da vizinha?

“Elas engravidam e encaram como uma sentença de morte (...) agora minha vida vai mudar, vou ser infeliz São muitos os prejuízos para as mulheres(...) levam grito na hora do parto não sabem, coitadas. Você está grávida? Não sei (...) elas nem se conhecem, não conhecem o corpo (...)”.

Percebemos nas abordagens acima um sentimento de piedade e certa raiva, ao mesmo tempo uma preocupação com a jovem mãe. No caso dos rapazes o sentimento é de recriminação.

“O parceiro quase nunca está presente...às vezes nem sabe quem é o pai”.

“Tem adolescentes no grupo que dizem eu tenho 2 ou 3 filhos por aí(...)nem ligam”

“Dá pena ...a gravidez é um empecilho de viver o momento tão belo da vida de se descobrir de aumentar a auto-estima...”

“O produto da gravidez é um produto que traz vida e por mais trauma que traga é um produto bom, é uma vida e a AIDS, isso me preocupa mais”. (lembrado apenas uma vez, por uma profissional).

Entre adolescentes:

- Tema: *Gravidez* - com foco na questão da “responsabilidade” e “amor” considerando os elementos que giram em torno desse núcleo central, tais como: “consciência”, “cuidado”, “medo”, “responsabilidade”, “família”, “sofrimento”, “falta de conhecimento”, “descuido”, “alegria”, “tristeza”.

Partindo das discussões em grupo percebemos que para o/a jovem os problemas que elas sentem e percebem estão mais no âmbito da sexualidade e mais especificamente, na prática sexual. É nesse campo que estão os medos e ansiedades. Em relação à gravidez, expressam mais aspectos positivos e muita preocupação com o cuidado, o sustento e educação dos/as filhos.

A maternidade para as mulheres adolescentes aparece no campo da troca de afeto e amor, etc . “Eu sonho ter um filho(...) vou dar e receber muito carinho, já pensou eu cuidando dele?” A paternidade aparece sob a forma de desejo de ver a si próprio no filho, educar, “botar moral(...) dá experiência”.

Com outras palavras:

“Às vezes as casadas passa muita coisa negativa prá gente” (F)

“Informação agente já tem(...) já sei que se eu fazer posso pegar gravidez, doença..eu ainda não transei porque sei das consequências...eu também acho que não amo ele.” (F)

“...filho(...) dá experiência de aprender...”(M)

“Na gravidez, casamento é questão de honra”(M)

“Filho aumenta a responsabilidade(...)é sempre maior...”(M)

“Filho traz sorte...”(M)

## II CAPÍTULO

### DIREITOS DOS/AS ADOLESCENTES EM PERSPECTIVA: RECONHECIMENTO DO “BROTO”<sup>61</sup>

#### 2.1 Cidadania e direitos sociais

Para a compreensão do processo de reconhecimento do/a adolescente como sujeito de direito, na contemporaneidade, é importante um tratamento conceitual que promova o resgate de alguns fundamentos acerca de “cidadania”, “direitos sociais”, “política social” e busque, na construção desses conceitos, uma reconstrução na ótica “geracional”, no sentido de apreender as possibilidades e limites do exercício de cidadania na adolescência, as relações entre: “cidadania e direitos sociais”, “direitos sociais e política social”, considerando os limites e possibilidades conceituais imbricados nos limites e possibilidades do contexto sócio - histórico contemporâneo.

No sentido de situar o lugar da “política social” na esfera dos “direitos sociais” recorreremos à teoria de Marshall<sup>62</sup>, porque ela oferece subsídios importantes para fundamentar uma compreensão acerca da

---

<sup>61</sup> “Brotos”: é aqui entendido, por um lado, como sinônimo de “adolescente” e, por outro lado, metaforicamente como “órgão que brota nos vegetais e é capaz de se desenvolver em ramificações folhosas ou floridas” (Aurélio)

<sup>62</sup> MARSHALL T.H. *Cidadania, Classe Social e STATUS*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

política de saúde para adolescentes.

Apreendemos, segundo Marshall<sup>63</sup>, que são constitutivas da cidadania plena, a cidadania civil, a cidadania política e a cidadania social. Particularizando a cidadania social - a que oferece elementos de interesse para o nosso objeto de estudo -, temos como definição: “tudo que vai desde o direito a um mínimo bem-estar econômico e segurança, ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade.”<sup>64</sup>

Barbalet<sup>65</sup>, que dialoga com Marshall, enfatiza que a cidadania “ (...) define os que são e os que não são membros de uma sociedade comum. A cidadania é manifestamente uma questão política”, entretanto o aspecto político configurador da cidadania é insuficiente para que a cidadania seja bem compreendida. Pois para a autora:

“O problema de quem pode exercer a cidadania e em que termos não é apenas uma questão de âmbito legal da cidadania e da natureza formal dos direitos que ela implica. É também uma questão de capacidades não - políticas dos cidadãos derivadas dos recursos sociais que eles dominam e que têm acesso”.<sup>66</sup>

Barbalet<sup>67</sup> amplia a discussão acerca dos vários aspectos que implicam o exercício da cidadania, quando questiona se um alargamento da participação na cidadania poderá reduzir as desigualdades de classes, ou afetar a estrutura das relações entre pessoas do mesmo sexo ou raças diferentes. Com base no pensamento

---

<sup>63</sup> MARSHALL, *op.cit.*, p.63.

<sup>64</sup> *Op. cit.*, p.63.

<sup>65</sup> BARBALET, J.M. *A Cidadania*. Estampa, Lisboa:1989.p.11

<sup>66</sup> *Op.cit.p.*,11

<sup>67</sup> *Op.cit.*,p.11

do autor, questionamos a possibilidade de atingir inclusive a hierarquia das gerações, na medida em que ao se falar em cidadania dos/as adolescentes, estão implícitos direitos e deveres dos/as adolescentes. Surge portanto a questão: Qual a condição de membro da sociedade em que se encontra o/a adolescente?

Na busca de fundamentos para a compreensão da “ cidadania do/a adolescente ” a partir da questão acima levantada acompanhamos a discussão de Barbalet sobre a teoria de cidadania, em que ela destaca a diferença entre a cidadania na Grécia Antiga e a cidadania no Moderno Estado – Nação, assim expressando-se:

“A principal diferença entre a cidadania nas cidades –estados gregas e no moderno estado democrático é a extensão do âmbito da comunidade política em cada um deles...No estado democrático moderno, a base da cidadania é a capacidade para participar no exercício do poder político por meio do processo eleitoral. Assim a participação dos cidadãos no moderno Estado - Nação implica na condição de membro de uma comunidade política baseada no sufrágio universal, e portanto também a condição de membro de uma comunidade civil, baseada na letra da lei.. todas as pessoas como cidadãos são iguais perante a lei e que, portanto nenhuma pessoa ou grupo é legalmente privilegiado”.<sup>68</sup>

Seguindo a discussão de Barbalet<sup>69</sup>, com base em Marshall, a cidadania é composta pelos elementos civil, político e social. O elemento civil da cidadania é composto pelos direitos necessários à liberdade individual e que a instituição é a letra da lei e sistema judicial. O aspecto político da cidadania diz respeito ao direito de participar no exercício do poder político ligado às instituições parlamentares. E finalmente, o elemento social da cidadania é constituído pelo direito ao nível de vida predominante e ao patrimônio social da sociedade, e que são predominantemente realizados através dos serviços sociais e do sistema educativo.

---

<sup>68</sup> Op.cit.,p.12

<sup>69</sup> Op.cit., p. 19

Dando continuidade ao raciocínio acerca da condição de membro de uma comunidade para adquirir o estatuto de cidadania vemos que “a base da cidadania é a capacidade para participar no exercício do poder político por meio do processo eleitoral”<sup>70</sup>, e que a cidadania implica a constituição dos elementos civis políticos e sociais.

Considerando essas premissas percebemos que o/a adolescente não goza do direito ao exercício pleno de cidadania visto que o/a adolescente não tem acesso à liberdade individual por ser tutelado tradicionalmente e formalmente pela família<sup>71</sup>, ficando comprometido o elemento civil da cidadania.

E no que se refere ao direito do/a adolescente à saúde, é este um direito de cidadania?

Para Barbalet <sup>72</sup> “Nem todos os direitos, nem sequer todos os direitos legais, são direitos de cidadania” e, com base em Marshall, argumenta que a outorga de certos direitos é precisamente para compensar os que estão excluídos do status de cidadania. Prossegue a autora afirmando que cidadania é um status concedido a quem é membro pleno de uma comunidade nacional e os direitos de cidadania, portanto, são os que derivam da participação desta “posse comum”. E acrescenta um aspecto que muito interessa do ponto de vista dos deveres :

“Os direitos de cidadania(...)serão em última análise assegurados pelo Estado (...) geralmente os direitos implicam deveres para qualquer pessoa que os exerça. Mas certos direitos exigem deveres de outras pessoas”.

Para o/a adolescente ter direito à saúde - que é um direito que

<sup>70</sup> BARBALET, op. cit., p. 19.

<sup>71</sup> Esta afirmação tem base no pensamento de Ariés, pois afirma nos seus estudos que no século XX foi outorgado à família o adiamento da entrada das crianças na idade adulta, no matrimônio e no mercado de trabalho. Para SILVA<sup>9</sup> a família assume a responsabilidade por essa etapa de desenvolvimento, crescimento, na medida em que há um interesse social por esse período de vida que sucedendo à infância, denomina-se adolescência. Segundo esse autor, ficam sob a responsabilidade da família o adiamento do exercício da sexualidade e a reprodução. A ocorrência da gestação na adolescência (materialização do exercício sexual no corpo feminino) denuncia “(...) uma sexualidade precoce. Precoce porque ocorre antes da permissão social, moral, educacional, religiosa e familiar.”<sup>10</sup>

<sup>72</sup> Op.cit., p.35-36

se inscreve na instância do direito social e portanto, no âmbito da cidadania -, os deveres de outras pessoas devem ser postos em prática, inclusive do ponto de vista político. Na realidade não são diretamente os/as adolescentes que estão envolvidos/as nas negociações para a implementação de políticas sociais que contribuam para exercício dos seus direitos sociais.

Esse pressuposto se contrapõe à teoria de Marshall<sup>73</sup>, assim explicitada:

“Os direitos sociais não são necessariamente expressos pela política social (...) os direitos sociais requerem, entre outras coisas, que os que podem gozar dos benefícios ou serviços sociais saibam quais são os seus direitos e que podem reivindicá-los”.

Então, como se consubstancia o direito social do/a adolescente através das políticas sociais?

Para Barbalet<sup>74</sup> a substância dos direitos não pode ser meramente “dada” pois, segundo a autora, é difícil que os direitos estejam envolvidos se uma pessoa receber simplesmente benefícios ou serviços em consequência de um status legal que não foi obtido por meio do exercício de alguma atividade social. Nesse sentido, afirma Barbalet “os direitos sociais e política social são analiticamente bem distintos, e a relação empírica entre os dois não é direta”<sup>75</sup>

Com base nesta afirmação, Barbalet defende que o conceito de direitos sociais não ajuda a compreender o desenvolvimento e a função dos serviços sociais e das instituições educativas mas pode ser um argumento de crítica a qualquer política social, trazendo à tona a pergunta se políticas sociais são de fato expressões dos direitos sociais como direito de cidadania. E afirma que : “Os direitos sociais podem ser precisos para a prática da cidadania, na medida que tornam possível essa participação(da população) (...)como meio de facilitar a cidadania

<sup>73</sup> MARSHALL. In: Barbalet. Op. cit. p.105

<sup>74</sup> BARBALET.op.cit.p. 105.

<sup>75</sup> Op.cit.p.106.

(...) não se pode dizer que eles a constituem”.<sup>76</sup>

O processo de consolidação do direito social é inverso ao processo de consolidação do direito de cidadania se for considerada a teoria de Marshall, pois que se os direitos de cidadania têm o caráter de universalidade (direito de participar numa comunidade nacional comum), os direitos sociais têm o caráter de particularidade, pois só têm significado quando substantivos, ou seja, quando condicionados a uma infra-estrutura administrativa e profissional e a uma base fiscal e, segundo Barbalet<sup>77</sup>, os direitos sociais ficarão melhor definidos como “oportunidades condicionadas mais do que como direitos”.

Se for adotada a concepção de que os direitos sociais são direitos aos serviços sociais e que os serviços sociais só podem ser delineados segundo as necessidades particulares, então direitos sociais não podem ter base universal e portanto, fogem à premissa de universalidade contida no conceito de cidadania.

Se é necessária uma base econômica para a viabilização dos direitos sociais, essa base econômica não pode ser universal na medida em que “a segurança econômica não se submete à expressão formal da mesma maneira como o fazem a igualdade perante a lei e a participação política”<sup>78</sup>, portanto, seguindo a teoria de Barbalet, os direitos sociais nunca podem ser mais que os direitos secundários de cidadania.

Partindo dessa discussão assumimos a concepção de que o direito à saúde do/a adolescente é um direito secundário de cidadania mas não deixa de ser um direito social. Essa é uma constatação teórica que nos convida a uma aproximação maior do movimento sócio-histórico de reconhecimento formal do/a adolescente como sujeito de direito no Estado Brasileiro.

Vale ressaltar que partimos da perspectiva- conforme explicitado no capítulo I-, de que as construções teóricas se realizam no

---

<sup>76</sup> Op.cit.p.107.

<sup>77</sup> Op. cit p.,109.

<sup>78</sup> Op. cit. p.,111.

movimento sócio-histórico onde é importante reconhecer que estão em jogo diversos interesses transversalizados, por “classe” e “gênero”, entre outros. Com essa perspectiva, discutimos o processo de reconhecimento do/a adolescente como sujeito de direito no Brasil.

## 2.2 Adolescentes como sujeitos de direito no Brasil

Seguindo a proposta de relacionar a história com a teoria, neste momento faremos uma breve retrospectiva histórica no sentido de situar a inserção da questão “criança e adolescente” no âmbito jurídico-político do Estado Brasileiro para entender o processo de regulamentação, em âmbito nacional, da política de atenção à saúde integral do/a adolescente.

Aparece como marco de reconhecimento jurídico-político da criança e do adolescente no sistema de proteção social brasileiro o ano de 1927, através da promulgação do primeiro Código de Menores, Decreto 17943 A . No artigo primeiro do código assim consta:

“O menor de um ou de outro sexo, abandonado ou delinqüente, que tiver menos de dezoito anos de idade, será submetido pela autoridade competente às medidas de assistência ou proteção contidas nesse código”<sup>79</sup>.

Segundo Malta<sup>80</sup>, é uma “regulamentação jurídica de caráter coercitivo - correcional em detrimento de um processo de socialização fundado no desenvolvimento social de crianças e jovens pauperizados”,<sup>81</sup>

Nos anos 20 a política da infância e adolescência tem enfoque correcional e repressivo tendo como referência a “delinqüência e abandono” e “proteção e repressão”.

No decorrer dos anos 30 e 40 foram criadas outras esferas de proteção na área da criança e do adolescente: em 1938 foi criado o Conselho Nacional de Serviço Social, em 1940 o Departamento Nacional da Criança, em 1941 o Serviço de Assistência a Menores e em 1942 a

<sup>79</sup> As mulheres praticamente eram desconsideradas, o foco era totalmente voltado para os jovens do sexo masculino e pauperizados.

<sup>80</sup> MALTA, Claudia V. *Direitos Sociais/exclusão. Crianças e adolescentes nas ruas de Maceió*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 1997.

<sup>81</sup> As mulheres praticamente eram desconsideradas, o foco era totalmente voltado para os jovens do sexo masculino e pauperizados.

Legião Brasileira de Assistência. Seguindo a concepção de Malta<sup>82</sup>, estes órgãos visavam fundamentalmente administrar e regular as ações de proteção à infância, à adolescência e à maternidade. Vemos nesse sentido a reprodução histórica do binômio “materno-infantil” que vai se refletir na política de saúde.

Em contraponto à política da infância e adolescência brasileira de caráter coercitivo-correcional é promulgada, em 20 de novembro de 1959, a Declaração dos Direitos da Criança pela ONU na perspectiva dos direitos humanos.

A Declaração dos Direitos Universais da Criança, pela ONU, faz parte das modificações ocorridas na Declaração Universal dos Direitos do Homem desde a Revolução Francesa. Para Bobbio<sup>83</sup> este processo é explicado na medida em que se compreendam os Direitos Humanos como direitos historicamente situados.

Assim expressa-se Bobbio: “ (...) também os direitos ditos humanos são produtos não da natureza, mas da civilização humana, enquanto direitos históricos eles são mutáveis, ou seja, suscetíveis de transformação e de ampliação (...)”<sup>84</sup>

Neste sentido, o pesquisador relembra que no século XVIII, com a primeira Declaração dos Direitos do Homem, nem sequer imaginava-se em pensar na possibilidade de existência dos direitos sociais pois as condições sócio-históricas não demandavam respostas nesse campo. Nas palavras de Bobbio<sup>85</sup>:

“ (...) os direitos dos homens constituem uma classe variável, como a história destes últimos séculos (...) o elenco dos direitos dos homens se modificou e continua a se modificar, com a mudança das condições históricas, ou seja, dos carecimentos e dos interesses, das classes no poder, dos meios disponíveis para a realização dos mesmos, das transformações técnicas, etc (...) Direitos que foram

---

<sup>82</sup> MALTA, op.cit p.20

<sup>83</sup> BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Campus: R.J., 1996.

<sup>84</sup> BOBBIO, op.cit., p.32.

<sup>85</sup> op.cit., p.18

declarados absolutos no final do século XVIII (...) foram submetidos a radicais limitações nas declarações contemporâneas; direitos que as declarações do século XVIII nem sequer mencionavam, como os direitos sociais, são agora proclamados com grande ostentação nas recentes declarações.”

A declaração dos Direitos da Criança pela ONU pode ser considerada um ato de reconhecimento da historicidade dos direitos humanos, na medida em que, a ampliação dos direitos ao atinge uma faixa da população - criança e adolescente-, até então desprovidos de estatuto de “direitos”.

O estatuto de “direitos” concedido às crianças e ao/à adolescente com a Declaração da ONU vai repercutir na política de assistência à criança e adolescentes do Brasil, contribuindo na criação do Instituto Nacional de Assistência ao Menor , como medida de superação do enfoque correcional e repressivo da política brasileira.

Como parte desse processo cria-se, em 1964, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor - FUNABEM- que, como é explicitado em documento do órgão, tem linhas de trabalho que privilegiam o tratamento e a prevenção dos “condicionantes positivos” - atendimento das necessidades básicas -, e “condicionantes negativos”- todo tipo de desvirtuamento , instrumental ou final desse atendimento.<sup>86</sup>

É importante destacar que a partir de 1964 pela primeira vez é incorporado o aspecto da “prevenção” nas linhas de trabalho para a infância e adolescência, não se quer dizer com isso que foi mudado o foco do “problema social da marginalidade do menor” e sim que o espectro foi ampliado, ao ponto de, em 1974 , ao ser criado o Ministério da Previdência e Assistência Social como órgão gestor da política social a FUNABEM automaticamente passar a ser vinculada a este Ministério recém criado.

Cabe destacar que a partir de 1974 a política governamental da criança e adolescente assume a perspectiva de serviços com planejamento centralizado para a interrelação de vários níveis de

<sup>86</sup> FUNABEM, Ano 20, 1984, p.58. In: MALTA, op.cit., p.34

execução de programas e projetos de âmbito estadual, municipal e comunitário, estabelecendo técnicas pedagógicas e terapêuticas com abordagens de cunho individual, específicas à área de Serviço Social, Psicologia, Pedagogia e Educação Física; como também formando recursos humanos para a implementação de programas preventivos<sup>87</sup>. Passa-se de um sistema correcional-repressivo para um sistema de proteção assistencial.

Do ponto de vista jurídico, o Código de 1927 continua em vigor ainda em 1974, entretanto a conjuntura favorece a abertura de debates no meio jurídico para mudanças no Código com a perspectiva básica de “fundar bases para o direito menorista<sup>88</sup>” com prevalência da regra do direito do “menor”. Percebemos uma aproximação com a perspectiva de direitos para a criança e o adolescente.

Em 1979 é promulgado o novo Código de Menores, Lei no. 6.697, regulamentando as medidas de proteção, assistência e vigilância em “situação de irregularidade”.

Considerando que nosso estudo está voltado para a saúde do/a adolescente, vale destacar quando pela primeira vez menciona-se a questão da saúde do/a adolescente em documento oficial.

Essa menção consta no item I do artigo 2º. do código de 1979, nos termos em que se faz referência à “situação irregular do menor”, a saúde é mencionada, e é sublinhada a necessidade de sua proteção. O texto da lei definiu como em situação irregular o menor “Privado de condições essenciais à subsistência, saúde e instrução obrigatória...”<sup>89</sup>

Só mais recentemente, na década de 80, surge um movimento decisivo no Brasil, visando o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito através de organizações sociais que incorporam o combate à situação extrema de desrespeito à condição de humanidade das crianças pobres brasileiras. Este movimento pelos

---

<sup>87</sup> In: MALTA, op.cir., p.40

<sup>88</sup> Op.cit., p.43

<sup>89</sup> Código de Menores, Lei no. 6.697,

direitos da criança e do/a adolescente é originário de um contexto sócio-político e econômico que, por um lado, é demarcado pela derrocada do governo ditatorial<sup>90</sup> que trazia consigo uma grave crise econômica e institucional do Estado, diante da ineficiência e ausência de leis que respondessem satisfatoriamente à complexa e grave situação do “menor” naquele momento; e que, por outro lado, estava em plena efervescência de organização e mobilização sociais. Um contexto de movimentos reagindo a 20 anos de não exercício da liberdade democrática no enfrentamento das questões sociais.

É nesse contexto que se instala a Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, e realiza-se o I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua – destaca-se o recorte de gênero onde pela primeira vez é explicitado “meninos e meninas”. O processo de fortalecimento das organizações na direção da conquista dos direitos da criança e do/a adolescente realiza-se de forma ascendente; dentre os quais, destacam-se o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua e a Frente Parlamentar da Infância. Na medida em que esses movimentos vão tendo visibilidade na esfera política, passam também a interferir na Assembléia Nacional Constituinte culminando, em 1988, com o reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direito, como consta no artigo 227 da nova Carta Constitucional. Neste mesmo ano, é criado o Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Como podemos perceber há toda uma trajetória histórica que conduz a uma mudança de concepção acerca da criança e adolescente. De uma concepção de “menor” pobre e infrator, a quem exerce um controle sob a forma de correção e punição, chega-se a uma concepção de “criança e adolescente” sujeitos de direitos.

Reconhecemos que é um caminho em processo de

<sup>90</sup> Consolidação de um capitalismo Monopolista em bases excludentes e poupadora de mão-de-obra com bases fluidas, a exemplo do “milagre econômico” gerando o aprofundamento da “questão social” no Brasil. Não é por acaso que o Brasil é hoje o país com maior disparidade social do mundo (ONU/PNUD-Índice de desenvolvimento humano). Ver com maior aprofundamento a conjuntura ditatorial e suas implicações em NETTO, 1991.

estruturação, que toma um impulso decisivo com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1993 através da Lei 8.069 de 13 de julho. Esse é um documento que consta de inúmeros títulos, capítulos e artigos que garantem, direitos fundamentais: respeito à vida e a saúde, à liberdade e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, cultura, esporte e lazer, à profissionalização e proteção no trabalho, à prevenção. A partir daí os/as brasileiros contam com um instrumento mais seguro e avançado de proteção dos direitos da população adolescente.

Com esse instrumento em mãos cabe-nos, de acordo com os objetivos desse trabalho, abrir uma discussão sobre as condições de viabilização dos direitos da criança e do/as adolescente, em particular o direito sexual e reprodutivo. Temos em mente que essas condições estão diretamente relacionadas com ações no âmbito das políticas sociais.

Antes disso vale frisar que o Estatuto da Criança e do Adolescente germinou no contexto político do governo Fernando Collor de Melo, de tendências neoliberais. Esse governo tem bases discursivas pautadas na argumentação do “Estado dilapidado”<sup>91</sup> apregoando o anti-estatismo justificado pela lógica do Estado desperdiçador.

Por outro lado, o poder político representado pelo governo Fernando Collor, não podia fugir dos olhos de organismos internacionais como a ONU/UNICEF que cobravam posição do governo brasileiro, além do que a sociedade civil exercia pressão diante da emergência de alguns aspectos que atingiam diretamente a vida do/a jovem brasileiro/a, como explicita Oliveira<sup>92</sup>:

“...a visibilidade crescente da violência praticada contra o menor, dentro e fora do lar, dados alarmantes sobre a precariedade do ensino básico e seus rebatimentos negativos sobre o desempenho escolar, a ampliação e a agudização da miséria e suas seqüelas num quadro de reestruturação social e econômica, a extensão do trabalho precoce dos jovens e das profundas mudanças na família,

<sup>91</sup> OLIVEIRA, Francisco. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.) *Pós –neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.25

<sup>92</sup> Op.cit., p.26

foram, ao longo da década de 80, argumentos mais que suficientes para mobilizar a sociedade brasileira, na sua trajetória de afirmação de novos direitos civis e sociais, em prol da criança e do adolescente”.

Entretanto diante de todas as controvérsias que giravam em torno do governo Collor , o Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA-, vem, além de ratificar a Declaração Universal dos Direitos da Criança – aprovada em 1959-, também reconhecer e consagrar a criança e o/a adolescente como indivíduos e cidadãos, a partir do argumento de Lena Lavinas<sup>93</sup>.

Concordamos em parte com Lavinas<sup>94</sup> no que concerne à cidadania adolescente, pois nos baseando na teoria de Barbalet<sup>95</sup>, vemos que à criança e ao/a adolescente não se pode conceder o estatuto de cidadania, pois é impossível, por parte desta população, o cumprimento dos elementos civis, políticos e sociais que o compõem. Além do que, como já mencionado anteriormente, a conquista de um direito social não implica necessariamente à aquisição do status de cidadania.

Outrossim, é de suma importância a tese que Lavinas defende acerca da fundação dos direitos sociais da criança e do/a adolescente na consolidação de políticas sociais para essa população, ao afirmar que:

“Se a elaboração de políticas públicas e programas sociais deve fundamentar a ação do governo na garantia dos direitos básicos desse cidadão tão particular, o sentido maior do Estatuto, parece ser finalmente, o de afirmar a individualidade concreta dos menores, hoje não mais apenas integrante de uma família que os tutela, ou seja que os subordina e controla, através de vínculos e relações de parentesco”<sup>96</sup>.

---

<sup>93</sup> LAVINAS, op.cit., p.28.

<sup>94</sup> Op.cit.

<sup>95</sup> BARBALET, op.cit.

<sup>96</sup> LAVINAS op.cit., p.19

Lavinas<sup>97</sup> destaca um aspecto de suma importância para a discussão teórica e iniciativas práticas no âmbito dos direitos dos/as adolescentes, ao tratar questões que envolvem a redefinição da família, da idéia de individualização e da questão da autonomia de crianças e adolescentes. A autora enfatiza que essas questões vêm gerando um impacto que se desdobra na sensação de que a família está se decompondo no seio das camadas populares, e trazendo prejuízo a uma certa organização social de gênero, raça, classe e geração.

A sensação de decomposição da família – seja real, imaginária ou potencial-, já se fazia presente no século XIX a partir da autonomização e individualização das mulheres.

O campo de tensão que envolve o projeto civilizatório da modernidade justifica o paradoxo de por um lado, trazer o consigo “um valor ético positivo à sua crescente individualização e autonomia”<sup>98</sup> e por outro lado, ao ser incorporado pelos sujeitos individualmente aparece como ameaça a essa mesma ordem que cria esse valor ético.<sup>99</sup>

Para Rouanet<sup>100</sup> a autonomia que falamos é significada a partir da compreensão de que os seres humanos individualizados são aptos a pensarem por si mesmos, sem a tutela da religião ou da ideologia, a agirem no espaço público e a adquirirem pelo seu trabalho os bens e serviços necessários à sobrevivência material.

Já que o/a adolescente é reconhecido como sujeito de direito a sua individualização se tornou legítima. Mas, como pensar a “autonomia” em adolescentes? Ou então, por que não pensar uma autonomia relativa, ou seja, em relação a alguns aspectos que regem a vida do/a adolescente?

---

<sup>97</sup> op.cit. p.20

<sup>98</sup> op.cit.p. p.20

<sup>99</sup> Como vimos no I capítulo, a representação da sexualidade e gravidez adolescente aparece como ameaça a estrutura familiar.

<sup>100</sup> In: LAVINAS, op.cit. p.20

Lavinias<sup>97</sup> destaca um aspecto de suma importância para a discussão teórica e iniciativas práticas no âmbito dos direitos dos/as adolescentes, ao tratar questões que envolvem a redefinição da família, da idéia de individualização e da questão da autonomia de crianças e adolescentes. A autora enfatiza que essas questões vêm gerando um impacto que se desdobra na sensação de que a família está se decompondo no seio das camadas populares, e trazendo prejuízo a uma certa organização social de gênero, raça, classe e geração.

A sensação de decomposição da família – seja real, imaginária ou potencial-, já se fazia presente no século XIX a partir da autonomização e individualização das mulheres.

O campo de tensão que envolve o projeto civilizatório da modernidade justifica o paradoxo de por um lado, trazer o consigo “um valor ético positivo à sua crescente individualização e autonomia”<sup>98</sup> e por outro lado, ao ser incorporado pelos sujeitos individualmente aparece como ameaça a essa mesma ordem que cria esse valor ético.<sup>99</sup>

Para Rouanet<sup>100</sup> a autonomia que falamos é significada a partir da compreensão de que os seres humanos individualizados são aptos a pensarem por si mesmos, sem a tutela da religião ou da ideologia, a agirem no espaço público e a adquirirem pelo seu trabalho os bens e serviços necessários à sobrevivência material.

Já que o/a adolescente é reconhecido como sujeito de direito a sua individualização se tornou legítima. Mas, como pensar a “autonomia” em adolescentes? Ou então, por que não pensar uma autonomia relativa, ou seja, em relação a alguns aspectos que regem a vida do/a adolescente?

---

<sup>97</sup> op.cit. p.20

<sup>98</sup> op.cit.p. p.20

<sup>99</sup> Como vimos no I capítulo, a representação da sexualidade e gravidez adolescente aparece como ameaça a estrutura familiar.

<sup>100</sup> In: LAVINAS, op.cit. p.20

Para Lavinias<sup>101</sup> essa lógica de entender o processo de individualização desemboca na compreensão de que o “estado de irresponsabilidade” característico da juventude, estar-se-ia alterando à medida que lhe reconhecem direitos e portanto, a capacidade de exercê-los. Contando com o crescente envolvimento do trabalho juvenil significando exercício de responsabilidades intrafamiliar: jovens chefes de família, ou arrimo de família e ocupando espaços de poder e decisões, individuais e coletivas.

Certamente essa concepção de autonomia e individualização ao ser introduzida no cotidiano vai afetar as relações hierárquicas entre gerações, com tendências a relações de isonomia principalmente no seio da família. Essa pontuação requer profundamento em posterior estudo.

É perceptível, em documentos de defesa dos direitos da criança e do adolescente, os conceitos de isonomia entre gerações, igualdade e cidadania; entretanto vale ressaltar que estes conceitos estão submetidos a permanentes questionamentos por ambigüidades e contradições de acordo com o que vem sendo discutido neste trabalho.

Questionamos até que ponto essas ambigüidades e contradições estão relacionadas à ameaça e sentimento de insegurança gerados pela sensação de desestruturação de algumas instituições como a família, por exemplo.

Em suma, a cidadania das crianças e dos adolescentes é uma questão complexa no limiar do século XXI. Se mulheres e negros vieram a lutar, desde o século XVIII na Europa e nos Estados Unidos, pela sua cidadania, portanto pelo direito a integrarem a idéia iluminista universal de que todos os homens e mulheres são iguais, em todas as nações, de todas as raças e etnias, parece ser somente no limiar do século XXI que crianças e adolescentes são socialmente reconhecidos na condição de seres humanos individualizados que ganham autonomia crescente, ainda que parcial, frente à família e à sociedade.

---

<sup>101</sup> Op.cit., p.22

O processo de reconhecimento do/a adolescente como sujeito de direito é um fato, entretanto, reconhecemos o desafio que cerca a concretização dos seus direitos, em particular dos direitos sociais no âmbito da saúde reprodutiva e sexual. Como já vimos, envolve o campo “minado” dos valores morais e religiosos herdeiros da cultura hebráico-cristã, burguesa e sexista.

Desde a origem do projeto moderno até à contemporaneidade chama atenção<sup>102</sup>, entre outros aspectos, um estranhamento social, por um lado em relação à prática sexual em adolescentes do sexo feminino, por outro lado acerca da paternidade em adolescentes do sexo masculino.

Se a construção teórico –prática dos direitos reprodutivo, em geral, é bastante complexa, mais complexa ainda quando envolve o aspecto geracional – saúde reprodutiva e sexual para adolescentes. É partindo dessa compreensão que propomos, à luz dos direitos sexuais e reprodutivos, uma aproximação em relação ao processo histórico de normatização da política de saúde integral do/a adolescente, em particular à saúde reprodutiva e sexual, no Brasil.

---

<sup>102</sup> Confirmado na pesquisa que apresentamos no I Capítulo.

### **2.3 Direitos reprodutivos, saúde reprodutiva e sexual: um olhar para as Normas de Atenção à Saúde Integral do/a Adolescente.**

Para chegar na abordagem do processo histórico de delineamento das Normas de Atenção à Saúde Integral do/a Adolescente, consideramos importante resgatar, de forma breve numa perspectiva histórica, a conceitualização dos “direitos reprodutivos”, “saúde reprodutiva e sexual”.

Cabe ressaltar que independente do corte geracional, tratar de reprodução humana implica falar em fertilidade. A relação “fertilidade/reprodução /população” vem sendo historicamente um foco de preocupações por parte dos governantes e organismos internacionais a exemplo da ONU e respectivas Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento(CIPD) .

Ávila retrata o campo de tensão que envolve a questão:

“Na era moderna, a luta pela legitimação do controle da natalidade um drama que atravessa dois séculos e envolve muitos atores com scripts radicalmente diferentes. Neo-Maltusianos defenderam desde o início o controle de natalidade como um meio de melhorar a situação de pobreza através da limitação do crescimento populacional; feministas e socialistas acreditaram ser isto um direito fundamental das mulheres; eugenistas abraçaram esta proposta como um caminho para interferir na qualidade genética(...)o traço mais marcante na trajetória das práticas reprodutivas é que elas(...)tornam-se parte das tramas econômicas, objeto de condutas médico/cientistas e da ação do Estado.”<sup>103</sup>

A questão da natalidade, como um locus de atenção permanente dos organismos internacionais e governos, corresponde a uma realidade que tem direta relação com os motivos já pontuados por Ávila. A exemplo, as Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela ONU. Nesses eventos, o embate gira em torno da definição de princípios e diretrizes norteadores da

<sup>103</sup> ÁVILA. In:LIMA,Nádia R. *Mulher e Saúde*. Coleção Gênero e Cidadania. Macció: EDUFAL,1993. p.14

plataforma de ações<sup>104</sup>, considerando pontos de vista polarizados: os que defendem o incentivo da natalidade( pró-natalistas) e os que defendem o controle da natalidade(controlistas) e o marcante empenho do movimento de mulheres ao introduzir uma terceira via entre esses pólos, a via dos direitos reprodutivos.

Ávila esclarece a dimensão do conceito de direitos reprodutivos na esfera da cidadania:

“O conceito de Direitos Reprodutivos foi formulado a partir da reflexão das próprias mulheres a respeito do seu papel e das condições sociais e políticas que a sociedade tem oferecido para o exercício da função reprodutiva. A formulação é recente e traz uma nova perspectiva para a condição da mulher na medida em que coloca como fundamental para a cidadania feminina a possibilidade de optar livremente por ter ou evitar filhos (...)”<sup>105</sup>

O conceito de saúde reprodutiva é decisivo para focar uma face encoberta dos direitos sociais, os direitos reprodutivos. E dessa forma ampliam-se a esfera e a abrangência do campo da efetivação da cidadania .

Pela primeira vez na história da sociedade ocidental, são criadas condições de possibilidades concretas para a mulher atingir um patamar de igualdade em relação aos homens (no âmbito dos direitos sociais).

Segundo Berquó<sup>106</sup>, Saúde Reprodutiva e Saúde Sexual se definem como:

“Saúde Reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e às funções e processos. Saúde Reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade para se reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e com que frequência”.

“Saúde sexual é a integração de aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, no sentido que sejam

<sup>104</sup> Ver BEIJING 1995. *O século 21 começa na IV Conferência Mundial da Mulher*. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - Min. da Justiça. Brasília .

<sup>105</sup> ÁVILA, op.cit.p. 16.

<sup>106</sup> BERQUÓ, Elza. Saúde Sexual e Reprodutiva de quarentena até o Cairo. *CFMEA, Brasília, n.17*, p.6-7, julho de 1994..

positivamente enriquecedores e elevem personalidade, comunicação e amor, e portanto a noção de saúde sexual implica uma visão positiva da sexualidade humana e o propósito da assistência à saúde sexual deve ser a melhoria da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis.”

De acordo com Berquó, esse conceito, além de estar baseado nos princípios de integralidade<sup>107</sup> e abrangência, por englobar homens e mulheres, está contemplando todas as faixas etárias e não apenas a idade reprodutiva, ao se referir às questões de saúde relacionadas ao sistema reprodutivo.

Segundo a pesquisadora, a definição de saúde reprodutiva e saúde sexual apresentada acima foi incorporada pela Organização Mundial de Saúde desde 1988.

Percebemos a atualidade da teorização no campo dos direitos reprodutivos, e os desafios que isso implica no âmbito da saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Tendo presente esse entendimento, recorreremos, a seguir, à historicização da trilha que conduz ao reconhecimento da saúde do/a adolescente como direito social, buscando apreender os desafios que possam envolver a consolidação de uma política de atenção à saúde reprodutiva e sexual adolescente.

No final do século XIX, no âmbito da medicina internacional, pesquisadores médicos ingleses de escolas ou academias militares problematizam a questão adolescência e saúde, com estudos que se efetivam em torno do crescimento e desenvolvimento, doenças já consideradas específicas de uma geração transitória.

A primeira publicação que cita o termo adolescência ocorre no ano de 1904, a partir de um estudo do inglês G. Stanley Hall. Em 1909, Stratz faz um estudo onde fornece a primeira descrição dos estágios de desenvolvimento das mamas. Em 1918, Amélia Gates faz a

---

<sup>107</sup> Integralidade “é o reconhecimento na prática dos serviços ,de que: cada pessoa (...) as ações de graus de complexidade (...) formam um todo indivisível configurando um sistema capaz de formar a assistência integral; (...) o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por esse sistema de saúde, também integral voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde”.

primeira referência a uma clínica médica para adolescentes com preocupações voltadas para os aspectos educacionais, sociais além dos problemas clínicos.<sup>108</sup>

A partir de 1920, iniciam-se as análises do desenvolvimento da infância à adolescência. Em 1941 a Academia Americana de Pediatria organiza o I Simpósio sobre medicina do adolescente, a partir das experiências dos serviços de pediatria que atendiam adolescentes até 16 anos. Em 1951, é criada a Unidade de adolescentes, no Hospital Infantil de Boston, que irá desenvolver o primeiro programa de treinamento clínico acadêmico. A partir da década de 50 muitos hospitais e faculdades se voltaram para assistência à saúde do adolescente.

Na América Latina<sup>109</sup>, em 1955, registra-se o primeiro serviço especializado para adolescente na Argentina, precisamente em Buenos Aires.

Nos Estados Unidos, nas duas décadas 60 e 70, a questão da adolescência circulava ascendentemente na agenda de eventos e debates, tais como: seminários, fundação de organizações de estudo da medicina do adolescente, simpósios, boletins, etc.

Em 1974, realiza-se o I Simpósio Internacional de Medicina do Adolescente e neste mesmo período organizam-se, na América Latina, os primeiros serviços de atendimento ao adolescente a partir das universidades; os primeiros países foram o Chile, México e Colômbia. Na década de 80, Venezuela e Uruguai incorporam estes serviços.

É na década de 80 que internacionalizam-se as discussões sobre adolescência e juventude, culminando em 1985 com a declaração, através da Organização das Nações Unidas, do Ano Internacional da Juventude. Neste ano, vários estudos com o foco na juventude realizaram-se e a partir daí, evidenciou-se a necessidade premente de ações na área da saúde do/a adolescente. Foram firmados acordos

---

<sup>108</sup> TAKIUTI, Albertina. A saúde da mulher adolescente. In: MADEIRA, Felícia. *Quem mandou nascer mulher?* op. cit p.219

<sup>109</sup> Op. cit. p.221

governamentais para o comprometimento dos países para o desenvolvimento de ações de prevenção e organização de serviços de atenção integral, multiprofissional, intersetorial e comunitária. Funda-se, na Austrália, em 1986, a Associação Internacional da Saúde do Adolescente, realizando em 1991 o seu primeiro congresso.

Os primeiros serviços de saúde do/a adolescente no Brasil datam da década de 70, em São Paulo e no Rio de Janeiro, com a implantação, em 1971 do ambulatório de ginecologia infantopuberal no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e com a implantação em 1974, no Rio de Janeiro, da Unidade Clínica para Adolescentes. No ano de 1978 é fundado o Comitê de Adolescência junto à Sociedade Brasileira de Pediatria.

A partir de 1985, sendo o Ano Internacional da Juventude, os planos de ação conjunta de atenção primária ao adolescente multiplicaram-se no Brasil. Até como fruto do fortalecimento das iniciativas voltadas para a juventude realiza-se, em 1989, o Seminário Itinerante Latino Americano sobre adolescência, organizado pelo Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde.

Para a consolidação do reconhecimento social dos jovens Brasileiros no âmbito jurídico político especificamente, no campo do direito à saúde, se processa no contexto de realização de vários eventos significativos, dos quais destacam-se:<sup>110</sup>

- A promulgação da Constituição Federal, em 1988-artigo 227-, e do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1995.
- A fundação da Associação Brasileira de Adolescência e a oficialização do Programa Saúde do adolescente, a ser adotado nacionalmente;
- A formação de 104 multiplicadores docentes assistenciais em saúde integral do adolescente nas áreas de: medicina, enfermagem,

---

<sup>110</sup> Op.cit.,p.220

psicologia, serviço social, técnicos em educação, em saúde pública, nutrição, educação física, literatura e história. Profissionais provenientes de 23 estados capacitaram-se em três cursos no período de 1990 a 1992, coordenados pela organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo e Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo;

- A realização do V Congresso Brasileiro de Adolescência, em Belo Horizonte, em maio de 1993.

A realização do V Congresso em Belo Horizonte é um marco, pois pela primeira vez os adolescentes (600 ao todo) participaram de um congresso de adolescência. Eles estavam representando dez estados brasileiros - Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

O V Congresso contou também com uma média de dois mil congressistas brasileiros, especialistas da Argentina, Venezuela, Chile e Uruguai, Costa Rica, Estados Unidos, Portugal, Espanha, Inglaterra e Austrália, como também, representantes da Organização Panamericana de Saúde, do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Focando os meados da década de 80, no Brasil, percebemos que em termos de política governamental, a população adolescente parece não existir pois, tomando como exemplo o Plano Nacional de Desenvolvimento do governo Sarney detectamos, no documento, que a única menção a esta faixa etária é feita no âmbito do setor educação. No Item "Orientação Social da Política de Desenvolvimento" a referência aos/às adolescentes é a seguinte:

"O governo brasileiro assegurará os seguintes direitos sociais fundamentais à população brasileira: (...) - educação básica, assegurando escolaridade fundamental completa (...) a todas as crianças entre 7 e 14 anos de idade (...)"

No campo dos programas prioritários do documento, encontra-se no item “saúde materno-infantil” referências que não incluem de forma alguma os/as adolescentes por partir de um enfoque que não extrapola o binômio mãe/criança, a exemplo: “(...) implementa, na rede pública, serviços de assistência à saúde da mãe e da criança(...)”

Com a Constituição Federal de 1988, ocorre um avanço significativo no reconhecimento dos direitos dos/as adolescentes, como já visto anteriormente. Cabe neste momento destacar o artigo 227 que é base de regulamentação das “Normas de Atenção à Saúde Integral dos Adolescentes:

“Art.227.É dever da família, da sociedade, do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração e violência, crueldade e opressão.

Parágrafo 1º. O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente (...)”

A partir da base jurídica constitucional e a promulgação do ECA, institui-se, em 1993 através do Ministério da Saúde em parceria com o Departamento de Assistência e promoção à Saúde(DAPS), a Coordenação Materno-Infantil (COMIN) e o Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente SASAD- onde estão incluídas as “Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente”

Nas Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente - volume III-, consta das seguintes diretrizes: “assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério”, “planejamento familiar”, “Doenças Sexualmente Transmissíveis”, “problemas ginecológicos”.

Fazendo um recorte do documento em pauta, detemo-nos na diretriz que trata especificamente da saúde reprodutiva e sexual<sup>111</sup>. No

<sup>111</sup> Por ser este o objeto de nosso interesse no projeto do mestrado.

caso, foca-se a diretriz de ação na área denominada "Planejamento Familiar"(AnexoVII). Nesse sentido, os serviços a serem prestados aos/às adolescentes na área de "planejamento familiar" que consta no documento, apresenta a seguinte proposição:

"(...)cabe a esses serviços ser-lhes ativamente receptivos, oferecendo espaço adequado, profissionais motivados e capacitados. Nessa população jovem, a ação educativa necessariamente permeia todas as atividades, mantendo perspectiva de ação preventiva e atuando em ambos os sexos, na vigência ou não de atividade sexual, mas sempre integrada ao contexto cultural e familiar"<sup>112</sup>.

Percebemos que a bordagem do documento tende ao reducionismo no trato da saúde reprodutiva e sexual adolescente. Se há uma proposição anterior de "ação educativa", "ação preventiva" com "atuação em ambos os sexos" na prevenção da "gravidez indesejada", e de "Doenças Sexualmente Transmissíveis", a proposta se reduz aos métodos contraceptivos: "critérios para a escolha do método anticoncepcional", "métodos de uso muito restrito" e "recomendações para uso de método anticoncepcionais para adolescentes" e finalizando com "contra indicações ao uso do método". (ANEXO VII)

Percebemos que a tendência reducionista contida no documento acima analisado, não repercute de forma direta nas ações de saúde para adolescentes em alguns estados como São Paulo, por exemplo. O planejamento e implementação das ações neste Estado vêm historicamente se consolidando no bojo do movimento social, em particular, o movimento feminista.

A consolidação do Programa de Atenção à Saúde do/a Adolescente no município de São Paulo, com base em Takiuti<sup>113</sup> tem como referência inicial o Ano Internacional da Mulher -1975 - e a Década da Mulher -1975/1985 . Segundo a pesquisadora esse foi um processo que levou à mudança no conceito que orientava os serviços públicos de atendimento à saúde feminina. "Até então as mulheres

<sup>112</sup> Normas de Atenção à saúde Integral do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. p.19

eram reduzidas a um útero e os serviços de atendimento limitavam-se à saúde reprodutiva”.

Para Takiuti <sup>114</sup>, essas mudanças devem-se, entre outros aspectos, ao incremento dos movimentos organizados de mulheres, onde as relações de gênero são incorporadas às pautas de discussões dos serviços<sup>115</sup>, incluindo também as bandeiras sobre o direito à sexualidade. Trazendo como desdobramento a reversão do eixo, passando-se a trabalhar com o conceito de “saúde integral da mulher” em todas as fases da vida, abrindo, então, espaços específicos para a mulher adolescente. O conceito “Saúde Integral da Mulher” é incorporado à Política de Saúde do Ministério da Saúde através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Nesse contexto, em 1985, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo dá início à estruturação do Programa Saúde do Adolescente com base na experiência de atendimento do ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas, e como desdobramento do I Encontro Intersetorial sobre Adolescência organizado pela Secretaria Estadual de Saúde, nesse encontro há um comprometimento oficial entre Governo do Estado de São Paulo e a comunidade para implantação do Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente.

Em 1995 já havia sido implantado 105 serviços com atenção integral ao/à adolescente - física, psicológica e social - de caráter multiprofissional, intersetorial e comunitário.

Com base na trajetória teórico-prática que envolve a política de atenção à saúde do/a adolescente, em particular a saúde sexual e reprodutiva, é importante apresentar o quadro de referência acerca dos principais aspectos que, no nosso entendimento, envolvem essa política

---

<sup>113</sup> TAKIUTI, op.cit. p.218

<sup>114</sup> Op.cit.,p.219

<sup>115</sup> Conceito trabalhado no último capítulo . Relações de gênero: “é um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos (homem e mulher), e o gênero é uma forma primeira de designar relações de poder.”(Joan Socott)

de saúde .<sup>116</sup>

Os aspectos são os seguintes:

- Estabelecimento de relacionamento entre “sujeitos”- profissional e o/a usuário/a adolescente;
- Consideração das especificidades/diferenças bio-psíquicas e sociais que envolvem o sujeito masculino e o sujeito feminino, na perspectiva da igualdade de direitos: “o convívio entre as equipes e grupos de adolescentes (...) permite vivenciar relações de igualdade de direitos entre homens e mulheres” ;
- Ações contínuas de prevenção em cadeia, ou seja, envolvendo os /as adolescentes, os familiares e a comunidade;
- Considerar o perfil sócio-cultural do/a adolescente;
- Criação de espaços de vivência e oficinas pedagógicas;
- Garantia de encontros comunitários e periódicos dos profissionais de saúde nas escolas, igrejas, associações culturais e desportivas, sociedades e amigos de bairro, união de moradores de favela, grêmios estudantis, sindicato, grupos de jovens e entidades femininas;
- Formação de grupos culturais;

---

<sup>116</sup> A base de referência prática foi o artigo de TAKIUTI, op.cit. p.217-288.

- Nos serviços de “atenção primária”<sup>117</sup> vislumbra-se o desenvolvimento do “auto conceito”, da “auto-estima” e “ajuda-mútua”;
- Estratégias: realização da pesquisa sobre sexualidade e plano de vida, a criação do ambulatório de ginecologia e urologia da adolescência, instalação do “Disque e escreva adolescente”.

Entendemos que a pesquisa que apresentamos no I capítulo consiste numa das ações estratégicas, conforme quadro de referência, para uma política de atenção à saúde integral do/a adolescente, que por sua vez contribua, em particular para o exercício dos direitos reprodutivos e sexuais de adolescentes, em Maceió.

---

<sup>117</sup> *Atenção primária à saúde reprodutiva e sexual de adolescentes: campanhas nos meios de comunicação - rádio, televisão, jornal, outdoors, etc...; material didático - cartilhas, folders, adesivos, etc...; trabalhos educativos em grupos operacionais nos postos de saúde, na comunidade, sobre sexualidade e uso de contraceptivos; introdução da disciplina “orientação sexual” nas escolas públicas e privadas.*

### III CAPÍTULO

## SEXUALIDADE E GÊNERO: (RE)ESTRUTURAÇÃO CONCEITUAL NO CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO

### 3.1 Contexto sócio-histórico brasileiro: a sexualidade em questão

Buscamos nesta parte do trabalho revisitar a história do Brasil com o espectro aberto para a questão da sexualidade. Com outras palavras, propomos uma reflexão sobre a influência da sexualidade no processo histórico de construção da identidade nacional brasileira.

Numa retrospectiva dos primórdios da colonização das terras brasileiras, percebemos uma ambigüidade na forma como os portugueses passaram a enxergar essa parte da América do Sul. Eles se depararam com uma realidade nativa propiciadora de tensões em torno de dois aspectos que se entrelaçavam: o primeiro centrado na questão da vida sexual, na sensualidade, no erotismo; o segundo centrado na exploração econômica e na colonização.<sup>118</sup> É nesse sentido que originariamente são criadas as condições para o delineamento de imagens das mais positivas às mais negativas acerca da identidade brasileira.

---

<sup>118</sup> PARKER, Richard. *Corpos, Prazeres e Paixões...* São Paulo: Best-Seller, 1991, p.32.

A argumentação acima tem por base a pesquisa de Parker<sup>119</sup>, quando ele infere a existência desses dois aspectos presentes na formação do Estado Nação Brasil nos moldes modernos. O primeiro se presentifica antes mesmo do encontro das terras brasileiras, ou seja, o desejo europeu de exploração e apropriação de riquezas (aspecto econômico); o segundo diz respeito ao desejo erótico (aspecto sexual) gerado pelas belezas naturais das paisagens e do povo nativo – as índias principalmente.

Existem registros que flagram o incômodo que a ambigüidade gerava no povo lusitano de cultura hebraico - cristã<sup>120</sup>. Ainda com base em Parker<sup>121</sup>, comprova-se a existência de relatórios escritos sobre a vida nativa brasileira, a exemplo de Vespúcio, que narravam “aberrações ”dos costumes sexuais dos nativos, onde nas suas interpretações, de perspectiva “cristã”, o relator associava o ambiente da nova terra com Sodoma e Gomorra, lugar em que, segundo preceitos bíblicos, reproduziam-se as mais extremas e perversas transgressões sexuais.

Freyre<sup>122</sup> bem sintetiza o impacto erótico gerado nos colonizadores portugueses ao aportarem no Brasil: “(...) o ambiente em que começou a vida brasileira foi de quase intoxicação sexual.”

Assim, o choque cultural que muito mais se explicitava como choque moral, vai repercutir nas preocupações dos portugueses em relação ao povoamento do território recém - descoberto.

Poucos colonos que aportavam no Brasil traziam mulheres e filhos, e é somente a partir de 1538 que se registra a chegada da

---

<sup>119</sup> Op.cit., p.32.

<sup>120</sup> Heilborn postula a existência de um eixo organizador das sociedades herdeiras da cultura hebraico-cristã: “*É um traço valorativo organizador da sociedade, o complexo simbólico honra - vergonha*”, ressaltando que “*a conceituação do senso comum registra a idéia de prestígio e extremado poder masculinos, cujo exercício está na centralidade da moral e controle femininos*”. In: HEILBORN, Maria Luiza. *Gênero e Condição Feminina: Uma abordagem Antropológica*. In: *Mulher e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991. p.33.

<sup>121</sup> Op.cit.p,30

<sup>122</sup> FREYRE, 1981. In: PARKER, op.cit , p.44

primeira família remanescente de Portugal. Segundo registros, José Gonçalves, casado e com esposa.<sup>123</sup>

O clero, representado pelos jesuítas, não se conformava com o concubinato e a miscigenação. Foi nesse sentido que os jesuítas incentivaram a coroa portuguesa a tomar a iniciativa, mediada pelo governo brasileiro, de “prender o homem na nova terra”( expresso por Pero de Góis em 1495 ), providenciando assim o estabelecimento de critérios para “importação” de mulheres brancas portuguesas.<sup>124</sup> Como critério, foi decidido o incentivo à vinda de mulheres órfãs e “as que não casaram”. Entendia-se que dessa forma era possível resolver o problema da “promiscuidade” e resgatar o valor moral do casamento cristão para um “digno” e “abençoado” povoamento das terras brasileiras.

Entretanto, por mais providências que se tomassem, ou apelos morais cristãos que se fizessem, foi impossível conter a miscigenação como desejavam os jesuítas. E hoje, de acordo com Freyre, não se pode negar a questão da miscigenação como chave da constituição histórica do Brasil e tampouco a questão da interação sexual como mecanismo concreto da mistura racial que assumiu importância sem paralelo no pensamento moderno brasileiro, segundo Parker.<sup>125</sup>

Como marca sócio-cultural consolida-se desde o século XVI o patriarcado<sup>126</sup> sustentado pela casa grande e o engenho, só declinante no século XIX com o processo de urbanização e a conseqüente transferência da “casa grande e senzala” para o “sobrado e mocambo”<sup>127</sup>.

---

<sup>123</sup> SILVA, Maria Beatriz da. *História da Família no Brasil Colonial*. 7.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998, p.11-14.

<sup>124</sup> SILVA, op.cit.,p.11-14.

<sup>125</sup> Op.cit.,p.33.

<sup>126</sup> Patriarcado: organização social centrada no patriarca/varão que tinha o poder de vida e de morte de seus filhos, escravos, rebanhos. FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mocambos*. São Paulo: Olimpo, 1985.

<sup>127</sup> Op.cit.,p. 30.

A transferência da “casa grande e senzala” para o “sobrado e mocambo” não significou, entretanto, mudanças na ordem familiar dominante. Visto que, entre outros aspectos, o patriarcalismo permaneceu como princípio de organização social, a família tradicional não freqüentou a rua de imediato. A ausência dessas famílias do “espaço proibido”, ou seja, a rua, indica mais um impedimento à ocupação das mulheres na esfera pública.

À mulher da classe dominante era vetada a liberdade de passar do espaço privado para a esfera pública<sup>128</sup>, uma vez que, nessa época, ela era obrigada, em virtude da “pater família”, a se manter no interior da casa, sem nem poder sair para fazer compras, e apenas lhe era permitido ir à missa e às quatro festas do ano.

Mesmo no espaço doméstico do sobrado, quando apareciam estranhos as senhoras tinham ordem de “desaparecer”. Só em 1832, no Rio de Janeiro, estas mulheres começam a aparecer nas ruas.<sup>129</sup>

As mulheres “não senhoras” eram mais livres no tocante ao trânsito casa/rua, como as escravas, negras libertas e mulatas, “(...)com quem às vezes, de noite, os velhotes do Recife namoravam, na Ponte da Boa Vista. Os burgueses de sobrado foram naquelas cidades do Norte do Brasil homens de praça ou de rua como, outrora, os gregos.”<sup>130</sup>

Freyre, como pesquisador atento, já captava e registrava a desigualdade nas relações homem-mulher, mormente nas classes dominantes<sup>131</sup>, como por exemplo afirma:

“É característico do regime patriarcal o homem fazer da mulher uma criatura tão dele quanto possível. Ele o sexo forte, ela o fraco; ele o sexo nobre, ela o belo. Em relação ao homem estava presente um padrão duplo de moralidade, dando ao homem todas as liberdades do gozo físico do amor e limitando o da mulher a ir para

<sup>128</sup> Como afirma Chauí: o privado literalmente o espaço da privação. In: CHAUI, Marilena. *Repressão Sexual*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

<sup>129</sup> Op.cit. p.34

<sup>130</sup> Op.cit.p.39

<sup>131</sup> O grifo é nosso .

cama com o marido (...) gozo acompanhado da obrigação, para a mulher, de conceber, parir, ter filho, criar menino”<sup>132</sup>

Cabe nesse momento perguntar: em que medida os princípios da desigualdade, da subserviência e do androcentrismo<sup>133</sup> no campo da sexualidade que regiam o regime patriarcal vêm sendo reproduzido historicamente até os dias de hoje? Até que ponto, nos dias de hoje, a lógica de pensar a sexualidade permanece centrada na reprodução?

Alguns estudos<sup>134</sup> vêm demonstrando que a reprodução é ainda fundamento da sexualidade humana no imaginário coletivo só que, com um dispositivo inverso, ou seja: o gozo vem acompanhado da obrigação de não conceber, não parir, não ter filho na hora errada ou seja, na hora socialmente não aceitável- jovem demais, sem casar, sem emprego, etc. Na contemporaneidade, um outro desafio no âmbito da sexualidade é o descentramento do aspecto reprodutivo<sup>135</sup> e o rompimento da unilateralidade no trato da procriação como atribuição apenas da mulher.

Retomando o assunto do patriarcado, vemos que do ponto de vista do desenvolvimento social existia um padrão duplo de moralidade que concedia ao homem todas as oportunidades de iniciativas e de contatos diversos no mundo público, e para as mulheres estava reservado, quase que tão somente, o serviço e as artes domésticas, o contato com os filhos, os parentes, as amas, os escravos e, vez por outra, o contato com o confessor. Vale ressaltar a exceção das senhoras de engenho que tinham permissão de transitar no mundo público. E como afirmou Freyre<sup>136</sup>:

“ (...) matronas pernambucanas (...) se distinguiram durante a guerra contra os holandeses, não só nas marchas para Alagoas e

<sup>132</sup> Op.cit.p.93.

<sup>133</sup> O “homem” como centro e referência de todas as formas de relações sociais.

<sup>134</sup> Ver artigos mais recentes, em: PARKER e BARBOSA (1998), (1999).

<sup>135</sup> Questão a ser aprofundada teoricamente no item 3.2.

<sup>136</sup> FREYRE, op.cit.,p.96.

para a Bahia, por meios das matas e atravessando rios fundos, como em Tejucupapapo inde é tradição que elas lutaram bravamente (...)”.

Registre-se aqui o fato de que havia uma solidariedade mais fortemente desabrochada, sob a forma de sentimento de raça e classe, entre escravos/as, negros/as, do que entre brancos senhores, brancas senhoras e, bem mais intensa e larga, até mesmo do que os laços de família (patriarcal). Um exemplo disso é a organização dos negros nos quilombos dos Palmares.<sup>137</sup>

Lembramos a existência de outros fatores da vida social e econômica, presentes na composição e na formação do comportamento sexual brasileiro com suas diversidades; esse fato aliás só ratifica a ambigüidade sugerida por nós no início deste capítulo, e registramos a pesquisa de Maria Odila<sup>138</sup>, sobre o início do século XIX, em São Paulo, e a inferência feita por ela ao pequeno comércio e a prostituição como dois dos principais aspectos da vida urbana pública feminina. A prostituição era vista como atividade secundária, ocasional e complementar às atividades da vendedora de rua.

Em 1872 as mulheres representavam 45,5% da força de trabalho efetiva da nação brasileira, sendo que 33% desse total trabalhava no setor doméstico. Em 1920 essa taxa doméstica cai para 15,3 % tendo em vista o incremento da industrialização e urbanização.<sup>139</sup>

De acordo com Durand<sup>140</sup>, na época da independência do Brasil, 40% da população paulista já era constituída de mulheres que tinham a responsabilidade de chefes de família. Esse fenômeno não é algo novo como muitas vezes é interpretado.

<sup>137</sup> Op.cit.,p.42

<sup>138</sup> DIAS, Maria Odila L. da Silva. Cotidiano e Poder em São Paulo no século XIX. S.P: Brasiliense,1984. p.23

<sup>139</sup> SAFIOTTI,1969:252, In: DURAND, Véronique. *Rosas do Pina. Gravidez adolescente: Acidente ou Projeto de Vida*(Mimeo). Recife:UFPE,1998.

<sup>140</sup> DURAND, op.cit.

As moças pobres, sem dote, ou ficavam solteiras ou tendiam a ter uniões sucessivas; elas não se fixavam com um companheiro. O número de crianças consideradas ilegítimas chegou a atingir 40% da população da cidade de São Paulo no início do século.<sup>141</sup>

Particularmente do estado de Alagoas, retrata-se que em 1500 esta era uma terra habitada pelos índios Caetés e Potiguaras, que tinham relações estreitas com os franceses, dificultando assim o povoamento empreendido pelos portugueses ocupantes oficiais.<sup>142</sup>

As terras hoje alagoanas eram, na época, bastante visadas pelas vantagens econômicas e comerciais, considerando que seus rios e lagoas proporcionavam fácil acesso à metrópole, Recife.<sup>143</sup>

A organização da vida sócio-política alagoana só se efetiva praticamente a partir do século XIX, pois suas terras permanecem até o ano de 1817 ligadas formalmente a Pernambuco. As raízes culturais de Alagoas são, portanto, as mesmas de Pernambuco.

O latifúndio e o trabalho escravo são as bases originais da organização sócio-política e cultural das terras alagoanas. O proprietário da casa grande era a autoridade maior, sua vontade era lei, observada e garantida nos marcos do engenho, “um organismo completo e que, tanto quanto possível, se bastava a si mesmo”<sup>144</sup>.

Com bases em estudos como o de Verçosa,<sup>145</sup> podemos inferir que os traços sócio-culturais e econômicos do passado ao invés de serem rompidos tendem a se adaptar ao processo de modernização mantendo suas estruturas.

O pesquisador acima mencionado demonstra, a partir de suas pesquisas, que as famílias oligárquicas de outrora constituem-se até hoje como os núcleos fundamentais da sociedade alagoana. “Famílias do açúcar marca da sociedade alagoana (...) Numa invasão permanente

<sup>141</sup> DURAND, op.cit.

<sup>142</sup> VERÇOSA, Élcio. *Cultura e Educação nas Alagoas: História e Histórias*. Maceió:Edufal,1996.p.27.

<sup>143</sup> op.cit.p.28.

<sup>144</sup> HOLANDA, In:VERÇOSA, op.cit. p.37.

<sup>145</sup> VERÇOSA, op.cit.

do público pelo privado, do Estado pela família ou para usar uma expressão de Da Matta, da rua pela casa”.<sup>146</sup>

Como diz Verçosa<sup>147</sup>, a dinâmica do engenho encharca todos os poros da sociedade alagoana criando desde a origem da vida social, política e econômica o que Diégues Júnior chama “ruralismo urbano”: influência rural na vida das cidades. Reconhecemos que essa não é uma característica exclusiva de Alagoas, entretanto, esse fenômeno aparece de forma mais acentuada neste estado do que em outros estados brasileiros devido à característica determinante, e de quase exclusividade, que teve o açúcar, e junto com ele o engenho, ao longo de toda a história econômica das Alagoas. Ou seja, a produção do açúcar foi, e ainda é, a principal atividade econômica do estado de Alagoas.

É de se supor, portanto, que num modelo social dessa natureza, onde a base é a família de herança senhorial, o casamento ocupa lugar fundamental como elemento estruturador e mantenedor da ordem social.

Em linhas gerais, o contexto sócio-econômico e cultural de Alagoas é marcado pelo ingresso tardio no processo de modernização, mais precisamente nos anos setenta. Do ponto de vista econômico, os efeitos da industrialização não ultrapassam a agro-indústria sulcro-alcooleira. E, por outro lado, os engenhos em crise acarretaram a migração de seus donos para a cidade trazendo consigo a “mentalidade, preconceitos, teor de vida com atributos de sua primitiva condição”<sup>148</sup>.

Do ponto de vista político, a modernização representou muito mais a ampliação do poder e do prestígio das mesmas oligarquias que, ao longo da história alagoana, comandaram a vida política, sócio-econômica e cultural do Estado. Do ponto de vista social, a urbanização do estado se efetiva de forma desordenada, com crescente “favelização” devido a expulsão de trabalhadores para os centros urbanos, em virtude da intensificação do emprego de nova tecnologia

---

<sup>146</sup> Tomamos por base a pesquisa VERÇOSA, op.cit., p.42.

<sup>147</sup> VERÇOSA, Op.cit

no setor agrário sulcro-alcooleiro.

Maceió não teve as mesmas características modernizantes de outras capitais brasileiras. O crescimento de uma classe média constituída ainda e sobretudo por senhores de terra e seus descendentes se efetivou e permaneceu.<sup>149</sup>

Estruturalmente são estas as características sócio-culturais, econômicas e políticas do Estado de Alagoas, entretanto, no que se refere à conjuntura nacional, este estado vem tomando parte de amplas modificações que perpassam o Brasil como um todo.

Nas três últimas décadas, Alagoas como Estado inserido no contexto brasileiro, passa por uma modificação dos costumes, junto com mudanças na dinâmica econômica do país, caracterizada pela forte concentração de renda, surgimento de um mercado de consumo sofisticado, redução do tamanho da família, ampliação da educação superior, crescente importância da comunicação de massa, eclosão do movimento de liberação das mulheres e dos homossexuais. Os segmentos médios estiveram mais suscetíveis à maior influência e benefício dessa modernização<sup>150</sup>.

Essas mudanças vão atingir o sujeito social contemporâneo e de forma particular o/a adolescente no tocante, a: práticas, símbolos, valores, normas, representações, etc, no âmbito das relações entre gênero, da sexualidade, relações entre gerações e da concepção de família.

---

<sup>148</sup> VERÇOSA, Op.cit., p.85.

<sup>149</sup> VERÇOSA, op.cit., p. 45.

<sup>150</sup> HEILBORN, Maria Lúzia. *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade Brasileira*. S.P: Loyola, 1995.

### 3.2 Gênero e Sexualidade: categorias em diálogo e delineamento de territórios

A história mostra que, desde a Revolução Francesa com o desfraldar de suas bandeiras “Igualdade, Fraternidade e Liberdade”, o gozo de direitos iguais tem sido almejado por parte de grupos sociais até então discriminados, como, por exemplo, o das mulheres. Em função disso a emergência do movimento feminista, junto com outros movimentos sociais nos marcos do capitalismo, se torna compreensível à medida que teoricamente esse regime prevê igualdade para todos perante a lei. Se na prática isso não ocorre, é outra questão, mas o que está implícito nessa colocação é a “garantia” da possibilidade jurídica de se lutar por esses direitos e pela igualdade, aqui compreendida não como direito de ser idêntico/a mas como direito de ter o mesmo valor.<sup>151</sup>

No decorrer da história a mulher vem ocupando lugar desigual em relação ao homem, seja, por exemplo, permanecendo confinada aos gineceus na Antiga Grécia, contando para tal com o aval dos filósofos que justificavam a natureza inferior da mulher<sup>152</sup>; seja na Idade Média<sup>153</sup> quando os padres da Igreja ratificavam esses princípios, seja no Renascimento que embora considerado época de florescimento científico e filosófico, no que se refere às mulheres, corresponde a uma época de trevas, palco de um dos mais atrozes genocídios que já

<sup>151</sup> As argumentações deste e dos dois próximos parágrafos foram desenvolvidas na publicação: BARRETTO, Elvira; LIMA, Nádia L.B. Gênero na Universidade Federal de Alagoas; In: PASSOS, Elizete. *Um Mundo Dividido*. Salvador: UFBA, 1997.

<sup>152</sup> No *Timeu*, Platão descreve a cosmogonia, situando a mulher como um ser inferior, idéia essa mais tarde seguida por Aristóteles - Sobre a geração dos animais - para quem a mulher era um varão mutilado e incompleto, incapaz não só racionalmente, mas até como reprodutora. (cf. TOSI, L. A Ciência & A Mulher. IN: *Ciência Hoje* (Revista de divulgação da SBPC) vol.13, n.75, agosto 91 .

<sup>153</sup> Sto. Agostinho e São Tomás de Aquino, disseminadores do princípio das essências, aprofundam o já existente abismo entre homens e mulheres. N’A Cidade de Deus, Sto. Agostinho, referindo-se à verdade revelada, estabelece a base do conhecimento onde um mundo ordenado e concluso reservava à mulher o papel de esposa, mãe e expiação da culpa por ser um instrumento do demônio e atração do desejo. S. Tomás de Aquino, por sua vez, na *Summa Theologica*, seguindo a tradição aristotélica, vai ratificar a visão da mulher como um ser incompleto. (cf. DURAN, M.A. *Mulher - Ciência - Universidade*, RJ., 1987)

ocorreu na história: o da caça às bruxas, iniciando com a Bula do Papa Inocêncio VII (1484). Essa grande perseguição vai se intensificar gravemente com a crescente apropriação do saber médico pelos homens. Desde épocas mais remotas cabia às mulheres a arte de curar - raizeiras, alquimistas, curandeiras e parteiras <sup>154</sup>-; mas a emergência da “ciência” ou do saber científico torna inadmissível aceitar uma mulher médica.

O fenômeno de caça às bruxas parece estar relacionado com o abalo do poder religioso pela secularização, resultante da ascensão da ciência. Se essa teve como objetivo eliminar a ignorância e a superstição através de métodos racionais, teve também, por outro lado, como contradição, a perseguição às mulheres sábias; essa ciência em formação se fundamentou, segundo Brian Easlea<sup>155</sup>, numa filosofia que excluía as mulheres e ajudava a consolidar a sociedade patriarcal e os interesses masculinos em sua aplicação e resultados. Essa tendência vai se revelar nas idéias de Bacon e Descartes para quem a mulher e a natureza, enquanto entes similares, deveriam ser domadas.<sup>156</sup>

Na Escolástica foi vetada à mulher qualquer possibilidade de produção de conhecimento, o que por sua vez se constituiu numa das bases de sustentação capitalista para privilegiar o espaço doméstico e o da reprodução como o lugar da mulher. O cartesianismo renascentista significou, por outro lado, o coroamento do processo de identificação da mulher com a natureza, ambas reduzidas à matéria inerte, não criativa, a ser plenamente dominada pelo intelecto humano, ou seja, masculino. Mesmo com a Revolução Francesa, cujo

<sup>154</sup> Até hoje, na França, o nome parteira é “sage-femme” que significa mulher sábia, prudente e sensata (cf.: TOSI, L. As mulheres e a ciência: sábias, bruxas ou sabichonas? In: Dez.n.0, RJ.,1987)

<sup>155</sup> EASLEA, Brian. *Science and Sexual Opression*. London : Weidelfel and Nicolson, 1981 .

<sup>156</sup> Numa linguagem rica de metáforas, Bacon afirma que agora “ os homens ficariam capacitados para conquistar e dominar a natureza, sacudi-la nas suas bases(...) pois seu método devia inaugurar um “verdadeiro nascimento masculino do tempo” o que permitiria aos homens “ pôr a seu serviço a natureza com todos os seus filhos e fazê-la a sua escrava” ( TOSI, Lucia. *As Mulheres e a Ciência: sábias, bruxas ou sabichonas?*In: Impressões,Feminismo e Cultura.Rio de Janeiro,Dez 1987,p.19)

deslançar contou com a ampla participação das mulheres, estas não terão acesso à cidadania<sup>157</sup> e ao mundo público.

Desde então e até os dias de hoje, segundo Ávila<sup>158</sup>, estrutura-se no capitalismo uma dicotomia aparente entre as esferas pública e privada relacionadas respectivamente à produção e à reprodução, organizada de forma hierárquica, onde a segunda está subordinada a primeira.

Considerando como pano de fundo a relação entre ordem social e sexualidade, podemos inferir nesse aspecto que a sociedade moderna se estrutura a partir de dois eixos que encerram contradições em si mesmos: O patriarcado e o liberismo. O patriarcado forjado nos últimos séculos, situa socialmente as mulheres da classe dominante como seres da esfera privada e sexualmente reservadas à reprodução. O liberalismo materializado na Revolução Francesa que propõe a universalidade de direitos aos cidadãos, mas na prática são apenas direitos para os que podem transitar na esfera pública.

A sexualidade e a reprodução, como uma de suas funções vêm sendo historicamente pretexto para regras e normas de comportamento, tendo em vista a manutenção da ordem social, cultural e econômica do moderno projeto burguês.

Partindo dessa compreensão é possível entender que a discussão crítica<sup>159</sup>, no âmbito da sexualidade, contribui efetivamente para um processo de revisões de valores culturais que historicamente vêm limitando a capacidade do desenvolvimento humano, na esfera das relações sócio-afetivas de homens e mulheres de todas as gerações. Essa discussão crítica, teve como principal ponto de partida a

<sup>157</sup> Conceito a ser desenvolvido no próximo capítulo.

<sup>158</sup> ÁVILA, Maria Betânia e GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER, Richard e BARBOSA, Regina. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-dumará 1996.

<sup>159</sup> Muito comum nos estudos sobre mulher -década de 70; estudos sobre a condição feminina -década de 80; já nos estudos sobre as relações de gênero; final da década de 80, a perspectiva da repressão sexual se amplia para os prejuízos que homens e mulheres vêm tendo historicamente a partir das relações desiguais entre os gêneros.

repressão sexual e, de forma particular, a repressão sexual das mulheres.

Nesse sentido, Foucault<sup>160</sup>, dentro da perspectiva da sexualidade enquanto construção sócio-histórica, afirma que, no mundo moderno, concomitante à circunscrição da mulher no espaço doméstico, a sexualidade é confinada à família conjugal e ao âmbito privado onde se lhe atribui como principal função a reprodução. Seguindo essa lógica, confirma Foucault<sup>161</sup>: “em torno do sexo, se cala, (...) faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo”, o sexo passa portanto a ter uma natureza pecaminosa.

Segundo este autor, há um questionamento a cerca da teoria da repressão sexual, não no sentido de refutá-la e sim, no sentido de recolocá-la numa “economia geral” dos discursos sobre sexo a partir do século XVII.

Ele<sup>162</sup> demonstra que nunca se deixou de falar em sexo e faz-nos compreender que quando se fala em sexo é necessário observar quem fala, o lugar de onde se fala e os pontos de vista de quem fala. Entendendo essa necessidade, o autor apresenta ainda um questionamento que constitui-se em parâmetro para a pesquisa como um todo. Ou seja: “De que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano?”<sup>163</sup>, continuando segundo o mesmo:

“ (...) pois essa colocação do sexo em discurso não estaria ordenada no sentido de afastar da realidade as formas de sexualidade insubmissas à economia estrita da reprodução (dizer não às atividades infecundas, banir os prazeres paralelos, reduzir ou excluir as práticas que não têm como finalidade a geração)?”

<sup>160</sup> FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade. Vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1997. p.6

<sup>161</sup> Op.cit p.6

<sup>162</sup> Op.cit.p.6

<sup>163</sup> Op. cit. p.16.

Partindo desses questionamentos, consideramos importante um diálogo com a linha da pesquisa teórica de Menicucci<sup>164</sup> acerca da sexualidade. A pesquisadora dá um tratamento sócio - histórico da temática, apreendendo a sexualidade no contexto das desigualdades sociais; e consegue ir além de uma teoria científica da sexualidade e oferece subsídios para uma melhor apreensão do campo de tensão que envolve o tema.

Conforme as argumentações já apresentadas, entendemos ter tornado possível a histórica reprodução de relações desiguais e injustas entre mulheres e homens, no exercício de suas sexualidades. Nesse momento, pretendemos tornar perceptível, em diálogo com Menicucci<sup>165</sup>, a questão da opressão e culpabilização do corpo feminino .

Nesse sentido, encontramos na autora uma teorização acerca da existência de “4 (quatro) posses essenciais” do corpo feminino através de dispositivos de saber e poder instaurados na sociedade moderna. A primeira posse subjaz através da “apropriação da alma” pela igreja; a segunda, pela apropriação do corpo através do discurso da desigualdade social fundada na natureza; a terceira posse corresponde a apropriação do excedente a partir da lógica de mercado; finalmente, a quarta posse ocorre com a apropriação do corpo a partir do discurso hegemônico do Estado e seus dispositivos de controle da sexualidade e discriminação das mulheres no exercício de sua cidadania.<sup>166</sup>

<sup>164</sup> MENICUCCI, Eleonora. *O Gênero na saúde: autodeterminação reprodutiva das mulheres*. Trabalho apresentado na ANPOCS (mimeo), Caxambu: 1991. Argumentação da autora se baseia em Oliveiros (1986).

<sup>165</sup> Op.cit.

<sup>166</sup> A produção de Menicucci, naquele momento, tendia a conceber a sexualidade no âmbito da repressão sexual das mulheres e não na perspectiva relacional das relações entre gêneros; contudo aponta alguns aspectos, a partir da teoria das posses essenciais do corpo e sexualidade das mulheres, que oferece subsídios importantes para a ampliação da discussão. Reconhecemos o desafio atual de romper a unilateralidade contida na teoria da repressão sexual feminina, mas reconhecemos também que não se pode perder de vista a complexidade do mundo contemporâneo, no qual o novo e o velho caminham juntos a depender do contexto e de uma série de determinantes sócio-culturais de cada localidade. Portanto, não se pode negar que as raízes culturais que estruturam as identidades femininas a partir da repressão sexual ainda existem apesar de aparentemente haver uma equivalência na liberdade sexual de homens e mulheres e/ou pseudo-liberdade subjacente nos discursos da mídia em geral.

A “apropriação da alma” se faz presente através do discurso moralista e normatizador da igreja que, durante séculos, vem desempenhando um papel fundamental no controle do corpo e do prazer da mulher. Podemos citar como exemplos as doutrinas estóicas e eremita dos primeiros séculos da era cristã e o fato de existir como dogmas e/ou temas no seio da igreja católica, o celibato, a virgindade de Maria, a contracepção e o aborto.

A ritualização da sexualidade feminina é um mito do imaginário coletivo onde se estruturou uma história construída acerca da existência de figuras que faziam uso perverso e ‘anti-natural’ da sexualidade, ou sejam: as bruxas e as feiticeiras. Aspectos esses que constituíram um importante parâmetro de julgamento e punição para os tribunais do Santo Ofício.

O fenômeno de caça às bruxas envolve a questão da institucionalização da ciência médica que necessitava nos moldes modernos de monopolização da cura. Essa institucionalização tem por base uma cultura misógina resultante de uma série de transformações políticas e econômicas e da reafirmação do papel do poder eclesiástico, como detentor do monopólio da mediação com o sobrenatural. A figura da bruxa exemplifica claramente a inter-relação entre os campos do saber e do poder, mostrando ao mesmo tempo, o que se achava em jogo por trás da “apropriação da alma”.

A segunda “posse essencial”, da “apropriação do corpo” através do discurso da desigualdade social estabelece uma relação entre a mulher e a natureza numa lógica onde a valorização e identidades femininas permanecem centradas na reprodução. Uma outra lógica, da racionalidade instrumental, submete à sua lógica o amor e o prazer que passam a ser regidos pelo princípio da produtividade econômica, banalizando o corpo e mecanizando o prazer.

Diretamente relacionada com essa mulher “mãe pela própria natureza” está a terceira “posse essencial” que atribui como natural a condução dos trabalhos domésticos, configurando as duplas e às vezes

triplas jornadas de trabalho, particularmente as mulheres dos setores populares - que representam a maioria da população feminina no Brasil. Além do que, naturaliza-se a diferenciação salarial de algumas mulheres em relação a seus colegas do sexo masculino por justificativas relacionadas à essa concepção de mulher . E finalmente, a quarta “posse essencial” está relacionada ao poder do Estado e as suas leis.

É nesse mesmo contexto de domesticação, submissão e controle do “corpo” feminino que se forja na teoria e na prática política do movimento social feminista a desconstrução das raízes culturais e que vêm reproduzindo a representação da “opressão como destino” <sup>167</sup> o que vai, a partir daí ,influenciar o curso da história e da vida.

Temos que levar em consideração o contexto de emergência desse movimento acima referido, tendo em vista o ascendente processo de complexificação sócio- cultural do mundo contemporâneo. Nesse sentido, dialogando com Nízia Villaça e Fred Góes<sup>168</sup> vale ressaltar que na era industrial o corpo era manipulado como instrumento da produção, lugar da disciplina e controle. Na sociedade pós-industrial, caracterizada pela difusão do saber e da informação, por uma tecnologia que ultrapassa a ciência e a máquina para tornar-se social e organizacional repensa-se esse controle. Nesse sentido os/as autores/as questionam: O corpo dominado é apenas o do trabalhador? E nós acrescentamos: O corpo dominado é apenas da mulher? Assim argumentam os/as autores/as:

“O novo espectro global de fluxos, redes e imagens é destinado a controlar sobretudo o cidadão consumidor através da produção incessante de serviços e desejos. O que percebe é que uma leitura do corpo como construção narcísico-hedonista, disciplinado pelas regras da estetização geral da sociedade pós-industrial, pode incidir numa versão redutora do papel do corpo.”

---

<sup>167</sup> ÁVILA, op.cit., p.,161.

<sup>168</sup> VILLAÇA, Nízia e GÓES, Fred. *Em nome do corpo*. Rocco:R.J.,1998.p.30.

Ressaltam os/as autores/as<sup>169</sup> que não se trata apenas de um corpo disciplinado, obedecendo cegamente as regras do look<sup>170</sup>, no sacrifício ascético em prol da manutenção da juventude e da bela forma. Com base em Maffesoli, os/as autores/as afirmam que o corpo, não é apenas veículo de aparência enganosa, mas lugar de fascínio, sedução, criação de alianças, via pactos estéticos que celebram o prazer, a criatividade e o humor.

Mesmo considerando a argumentação acima compreendemos que a contribuição de Foucault<sup>171</sup> deve ser considerada na contemporaneidade por reconhecer que a complexidade do contexto sócio-cultural traz consigo as várias faces de uma mesma moeda: passado, presente e sementes de futuro entrelaçados.

Nesse sentido, reconhecemos que Foucault<sup>172</sup>, há muito, desmonta a representação fixa sobre sexualidade no exercício das práticas sexuais, e desvela as formas institucionais de controle destas práticas, como a igreja, a família e o Estado. O pesquisador já se preocupava com a própria organização social da sexualidade considerando suas especificidades, de acordo com cada época e cada cultura.

Pesquisadores/as como Isaac Balbus<sup>173</sup>, Judith Butler<sup>174</sup> e Susan Bordon<sup>175</sup>, por exemplo, filiam-se à perspectiva acima, abrindo um diálogo com Foucault. Bordon,<sup>176</sup> por exemplo conduz-nos à

---

<sup>169</sup> Op.cit.,p.33.

<sup>170</sup> Do visual estético.

<sup>171</sup> FOUCAULT Michel "Histoire de la sexualité: La volonté de savoir"  
L'usage des plaisirs  
Le souci de soi. , Paris : Gallimard, 1976 et 1984.

<sup>172</sup> FOUCAULT, op.cit.

<sup>173</sup> BALBUS, Isaac. Mulheres disciplinantes. Michel Foucault e o poder do discurso feminista. In: BENHABID, Seyla e CORNELL, Drucilla. *Feminismo como crítica da modernidade* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987, p.121-138.

<sup>174</sup> BUTLER, Judith. Variações sobre sexo e gênero. In: BENHABID, Seyla e CORNELL, Drucilla. op.cit., p.139-154.

<sup>175</sup> BORDON, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alison e BORDON, Susan. *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.19-41.

reflexão, com base em Foucault e Bourdieu, de que o corpo não é apenas um texto da cultura mas também um lugar prático e direto de controle social. Por outro lado, nossos princípios políticos conscientes, nosso engajamentos sociais, nossos esforços de mudança podem ser, segundo a autora, solapados e traídos pela vida dos nossos corpos, não o corpo instintivo e desejante concebido por Platão, Santo Agostinho e Freud, mas o corpo dócil e regulado, colocado a serviço das normas da vida cultural e habituado às mesmas.

Ressalta Bordon<sup>177</sup>, com base em Foucault, que por meio da organização e da regulamentação do tempo, do espaço e dos movimentos de nossa vidas cotidianas, nossos corpos são treinados, moldados e marcados pelo cunho das formas históricas predominantes de individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade.

Dessa maneira Foucault contribui, como afirma Corrêa<sup>178</sup>, para o entendimento de que o controle e a conformação da sexualidade não se reduzem às mulheres e ao campo da reprodução; entretanto é necessário focar a variabilidade de práticas sexuais que fazem parte da sexualidade humana. Se, antes trata de uma oposição simples entre liberação e repressão hoje a questão é mais complexa. Nesse sentido assumir posições simplistas propicia a atualização e a legitimação das representações e práticas tradicionais, conservadoras. Essas práticas como afirma Corrêa<sup>179</sup> “teimam a se reproduzir na cultura brasileira”.

Concordamos com essa perspectiva, reconhecendo a existência de raízes culturais reprodutoras de repressões sexuais, até os dias atuais; consideramos que, no campo da sexualidade e da reprodução, homens e mulheres – cada um assumindo suas orientações sexuais -, são discriminados/as, a exemplo, da inexistência de regulamentação não discriminatória em relação à guarda paterna dos

---

<sup>176</sup> Op. cit., p.19.

<sup>177</sup> Op.cit.,p.20

<sup>178</sup> CORRÊA, Sonia. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER e BARBOSA, op.cit.

<sup>179</sup> Op.cit.

filhos<sup>180</sup>. Um outro elemento consiste na falta de uma definitiva regulamentação da interrupção da gravidez, e da questão do casamento entre pessoas do mesmo sexo.

Com base em Barbieri<sup>181</sup> é de se reconhecer as diferenças anatômico-fisiológicas dos corpos humanos, pois homens e mulheres têm a capacidade, desde a infância, de produzir com o corpo. Homens e mulheres temos a possibilidade de produzir prazer no corpo do outro/a, mas somente as mulheres têm um corpo que produz outro corpo.

“Mulheres e homens somos imprescindíveis para a fecundação, mas somente o corpo das mulheres tem garantido, até o momento, a sobrevivência do embrião e, portanto a espécie humana(...)o corpo feminino na idade reprodutiva é valioso e há aí um poder particular, específico do corpo das mulheres(...)são as sociedades que lhe conferem poder...”<sup>182</sup>

Nesse sentido, Rubin<sup>183</sup> alerta que a fusão cultural entre gênero e sexualidade fez emergir a noção de que uma teoria da sexualidade poderia se derivar da teoria de gênero, na medida em que as relações de gênero afetam o sistema sexual, visto que esse tem manifestações específicas de gênero. Embora gênero e sexo estejam intimamente relacionados, eles não são a mesma coisa, mas constituem a base de duas arenas distintas das práticas sociais.

Em sintonia com esse entendimento, Corrêa<sup>184</sup>, concordando com Rubin e Scott, concebe os sistemas de sexo/gênero como sistemas de poder dos quais resultam, conflitos e transformações culturais, sociais, políticas e até mesmo econômicas. O uso analítico da categoria gênero se aplica a diferentes contextos históricos e culturais, numa perspectiva não fixa, de natureza dinâmica e relacional, ou seja:

<sup>180</sup> FONSECA Jorge Lyra da Paternidade adolescente: Uma proposta de intervenção. Dissertação de Mestrado. PUC: São Paulo, 1997.

<sup>181</sup> BARBIERI, Terezita. Sobre a categoria Gênero: Uma introdução teórico-metodológica. SOS Corpo: Recife, 1993, p.6.

<sup>182</sup> Op.cit.

<sup>183</sup> In: Corrêa, 1998:156

<sup>184</sup> Op.cit. p.152

“Os sistemas de gênero correspondem à totalidade dos arranjos através dos quais as sociedades transformam a sexualidade biológica em atividades humanas, a partir das quais as necessidades humanas são tanto satisfeitas, quanto transformadas. O poder contido nos sistemas de gênero opera com mais força nos estágios reprodutivos da vida humana, quando os meios para controlar a sexualidade, a reprodução e o acesso às atividades produtivas estão situados e funcionam de maneira mais aguda. Esta definição favorece a desconstrução das diferenças de gênero que foram e continuam a ser interpretadas, racionalizadas como resultado de uma ordem natural biológica imutável, no sentido de pensá-las como circunstâncias construídas social e historicamente e, portanto sujeitas à transformação pela ação social e política. Esta compreensão do gênero como operador social e simbólico também possibilita o exame das relações de poder inter e intra – gêneros.”<sup>185</sup>

Segundo Barbieri<sup>186</sup>, a sexualidade é o conjunto de maneiras diversas de se relacionar enquanto seres sexuados, com outros seres também sexuados. Esses intercâmbios, como tudo o que é humano, são ações e práticas carregadas de sentido.

Sexualidade também tem sentido como operador de mediações sociais em que a garantia da reprodução biológica é apenas uma das funções, numa interação complexa com os sistemas de sexo/gênero.

Basicamente os fundamentos do Gênero como categoria de análise teórica podem ser encontrados na teorização de Scott<sup>187</sup> que parte da elaboração de que “gênero” é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações do poder. Como elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas, o gênero implica em quatro elementos: 1- os simbólicos culturalmente disponíveis que evocam representações simbólicas, Eva e Maria como

<sup>185</sup> BARBIERE(1983),In: CORRÊA, op. cit.,p.152.

<sup>186</sup> BARBIERE Terezita. *Sobre a categoria Gênero: Uma introdução teórico-metodológica* Recife: SOS Corpo,1993.p.7

<sup>187</sup> SCOTT,Joan. *Gênero: Uma categoria útil de análise teórica*. Recife: SOS Corpo,1990. p.14-16.

símbolo da mulher, por exemplo; 2- os conceitos normativos que põem em evidência as interpretações do sentido dos símbolos. Para a autora<sup>188</sup>, o desafio é explodir a noção de fixidez e descobrir a natureza do debate ou da repressão que produzem a aparência de uma permanência eterna na representação binária de gênero; 3- o gênero é construído no âmbito das instituições e da política. Em outras palavras, a construção de gênero se faz através do parentesco, mas não exclusivamente, ele é construído igualmente na economia e na organização política, que operam atualmente de maneira amplamente independente do parentesco; 4- a identidade subjetiva intervém na construção dos sujeitos sócio-afetivos. Nenhum dentre esses elementos pode operar independentemente.

Fazendo referência ao conceito de “gênero”, de Scott, Barbieri<sup>189</sup> afirma que os sistemas de gênero/sexo são conjuntos de práticas, símbolos, representações, normas e valores sociais que as sociedades elaboram a partir da diferença sexual anatômico-fisiológica e que dão sentido à satisfação dos impulsos sexuais, à reprodução da espécie humana e, em geral, ao relacionamento entre as pessoas.

Culturalmente nos deparamos com duas tendências que giram em torno da compreensão da sexualidade. A primeira é a reprodução como função principal da sexualidade das mulheres e o prazer e virilidade como referente principal da sexualidade masculina; e a segunda tendência é a concepção tradicional do sexo enquanto força vital ou apetite para ambos os sexos. Com base em Corrêa<sup>190</sup>, compreendemos que essa “força vital” permite o reconhecimento um sujeito sexual independentemente da procriação no âmbito familiar.

Se por um lado, algumas pesquisas vêm comprovando que o exercício prático da sexualidade não indica a centralidade da reprodução, por outro lado, alguns discursos oficiais, em particular na

---

<sup>188</sup> Op.cit.

<sup>189</sup> BARBIERE, op.cit., p 6.

<sup>190</sup> Op.cit., p.153.

área de saúde pública, colocam a reprodução como eixo principal da sexualidade.

Vale ressaltar que partimos do pressuposto de que as formas de relações de gêneros na prática da sexualidade pode influencia diretamente o exercício da saúde sexual e a regulação da fecundidade.

Na pesquisa, a ser tratada no III capítulo, adotamos a perspectiva de sistemas de análise diferenciados para o tratamento das relações de gênero e da sexualidade.

Buscamos na teoria de Gênero a desconstrução da perspectiva de sexualidade centralizada na reprodução sem, entretanto, relacionar mecanicamente sexualidade e gênero.

Essa filiação teórica sintoniza-se com Corrêa<sup>191</sup> que convoca para uma atualização conceitual oferecendo importante contribuição na sua reflexão que trata da autonomia dos sistemas sexualidade /gênero revisitando alguns autores como Parker e Rubin.

Percorrendo esse caminho, adotamos a perspectiva teórica elaborada por Parker onde constrói uma matriz tripartite para tratar da “sexualidade” e das “relações de gênero”. Essa matriz consta de uma subdivisão: sistema de gênero, sistema da sexualidade e sistema erótico.

O sistema da sexualidade corresponde ao que ele chama de normativo, como por exemplo, a religião e o discurso médico, pois “nomina dispositivos que reconfiguram as representações da sexualidade”<sup>192</sup>. O sistema erótico ordena com uma lógica própria as práticas sexuais

Problematizar a experiência e a representação são aspectos pontuados por Corrêa, indicando a direção metodológica para análise dos dados acerca da representação da gravidez e da sexualidade entre adolescentes e profissionais de saúde.

---

<sup>191</sup> Op.cit.

<sup>192</sup> CORRÊA, op.cit.

Enfim, concordando com Ávila<sup>193</sup>, a sexualidade é uma vivência que tem como sede primeira o corpo que se relaciona diretamente com os toques e as sensações. Porém este corpo, desde que anuncia a sua vinda ao mundo dos humanos, já é um corpo sexuado e nomeado. Quando um pai ou uma mãe (ou também um avô, avó, tia, tio, ou qualquer outra pessoa) sabe o sexo daquele corpo já lhe confere um nome, em função do gênero: nem que seja menino/a, o/a bebê; criando e desejando para ele uma série de coisas, de laços e bonés até a futura profissão. Antes da própria gravidez ou mesmo da possibilidade dela, já desejamos sexos para os bebês, até quando ainda estamos cronologicamente mais perto deles, ou seja nas nossa brincadeiras de crianças. É uma trama muito longa e complexa que cria sexos e sexualidades.

Percebemos, em suma, que o sexual permeia, de um modo ou de outro, todas as relações sócio-afetivas; se os sentimentos não são forças naturais mas categorias culturais, nossa maneira de sentir e amar é inevitavelmente ligada à nossa maneira, historicamente determinada, de pensar o sujeito, de construir a noção de pessoas. Portanto, a nossa maneira de pensar tem direta relação com as várias instituições que vêm moldando nossos sentimentos entre elas, a família.<sup>194</sup>

---

<sup>193</sup> ÁVILA, *op.cit* In: PARKER e BARBOSA, *op.cit.*, p.166.

<sup>194</sup> FONSECA, In: RIBEIRO: *Famílias em processo... op.cit.*

### 3.3 Família, adolescência e gravidez

Com base no pensamento de Ariés<sup>195</sup>, observamos que no século XX<sup>196</sup> foi outorgado à família o adiamento da entrada da criança na idade adulta, no matrimônio e no mercado de trabalho. Para Silva<sup>197a</sup> a família assume a responsabilidade por essa etapa de desenvolvimento e crescimento porque há um interesse social no adiamento do exercício da sexualidade e da reprodução nesse período de vida que, sucedendo à infância, denomina-se adolescência.

Vale frisar que estudos e pesquisas vêm demonstrando que o conceito de adolescência é relativamente novo e está interligado com a modernidade, a industrialização e a urbanização. Philippe Ariés,<sup>198</sup> por exemplo, relata que a infância, como tal, não era reconhecida na idade média, muito menos a adolescência. As crianças tornavam-se aprendizes de um ofício com um mestre artesão e assumiam cada vez mais responsabilidades, até se depararem com o matrimônio.

Ariés considera o século XX como o século da adolescência. A partir de um fato histórico ocorrido no pós-guerra de 1914, o autor registra a transição para o reconhecimento da adolescência na seguinte passagem:

“Após a guerra de 1914, em que os combatentes da frente de batalha se opuseram em massa às velhas gerações da retaguarda, a consciência da juventude começou como um sentimento comum dos ex - combatentes, e esse sentimento podia ser encontrado em todos os países beligerantes (...).daí em diante, a adolescência se expandiria, empurrando a infância para trás e a maturidade para frente.”<sup>199</sup>

<sup>195</sup> ARIÉS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p.47

<sup>196</sup> Cf. SANTOS, Boaventura de S. *Pela mão de Alice*. S. P.: Cortez, 1996, p.79. Século XX corresponde ao período histórico em que o sistema de trocas caracterizadamente capitalista já se encontrava generalizado e o projeto sócio-cultural da modernidade já estava constituído.

<sup>197</sup> SILVA, Araguari Chalar. A Sexualidade e Adolescência. In: VITIELLO, Nelson.(Org.) *Sexologia II*. São Paulo: Rocca, 1986. p.125.

<sup>198</sup> ARIÉS, op.cit.

<sup>199</sup> ARIÉS, op.cit.,p.47.

Segundo Reis,<sup>200</sup> a adolescência corresponde a uma etapa da vida durante a qual o ser humano deixa de ser criança, abandona o universo psicossocial da infância e inicia então um processo característico de mutação física, ao mesmo tempo em que inaugura os primeiros exercícios que lhe possibilitarão ingressar, de corpo e alma, no mundo adulto.

Em estudos publicados, como o do pesquisador Vitiello<sup>201</sup>, encontra-se a conceituação de adolescência como “uma fase peculiar de transição biopsicossocial, período este caracterizado por transformações biológicas em busca de uma definição de seu papel social determinado pelos padrões culturais de seu meio”.

Essa organização denominada família tem suas especificidades históricas. Se tratarmos particularmente do Brasil, vemos, a partir de pesquisas como a de Beatriz Nizza<sup>202</sup>, uma tipificação sobre as famílias brasileiras no regime colonial, assim representadas:

- Famílias do senhores de engenho;
- Famílias dos negociantes;
- Famílias de habitantes das zonas de mineração;
- Famílias de gente de cor –casais forros<sup>203</sup> e parceiro/a conjugal escravo/a;
- Famílias dos cativos (livres mas sob a tutela do senhor);
- Famílias de concubinato entre brancos e mulheres de cor.

<sup>200</sup> REIS, Alberto Olavo. *O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares*. Tese de doutorado, USP: São Paulo, 1993. p.2.

<sup>201</sup> VITIELLO, Nelson. Caracterização Biológica da Adolescência. In: VITIELLO, Nelson et al (Org.) *Adolescência Hoje*. São Paulo: Rocca, 1988. p.1.

<sup>202</sup> SILVA, Maria Beatriz da. *História da Família no Brasil Colonial*. 7. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1998, p.171-269.

<sup>203</sup> Que foram alforriados.

Em pesquisa realizada pela Folha de São Paulo <sup>204</sup> buscou-se identificar alguns aspectos envolvendo a família na atualidade, ou seja: a idéia que os brasileiros fazem dela bem como os valores que lhes atribuem; buscou-se ainda identificar as variações porque passa esta instituição diante do contexto de transformações sociais, culturais e econômicas, considerando as alterações de códigos e valores usados na formulação dessa idéia. O resultado da pesquisa foi o seguinte: no Brasil a organização básica continua sendo o família nuclear (pai, mãe e filhos) , tendendo a aumentar a família matrifocal com a incidência de 20,8% de mulheres chefes de família.

A tipificação da família brasileira contemporânea, de acordo com a pesquisa da folha de São Paulo, apresenta-se da seguinte forma :

- Pai, mãe, filhos
- Casados sem filhos;
- Solteiros com filhos;
- Solteiros com filhos que moram com os pais;
- Separados ou viúvos com filhos.

Nos chama atenção as diferenças de eixos de caracterização das famílias nas diferentes épocas: Brasil colônia e Brasil contemporâneo; no Brasil Colônia o eixo que possibilita uma tipificação gira em torno da posição sócio-econômica (atividade produtiva) e da raça, ao passo que, atualmente, o enfoque se dirige à conjugalidade e à reprodução (filhos).

Para Cornely<sup>205</sup> existem duas grandes correntes explicativas para a família: a de orientação funcionalista, de corte positivista; e a de orientação construcionista, com base em uma concepção de sociedade em movimento, inacabada e conflitiva.

<sup>204</sup> FAMÍLIA. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 set. 1998. .Especial A- p.3 . Foram entrevistados 2.038 pessoas em 94 municípios entre 12 e 18 de fevereiro de 1998, focando a década em que vivenciaram a juventude, 51% de mulheres, 49% de homens, 31% de 16 a 25 anos, 34% de 26 a 40 anos e 35% tem 41 anos ou mais, 76% com renda familiar de até 10 salários mínimos e 60% estudaram até o 1 grau.

<sup>205</sup> CORNELLY. In: SANTOS, Lucinete Silva. A estrutura familiar em discussão – a idade do casal e a presença da figura paterna como critérios de elegibilidade para os casos de adoção. In: *O discurso profissional do Social: Contradições e construções*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a criança e o adolescente, 1996. p. 7-19.

Na primeira corrente, a família é entendida como a célula básica da sociedade, um universo fechado e estático de relações intrafamiliares que se esgotam em si mesmas. Vemos assim, de acordo Cornely<sup>206</sup>, que o aspecto ideológico é muito forte na medida em que, através desse modelo, tenta-se reproduzir o paradigma de família de classe média dos países centrais, em detrimento dos paradigmas de família das sociedades entendidas como atrasadas, ou sejam: “desorganizados”, “caóticos” e “conflitivos”. Nesse modelo as normas, os códigos, os padrões e a educação se baseiam no verticalismo da figura paterna.

Segundo o autor, o modelo funcionalista respalda uma concepção reducionista ao assumir o discurso de que a sociedade vai mal porque a família não cumpre suas responsabilidades, ou seja, se a família desempenhar seu dever, a sociedade automaticamente estará perfeita e feliz.

Na segunda corrente, a base está na concepção de sociedade em movimento, inacabada, em constante construção e reconstrução, e o conflito é entendido como um valor positivo por propiciar o movimento histórico. Assim sendo, a família faz parte desse movimento estando em mudança permanente e aberta à comunidade, configurando-se inclusive como mediadora entre a sociedade e os indivíduos.

Do ponto de vista de Santos<sup>207</sup>, o modo de produção dominante nas sociedades contemporâneas, no caso o capitalista, consagra a família monogâmica e a modela como unidade ideal de consumo e de reprodução da força de trabalho. Mas ressalta a autora que, como entidade viva, a família gera suas próprias contradições que a levam a transformar-se além das conveniências do sistema vigente. Constata isso nos casais sem filhos, nos casais transitórios e sem

---

<sup>206</sup> CORNELLY, Op.cit, p.7-9.

<sup>207</sup> SANTOS, Lucinete Silva. A estrutura familiar em discussão – a idade do casal e a presença da figura paterna como critérios de elegibilidade para os casos de adoção. In: O discurso profissional do Social: Contradições e construções. S.P: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a criança e o adolescente, 1996.p.8.

compromisso legal, nas uniões homossexuais, nas pessoas que optam por viver sozinhas, e nas famílias comunais, etc.

Para Foucault<sup>208</sup>, a família é uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco, em um mecanismo de transmissão de bens. Mais que isso, ela deve tornar - se um meio físico denso, saturado, permanente, contínuo, que envolva, mantenha e favoreça o corpo da criança.

A família moderna aparece como “naturalizada” e “sacralizada” - desenho mais puro e primitivo, a-histórico e sacra por representar a essência do humano -, amarrada pelo novo mecanismo que atualiza essa configuração: a ideologia do amor conjugal, forma de desviar a determinação social do parentesco do contrato social conjugal. A ele é atribuído sentimentos genuínos, núcleo “natural” e “sagrado” do indivíduo.<sup>209</sup>

Com base em pesquisa realizada com jovens de grupos populares e médios do estado de São Paulo, e fundamentada na matriz Dumontiana, Heilborn<sup>210</sup> concebe que a família configura-se empiricamente como grupo doméstico e desempenha o centro da trajetória da vida dos sujeitos. Segundo a pesquisadora, por um lado, a família encarna o sentido de totalidade (todo relacional) e o gênero marca a identidade desses sujeitos: ao masculino é destinada uma qualidade de maior exterioridade, associando-o com o que é público; ao feminino é atribuído o privado e maior interioridade. Em outras palavras, para a mulher destina-se a casa e seus desdobramentos, como os filhos que são a materialização do universo feminino. Entretanto, o provimento do lar cabe aos homens, considerado pelos setores populares a verdadeira dimensão moral do gênero masculino.

---

<sup>208</sup> FOUCAULT, o.p.cit,p.199.

<sup>209</sup> Para DUARTE, Luiz Fernando Dias. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, Ivete, RIBEIRO, Ana Clara (org.). *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Rio de Janeiro, 1995, p.27-40.

Os dados da pesquisas de Maceió, como vimos, confirmam esse pressuposto.

Argumenta Durand<sup>211</sup> que o fenômeno família é universal, ainda que existam vários arranjos em função dos funcionamentos de cada sociedade. O conceito de família fala ao mesmo tempo de indivíduos e dos vínculos que esses indivíduos têm entre eles, já que mantêm relações de aliança, de descendência, de consangüinidade, e relações afetivas. Trata-se então de um conjunto de pessoas que dividem um mesmo espaço de vida, que mantêm laços de solidariedade e de afetividade, cooperando financeiramente e materialmente para o bem estar do grupo em função de suas capacidades.

Para a pesquisadora, existe uma diferença entre o conceito de família e o de grupo doméstico. Esse último implica a existência de três funções principais: a de residência, a econômica e a reprodutiva. Nesse sentido, o doméstico é diferente do privado em relação ao público. A família e o privado são definidos em função do mundo público dos serviços, da legislação, do controle social, dos mecanismos de regulação das imagens sociais, em relação a uma certa normalidade.

Jellin<sup>212</sup> assim define a família:

“Ela se torna então uma organização social, um conjunto de relações de produção, de reprodução, de distribuição com uma estrutura de poder e comportamentos ideológicos que reforçam essa organização e asseguram ou ajudam a sua persistência e a sua reprodução, mas onde também existem conflitos e lutas “

Voltando a Durand<sup>213</sup>, ela afirma a existência, em cada unidade doméstica, tanto de interesses coletivos quanto de interesses pessoais onde, além de tudo, o afeto e o desejo, ou seja, o emocional

<sup>210</sup> HEILBORN, Maria Luiza. O que faz um casal, casal? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. In: RIBEIRO, Ivete, RIBEIRO, Ana Clara (org.). *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Rio de Janeiro, 1995, p.92.

<sup>211</sup> DURAND, Veronique. *Rosas do Pina. Gravidez adolescente: Acidente ou Projeto de Vida*. (mimeo). Recife: UFPE, 1998.

<sup>212</sup> JELIN (1984), In: DURAND, op.cit.

em geral, têm um papel importante nas interrelações entre os indivíduos e suas decisões sobre a organização e a divisão do trabalho.

Para Heilborn<sup>214</sup>, esse universo simbólico familiar dos setores populares articula de forma muito íntima gênero e idade onde, segundo sua argumentação, nesse tipo de família dá-se prevalência do adulto no grupo familiar, contrastando com a lógica que norteia o modelo moderno de famílias de camadas médias, onde reina a figura da criança, gerada pelo sentimento da infância. Sintonizada com Heilborn, Fonseca<sup>215</sup> afirma que a promoção da família nuclear nas camadas de baixa renda traz diversas vantagens no que diz respeito à ordem pública

No que concerne ao jovem dos setores populares no seu ambiente familiar, para Durand <sup>216</sup>, existem famílias diversas em função das sociedades, da sua história, da sua cultura. Os próprios meios sociais continuam se reproduzindo dentro deles mesmos, na medida em que cada grupo social fornece lugares, espaços e instituições que permitem aos jovens se encontrar, se conhecer, se escolher na base de valores idênticos ou pelo menos convergentes.

Para a pesquisadora a família, como um modelo cultural, é uma instituição onde a vida social se organiza a partir de regras culturalmente elaboradas. É na instituição família que se põe as primeiras expectativas de formação social dos sujeitos, tomando contornos específicos na fase da vida denominada adolescência. Nesse sentido, chega Durand<sup>217</sup> à constatação de que a representação do corpo da adolescente mãe ou ainda grávida, dos setores populares, é a de um corpo destinado a trabalhar, a engravidar, a seduzir e a conquistar. Corpo maltratado, desconhecido, objeto do desejo do outro

---

<sup>213</sup> DURAND, op.cit.

<sup>214</sup> HEILBORN, Maria Luiza. Palestra inaugural – Gravidez na Adolescência: Considerações Preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, Elisabeth Meloni et al (Org.). *Seminário Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/USAID, 1998, p.28.

<sup>215</sup> FONSECA, op.cit.p.82.

<sup>216</sup> Op.cit

ou da rejeição que apresenta-se sob a forma de não pertença a elas mesmas, mas propriedade de um outro indivíduo: o homem.

Como vimos até agora, à família moderna é atribuída a educação, a denominada “reprodução legítima” dos sujeitos sociais. Todavia, com todas as mudanças contextuais, contemporaneamente aparece nos discursos um risco permanente de que a família não cumpra com suas tarefas.<sup>218</sup>

O modelo central para a cultura ocidental moderna confirma a forma hierárquica e espírito individualizante. Segundo Duarte<sup>219</sup>, a atual crise atribuída à família parece estar radicada na dissolução do formato hierárquico e na perturbação da divisão sexual do trabalho, com as conseqüentes perdas de hegemonia de orientações comportamentais historicament constituídas (como por exemplo as mulheres jovens não praticar sexo e não engravidar sem casar).

Se antes a família era a instituição mediadora privilegiada na construção plena das trajetórias de vida, hoje é de se reconhecer a centralidade na difusão de comportamentos e valores na mídia e no mercado de consumo .

Por outro lado, com base na argumentação de Durand<sup>220</sup>, não pode estar acontecendo uma desestruturação familiar uma vez que, do ponto de vista de “família nuclear”, desde a escravidão do século XVI este tipo de organização não existia no Brasil, pelo menos nas camadas pobres- a maioria da população. Assim argumenta a pesquisadora:

“essa família tida como ideal foi importada da Europa, enquanto a sua história também só tem a ver com a história das sociedades européias, a revolução industrial, o abandono do campo, a instalação da família então reduzida aos elementos que são o pai, a mãe e os filhos.”

---

<sup>217</sup> Op.cit.

<sup>218</sup> Vale registrar que esse aspecto foi comprovado na pesquisa que consta no Capítulo III.

<sup>219</sup> Op.cit.,p.31.

<sup>220</sup> Op.cit.

Concordamos com Fonseca<sup>221</sup> quando esta revisa criticamente as “vacas sagradas” do amor e da família e quando ela afirma que mitos do passado, em geral, não são nada mais do que valores que caducaram. Uma vez seres sócio-históricos, não estamos acima dos valores mestres de nossa época mas os instrumentos de mediação mudam em cada geração.

Nesse sentido, a autora alerta que como pesquisadores/as precisamos tentar superar os limites dos nossos próprios (pré-) conceitos, para compreender novos arranjos afetivos-sexuais. Para entender a particularidade destas construções culturais que chamamos “sentimento” e “emoção”, enfrentamos o desafio eternamente renovado de reconstruir o contexto específico dos sujeitos em questão.

Em consonância com o que vem sendo dito neste capítulo, acerca dos diversos aspectos que na modernidade interligam família, adolescência e sexualidade/reprodução, hoje nos deparamos com um paradoxo cultural onde emerge a sexualidade como questão social e política, na esfera dos direitos.

Nos estudos de Mueller<sup>222</sup>, ao tratar da idade de iniciação das relações sexuais no país, registra-se que a faixa etária dessa ocorrência está compreendida entre 15 e 17 anos, sendo que 64% do sexo masculino e 13 % do sexo feminino são sexualmente ativos. Observa-se ainda um aumento anual na taxa de fecundidade nas mulheres de 15 a 19 anos. Em 1986, mais de 20% das mulheres que tiveram seu primeiro filho entre os 15 e 19 anos eram mães solteiras e 12% das crianças nasceram durante os três primeiros meses do casamento. Nesse sentido, Silva<sup>223</sup> afirma que a ocorrência da gestação na adolescência (materialização do exercício sexual no corpo feminino) denuncia “(...)

---

<sup>221</sup> FONSECA, op.cit.,p.87.

<sup>222</sup> MULLER, Maria Helena H. , YUNES, João. Adolescência: Equivocaciones y esperanzas. In: GOMÉZ, Elsa. *Género, Mujer e Salud en las Americas*. Washington: OPS, 1993, p.63.

<sup>223</sup> SILVA, Araguari Chalar. A sexualidade e adolescência. In: Sexologia II, Org. VITIELLO. N. S. P. :Rocca, 1986.

uma sexualidade precoce. Precoce porque ocorre antes da permissão social, moral, educacional, religiosa e familiar.”

São dados como estes que vêm indicar que se “sexualidade”, “adolescência” e “gravidez” eram aspectos que diziam respeito ao âmbito privado, na contemporaneidade são assuntos que, com base científica, emergem como “questões sociais ” e passam para a esfera dos problemas sociais<sup>224</sup>, portanto de âmbito público.

As evidências indicam que a questão da sexualidade e gravidez adolescentes vem gerando o que poderíamos chamar “desordem” do tipo de organização social pensada no início do século, em que a família se encarregaria do “adiamento da entrada da criança na idade adulta” .

Até que ponto sexualidade e gravidez adolescentes se configuram como desvios da norma e do modelo de conduta sexual hegemônica da heterossexualidade reprodutiva, conjugal e monogâmica?

---

<sup>224</sup> Na nossa concepção são problemas socialmente construídos. Não se pode negar que nas gerações de nossas avós, bisavós a gravidez aos 12 ou 13 anos eram de âmbito privado e mais que natural.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando a idéia inicial, é senso comum que a maioria dos/as adolescentes conhecem meios para a “prática do sexo seguro”, mesmo assim “aumenta o número de gravidez indesejada e o contágio do HIV entre jovens”. Chama atenção a distância entre conhecer, reconhecer a importância e necessidade; ter condições de acesso e usar métodos de “proteção” e “contracepção”.

Partindo dessa idéia buscamos apreender, analisar e refletir sobre as diferenças de concepções em torno da sexualidade e gravidez adolescentes entre profissionais de saúde e adolescentes. Os resultados da pesquisa confirmam a possibilidade de uma reflexão em torno dos obstáculos de comunicação entre essas pessoas de gerações diferentes.

É um obstáculo de comunicação, entre outros aspectos, o fato de conceber a “contracepção” como alvo central das ações educativas para a saúde reprodutiva e sexual de adolescentes. Esse posicionamento traz consigo, como foi visto na pesquisa empírica, uma maior preocupação com a ordem social do que mesmo com o sujeito adolescente que necessita de estímulo para desenvolver sua auto-estima e responsabilidade de proteger-se, protegendo também o/a outro.

Vemos por um lado, os dados empíricos confirmando as diferenças nas representações sociais da gravidez e sexualidade

adolescentes entre os dois grupos envolvidos na pesquisa; e por outro lado, o teórico-conceitual, retroalimentado pelos resultados empíricos, demonstrando que essas diferenças são construções sócio-culturais complexas, independentes de vontades individuais.

Vimos no capítulo I que os/as profissionais de saúde tendem a pré-concepções negativas acerca da gravidez adolescente. A princípio, ela é vista como negativa por ameaçar a ordem social, de forma particular: a estrutura familiar .

Chama atenção, através das colocações feitas, que há uma menor preocupação com o desejo e projeto de vida dos/as adolescentes do que com a manutenção da ordem familiar.

É possível , ainda, ratificar a teoria de que até o momento permanece a tendência de conceber a reprodução como aspecto central da sexualidade. Empiricamente, constatamos que a reprodução/gravidez é a principal preocupação dos/as profissionais quando se fala em sexualidade e a causa dessa preocupação está relacionada à representação do adolescente na sua condição de (não) ser : “sem condição de ser responsável”, “sem valores”.

Em outras palavras, na argumentação dos/as profissionais de saúde, o princípio gerador da sexualidade adolescente é o “desejo” e a “responsabilidade” , explicitados nas falas sob o entendimento de que sexo para os/as adolescentes é “algo instintivo”, “pulsão que ninguém segura”, “desejo incontrollável” (principalmente para os rapazes). Por outro lado, o princípio gerador da sexualidade no ponto de vista dos/as jovens é o “amor” e o “diálogo”. Com base no conteúdo das falas, percebemos a presença do desejo, desses e dessas jovens, de serem reconhecidos/as enquanto sujeito social e afetivo, capazes de exercer responsabilidades e estabelecer vínculos afetivos mais profundos em relação ao/à parceiro/a e à família originária.

Com base nas representações da sexualidade e gravidez adolescentes, visualizamos a “ameaça” como conceito recorrente nas diferentes falas: 1- os/as profissionais de saúde identificam o

comportamento sexual dos/as jovens como desprovido de valores que os/as tornem responsáveis , e com isso possam gerar uma “gravidez indesejada”; essa gravidez, por sua vez, ameaça a estrutura familiar; 2- os/as jovens entendem que a ameaça maior é a falta de diálogo e reconhecimento de suas capacidades de crescimento, principalmente por parte do pai em relação às filhas; e em relação aos filhos a ameaça do pai provém da necessidade paterna de induzir condutas sexuais nem sempre aceitas pelos filhos : “ comer a vizinha”, “ ser garanhão”.

Vemos duas faces de uma mesma questão “ameaça” : seja pela repressão sexual para as jovens, seja pela obrigação da potência sexual para os rapazes.

Retomando o assunto com mais detalhes, se para os/as profissionais de saúde “gravidez adolescente” representa “família” e “conflito” , onde é possível identificar nas falas muito mais aspectos negativos de prejuízos irrecuperáveis, principalmente para o “núcleo familiar”; para os/as adolescentes os aspectos negativos estão mais ligados ao exercício da sexualidade do que a gravidez propriamente dita, para os/as jovens a gravidez, em sendo consumada, é positiva e implica “amor” e “responsabilidade”.

Vemos também que, ao tratar da gravidez entre adolescentes, foi suscitada a discussão sobre maternidade e paternidade trazendo como evidência a antiga relação identitária da mulher com a maternidade e o ser mãe para que se realize afetivamente , cuidando, oferecendo carinho; e para os rapazes, a representação da paternidade como responsabilidade de prover, de educar.

Esses dados confirmam a argumentação<sup>225</sup> de que nos setores populares a família é empiricamente concebida como grupo doméstico, desempenhando um papel central na trajetória da vida dos sujeitos. Um outro aspecto é que o “gênero” marca a identidade desses sujeitos: ao

<sup>225</sup> Argumentação de HEILBORN, op.cit., p.93. , com base na sua pesquisa em São Paulo; e DURAND, com base na sua pesquisa em Recife .

masculino é destinada uma qualidade de maior exterioridade, associando com o que é público, o feminino está para o privado, indicando maior interioridade. A casa e seus desdobramentos, como os filhos, é a materialização do universo feminino; mas o provimento do lar cabe aos homens. A concepção do homem provedor é tão rígida que aparece como dimensão moral do gênero masculino.

Reconhecemos os desafios que regem um trabalho educativo na área de saúde reprodutiva e sexual para adolescentes, de diferentes contextos e classes sociais, na medida em que, de certa forma, trazemos conosco o modelo hegemônico de família de classe média, ou seja, de família nuclear. Mantendo alguns valores como centrais e inquestionáveis: o casamento como base da união amorosa, a hierarquia entre gerações e a criança como centro das atenções, entre outros aspectos.

Na sociedade moderna e burguesa o “formal” e a “ordem” são valores que colocam na agenda principal o casamento baseado no contrato, um contrato feito para durar. Os/as jovens trazem algo novo na agenda contemporânea, a proposta de uma união baseada muito mais em laços afetivos que em compromissos formais.

É de suma importância a tentativa de superar os limites dos nossos próprios (pré)conceitos no sentido de compreender novos laços afetivos-sexuais. Para entender a particularidade destas construções culturais que chamamos “sentimento” e “emoção”, enfrentamos o desafio eternamente renovado de reconstruir o contexto específico dos sujeitos em questão. <sup>226</sup>

É colocando em perspectiva tanto nós como eles que podemos esperar estabelecer algum tipo de diálogo entre os diversos grupos que compõem a sociedade complexa. Através deste diálogo esperamos avançar a compreensão da realidade e tornar mais lúcida a nossa maneira de agir dentro dela.

---

<sup>225</sup> ÁVILA., op.cit.

Mais especificamente, colocar em perspectiva as diferenças nos princípios geradores do significado da sexualidade e gravidez adolescente entre profissionais de saúde e adolescentes, no sentido de um diálogo tão requisitado por esses/as jovens.

Enfim, “um pouco de agitação faz bem às almas, e o que faz avançar a humanidade é menos a ordem do que a liberdade”.<sup>227</sup>

---

<sup>227</sup> ROUSSEAU, Jean -Jaques.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France: Paris, 1994

\_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA e OLIVEIRA (Org.) *Estudos interdisciplinares de Representação Social*1. AB Editora: Goiânia, 1998.

ARAÚJO, Maria das Neves. CARDOSO, Elvira Barretto. "O Espaço da Gravidez na Adolescência: Em que Gênero?. *Projeto de Pesquisa, Núcleo Temático Mulher e Cidadania/ UFAL*, 1996.

ARIÉS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Reprodutivos: Um breve relato de uma longa História. In: LIMA, Nádia Regina L.(Org.) *Mulher & Saúde*. Coleção Gênero e Cidadania. Maceió: EDUFAL, 1992.

\_\_\_\_\_. ; GOUVEIA, Taciana. Notas sobre direitos reprodutivos e direitos sexuais. In: PARKER , Richard e BARBOSA, Regina. *Sexualidades Brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-dumará 1996.

BALBUS, Isaac. Mulheres disciplinantes. Michel Foucault e o poder do discurso feminista. In: BENHABID, Seyla e CORNELL, Drucilla. *Feminismo como crítica da modernidade* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987,

BARBALET, J.M. *A Cidadania*. Estampa, Lisboa: 1989.

BARBIERI, Terezita. *Sobre a categoria Gênero: Uma introdução teórico-metodológica*. SOS Corpo: Recife, 1993.p.6.

- BARROCO, Maria Lúcia. Considerações sobre o código de ética dos Assistentes Sociais. In: BONETTI, Dilséa Adeodata et al. *Serviço Social e Ética. Convite a uma Nova Práxis*. São Paulo: Cortez/CFESS, 1996.
- BENHABID, Seyla; CORNELL, Drucila. *Feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1987.
- BERQUÓ, Elza. Saúde Sexual e Reprodutiva de Quarentena até o Cairo. *CFEMEA*, Brasília, n.17, p.6-7, julho 1994.
- BOBBIO, Norberto. *A Era dos Direitos*. Campus: R.J., 1996.
- BONETTI, Dilséa Adeodata et al. *Serviço Social e Ética. Convite a uma Nova Práxis*. São Paulo: Cortez/CFESS, 1996.
- BORDON, Susan. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, Alisson e BORDON, Susan. *Gênero, corpo e conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997. p.19-41.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. *BEIJING 1995. O século 21 começa na IV Conferência Mundial da Mulher*.
- BUTLER, Judith. Variações sobre sexo e gênero. In: BENHABID, Sheyla e CORNELL, Drucila. op.cit.
- CHAUÍ, Marilena. *Repressão Sexual*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- COIMBRA, Marco A. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. In: ABRANCHES, Sérgio Henrique et al. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
- CORRÊA, Sônia. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéias fora do lugar? In: PARKER e BARBOSA, op.cit.
- DIAS, Maria Odila L. da Silva. *Cotidiano e Poder em São Paulo no século XIX*. Brasiliense: S.P., 1984.
- DURAND, Véronique. Rosas do Pina. *Gravidez adolescente: Acidente ou Projeto de Vida* (Mimeo). Recife: 1998.
- EASLEA, Brian. *Science and Sexual Opression*. London : Weidelfel and Nicolson, 1981 .
- ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. *Dicionário Brasileiro*. São Paulo: Enciclopédia Britânica do Brasil, 1975.

FAMÍLIA. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 20 set. 1998 .Especial A.

FLEURY, Sonia. *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade. Vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

\_\_\_\_\_ "Histoire de la sexualité: La volonté de savoir"  
 \_\_\_\_\_ L'usage des plaisirs  
 \_\_\_\_\_ Le souci de soi. .  
 Paris : Gallimard, 1976 et 1984.

FONSECA Jorge Lyra da Paternidade adolescente: Uma proposta de intervenção. Dissertação de Mestrado. PUC: São Paulo, 1997.

FREYRE, Gilberto. *Sobrados e Mocambos*. R.J: Olimpo, 1985.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. O objeto das metodologias qualitativas.  
 In: \_\_\_\_\_. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Petrópolis:  
 Vozes, 1987.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e Condição Feminina: Uma Abordagem Antropológica. In: *Mulher e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF, 1991.

\_\_\_\_\_. *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade Brasileira*. S.P: Loyola, 1995.

\_\_\_\_\_. O que faz um casal, casal? Conjugalidade, igualitarismo e identidade sexual em camadas médias urbanas. In: RIBEIRO, Ivete, RIBEIRO, Ana Clara (org.). *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo: Rio de Janeiro, 1995.

\_\_\_\_\_. Palestra inaugural - Gravidez na Adolescência: Considerações Preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, Elisabeth Meloni et al (Org.). *Seminário Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/USAID, 1998, p.28.

HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989,

JODELET, Denise. *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. In: MOSCOVICI(1986)

- LAVINAS, Lena. Gênero, Cidadania e Adolescência. In: MADEIRA, Felícia. *Quem Mandou Nascer Mulher?*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
- LEOCÁDIO, Elcylene. *Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS*. Recife: S.O.S.Corpo, 1994.
- LIMA, Nádia R. *Mulher e Saúde*. Coleção Gênero e Cidadania. Maceió: EDUFAL, 1993.
- MADEIRA, Felícia. *Quem Mandou Nascer Mulher?*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
- MALTA, Claudia V. *Direitos Sociais/exclusão. Crianças e Adolescentes nas ruas de Maceió*. Recife, 1997. Dissertação de Mestrado em Serviço Social- Departamento de Serviço social, Universidade Federal de Pernambuco.
- MARSHALL, T.H. *Cidadania, Classe Social e STATUS*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.
- MENICUCCI, Eleonora. *O Gênero na saúde: autodeterminação reprodutiva das mulheres*. Trabalho apresentado na ANPOCS (mimeo), Caxambu: 1991
- MOREIRA, S. E OLIVEIRA, F.(Org.) *Estudos interdisciplinares de Representação Social*. AB Editora: Goânia, 1998.
- MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. Bertrand: R.J. 1996
- MOSCOVICI, Sege. *A representação Social da Psicanálise*. Zahar: R.J., 1978
- \_\_\_\_\_ *Cognición e desarrollo humano*. Paidós: Buenos Aires, 1986.
- MUELLER, Maria Helena H.; YUNES, João. *Adolescência: Equivocaciones y Esperanzas*. In: GÓMEZ, Elsa. *Género, Mujer y Salud en las Americas*. Washington: D.C.OPS, 1993.
- NETTO, J.P. *Ditadura e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1991.
- OLIVEIRA, Francisco. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.) *Pós - neoliberalismo. As Políticas Sociais e o Estado Democrático*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
- PARKER, Richard. *Corpos, Prazeres e Paixões...Best-Seller*: S.P., 1991.

- \_\_\_\_\_, BARBOSA, Regina.(Org.) Sexualidades Brasileiras. Relume Dumará:R.J.,1998.
- \_\_\_\_\_. Sexualidades pelo avesso. IMS/UERJ:R.J.,1999.
- PASSOS, Elizete. *Um Mundo Dividido*. Salvador: UFBA, 1997.
- PEREIRA, Potyara A. *Crítica Marxista da teoria e da Prática no capitalismo*?. Brasília: UNB, 1987
- REIS,Alberto Olavo. *O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares*. Tese de doutorado,USP: São Paulo,1993.
- RIBEIRO, Ivete; RIBEIRO, Ana Clara. *Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira*. Loyola:S.P.1995.
- RINALDI,Doris. *A ética da diferença. Um debate entre psicanálise e psicologia*. R. J.: Zahar, 1996.
- SANTOS, Boaventura de S. *Pela Mão de Alice*. 2.ed.São Paulo: Cortez, 1996.
- SANTOS, Lucinete Silva. A estrutura familiar em discussão – a idade do casal e a presença da figura paterna como critérios de elegibilidade para os casos de adoção. In: *O discurso profissional do Social: Contradições e construções*. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a criança e o adolescente, 1996.
- SCOTT,Joan. *Gênero: Uma categoria útil de análise teórica*. Recife: SOS Corpo,1990.
- SILVA, Araguari Chalar. A Sexualidade e Adolescência. In: VITIELLO, Nelson.(Org.) *Sexologia II*.São Paulo: Rocca, 1986.
- SILVA , Maria Beatriz da. *História da Família no Brasil Colonial*. 7ª-Ed. Nova Fronteira: R.J,1998 .
- TAKIUTI. Albertina. A saúde da mulher adolescente. In: MADEIRA. Felícia. Op.cit.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni et al (Org.). *Seminário Gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/USAID, 1998
- VITIELLO, Nelson. Caracterização Biológica da Adolescência. In: \_\_\_\_\_ et al (Org.) *Adolescência Hoje*. São Paulo: Rocca, 1988.

VITÓRIA, Gisele. Barriga de Anjo. *"Isto é"*, n.1301, p.68-73, set.1994.

WESPAL, M.F.; BOGUS, C.M., FARIA, M.M. Grupos Focais: Experiências Precursoras. *Boletim da OPAS*.n.2, 1996.

# **ANEXOS**

# **ANEXOS 1**

Prefeitura Municipal

**MACEIÓ**  
**PARA TODOS**

**RONALDO LESSA**

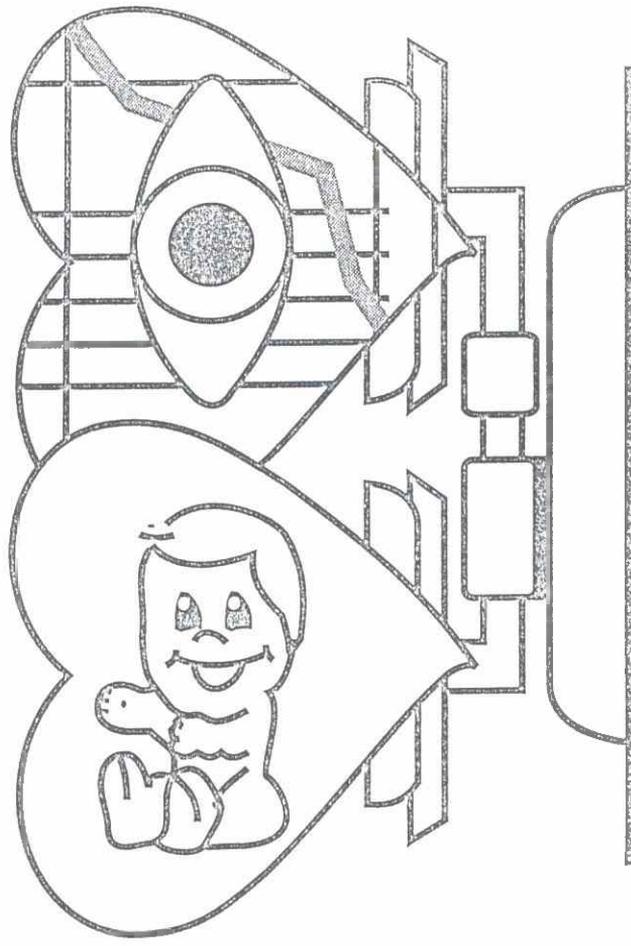
PREFEITO

**KÁTIA BORN**

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**INFORMATIVO**  
**SISVAN MUNICIPAL**

**ANO I - Nº 01 - JANEIRO/DEZEMBRO DE 1995 - MACEIÓ-AL**



**SISVAN - MUNICIPAL**

**SECRETARIA MUNICIPAL**  
**DE SAÚDE**

## • EDITORIAL

O **BOLETIM INFORMATIVO DO SISVAN MUNICIPAL** pretende anualmente, divulgar informações sobre a situação alimentar e nutricional da população de Maceió.

Nesta edição serão apresentados os dados de 1995, através de informações recebidas das Unidades Municipais de Saúde.

Espera-se que as informações aqui relatadas sejam utilizadas pelas autoridades e planejadores como subsídio para definir programas e prioridades, bem como, selecionar as áreas para a implantação dos mesmos.

## • O QUE É O SISVAN?

O **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** é um sistema de informação sobre a situação alimentar e nutricional da população do município e tem como objetivo oferecer dados que orientem as ações e definições sobre os grupos populacionais e as áreas a serem preferencialmente atendidas.

## • INDICADORES

As informações originam-se dos **Programas de Atenção a Criança e à Mulher** que são desenvolvidos nas **Unidades Municipais de Saúde** como: Peso ao Nascer, Duração de Aleitamento Materno, Peso e Idade para as crianças menores de 05 anos e Peso/Altura para as gestantes.

No futuro bem próximo trabalhar-se-á também com informações originadas das áreas de agricultura e economia.

## • ONDE ESTÁ IMPLANTADO?

Após treinamento das equipes das Unidades Municipais de Saúde, até o momento foi implantado em 09 Unidades: PAM-Dique Estrada, PAM-Bebedouro, Centro de Saúde da Saúde da Pajuçara, Centro Municipal de Saúde Galba Novaes, Centro Municipal de Saúde da Fundação Antônio Gouveia, Centro Municipal de Saúde São



MÊS:	NÚMERO DE ATENDIMENTOS																															ANO:			
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
SEM. 01																																			
SEM. 02																																			
SEM. 03																																			
SEM. 04																																			
SEM. 05																																			
SEM. 06																																			
SEM. 07																																			
SEM. 08																																			
SEM. 09																																			
SEM. 10																																			
SEM. 11																																			
SEM. 12																																			
SEM. 13																																			
SEM. 14																																			
SEM. 15																																			
SEM. 16																																			
SEM. 17																																			
SEM. 18																																			
SEM. 19																																			
SEM. 20																																			
SEM. 21																																			
SEM. 22																																			
SEM. 23																																			
SEM. 24																																			
SEM. 25																																			
SEM. 26																																			
SEM. 27																																			
SEM. 28																																			
SEM. 29																																			
SEM. 30																																			
SEM. 31																																			
TOTAL																																			

FIGURA 05

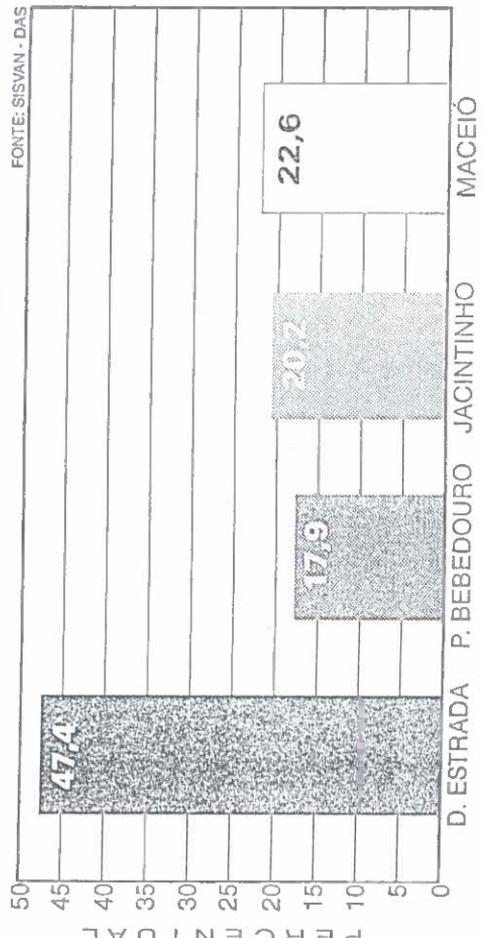
As informações do SISVAN deverão ser encaminhadas mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, para a Divisão de Informação e Estatística.

ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES:

O Gráfico 01 mostra a situação nutricional das gestantes atendidas nas Unidades Municipais de Saúde, onde o PAM-Dique Estrada apresenta o maior índice (47,4%) e PAM-Bebedouro o menor (17,9%), enquanto a média das Unidades é de 22,6%.

GRÁFICO 01 - ÍNDICE DE BAIXO PESO DAS GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE, ATRAVÉS DA CURVA DE ROSSO / 1995



Já na Tabela 01 visualiza o número de gestantes atendidas nas Unidades no período e o perfil nutricional por idade gestacional, permanecendo as atendidas no PAM Dique Estrada as de maior índice Nutricional, menor que 20 semanas (39,6%), de 21 a 30 semanas (58%) e maior de 30 semanas (40%).

TABELA 01 - ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE, ATRAVÉS DA CURVA DE ROSSO 1995

CLASSIFICAÇÃO PESO / IDADE GESTACIONAL	UNIDADES DE SAÚDE						
	PAM D. ESTRADA		PAM BEBEDOURO		C.M.S. JACINTINHO		
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
< = 20 SEMANAS	SOBREPESO	08	16,7	23	14,2	18	7,6
	NORMAL	21	43,7	101	62,3	153	64,6
	BAIXO PESO	19	39,6	48	23,5	66	27,8
TOTAL	48	100	162	100	237	100	
21 À 30 SEMANAS	SOBREPESO	10	20,0	05	9,6	-	0,0
	NORMAL	11	22,0	42	80,8	224	81,8
	BAIXO PESO	29	58,0	05	9,6	50	18,2
TOTAL	50	100	52	100	274	100	
> = 31 SEMANAS	SOBREPESO	02	10,0	-	0,0	34	13,0
	NORMAL	10	50,0	49	90,7	187	71,7
	BAIXO PESO	08	40,0	05	9,3	40	15,3
TOTAL	20	100	54	100	261	100	

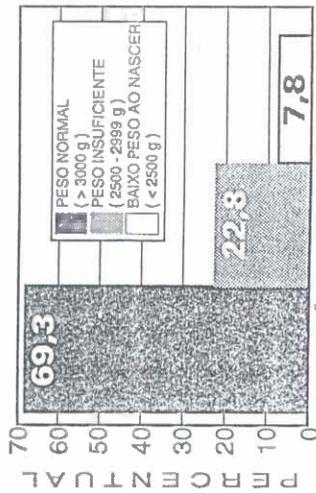
PESO AO NASCER

A proporção de peso ao nascer para Maceió é de 7,8%, estando dentro da meta para o ano 2000 que é abaixo de 10%, considerado aceitável pelos estudiosos. (Gráfico 2)

Este índice mostra que as causas de mortalidade infantil são decorrentes mais de problemas após o nascimento como desmame precoce, doenças parasitárias, de veiculação hídrica, respiratória, etc.

FONTE: SISVAN - S. M. SAÚDE

GRÁFICO 02 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS SEGUNDO PESO AO NASCER - MACEIÓ / 1995

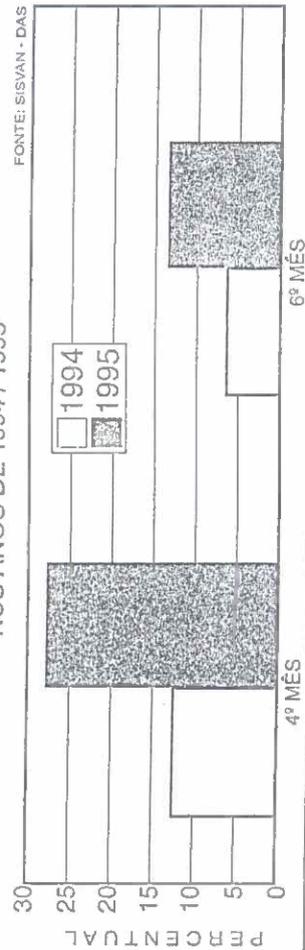


FORNTE: DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA - S.M.S. / MACEIÓ

### ALEITAMENTO MATERNO

A duração do Aleitamento Materno das crianças atendidas nas Unidades de Saúde vem melhorando como mostra o Gráfico 03, comparando os anos 94/95 onde no 4º mês passou de 12,1% para 28,1% e no sexto mês de 6,8% para 13,1%. Isto sinaliza uma melhor orientação da equipe das Unidades quanto a importância do aleitamento materno à clientela assistida.

GRÁFICO 03 - DURAÇÃO DO ALEITAMENTO EXCLUSIVO DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE, NOS ANOS DE 1994 / 1995



FORNTE: SISVAN - DAS

Um dado que merece destaque é o percentual de 25,9% de gestantes adolescentes (*tabela 2*), mentendo o mesmo comportamento de 1994, mas que requer uma maior atenção nas ações educativas no tocante à sexualidade e ao Planejamento Familiar.

TABELA 02 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE DA MÃE

IDADE DA MÃE	Nº	%
0 - 14	153	0,8
15 - 19	4594	25,1
20 - 24	6596	36,0
25 - 29	4181	22,9
30 - 34	1869	10,2
35 - 39	743	4,1
40 - 44	141	0,8
45 - 49	19	0,1
50 E MAIS	1	0,0
IGNORADO	80	0,4
<b>TOTAL</b>	<b>18377</b>	<b>100,0</b>

\* EXCLUINDO-SE OS IGNORADOS  
FORNTE: DIVISÃO DE EPIDEMIOLOGIA - S.M.S. / MACEIÓ  
NOTA: DADOS SUJEITOS A REVISÃO

Ao analisar por Unidade de Saúde observa-se que as crianças atendidas no C.S. Galba Novaes apresentam um índice de aleitamento exclusivo maior que as demais unidades - 45,1% no 4º mês e 22,4% no 6º mês. (*Tabela 03*)

TABELA 03 - DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO 4º E 6º MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS ATENDIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA PAJUÇARA, PAM-BEBEDOURO E GALBA NOVAES, NO ANO DE 1995

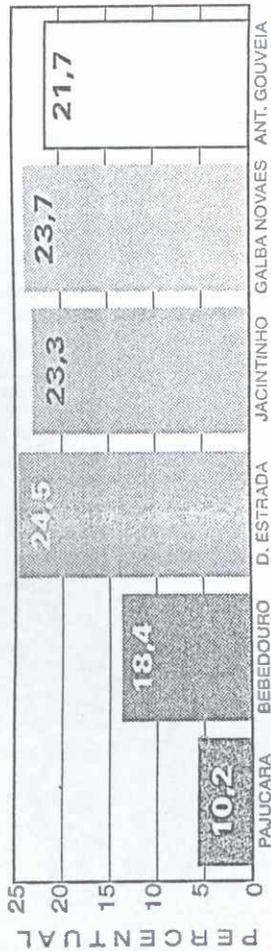
DURAÇÃO DO ALEITAMENTO	UNIDADES DE SAÚDE						
	C.S. PAJUÇARA		PAM BEBEDOURO		C.S. GALBA NOVAES		
	NÚMERO	%	NÚMERO	%	NÚMERO	%	
4º MÊS	EXCLUSIVO	95	20,0	29	15,8	60	45,1
	MISTO	158	33,3	64	34,8	37	27,8
	ARTIFICIAL	221	46,7	91	49,4	36	27,1
	<b>TOTAL</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>184</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>
6º MÊS	EXCLUSIVO	37	8,0	38	20,5	11	22,4
	MISTO	51	11,0	62	33,5	05	10,2
	ARTIFICIAL	381	81,0	85	46,0	33	67,4
	<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>100</b>	<b>185</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

FORNTE: SISVAN - S. M. SAÚDE

### ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE 05 ANOS

As crianças atendidas em 1995, nas Unidades Municipais de Saúde, foram acompanhadas no seu estado nutricional efetivamente em 06 Unidades. As que representaram maior índice de desnutrição foram aquelas atendidas no PAM-Dique Estrada (24,5%), Centro de Saúde Galba Novaes (23,7%) e Centro de Saúde do Jacintinho (23,3%), enquanto no Centro de Saúde da Pajuçara apresentou menor índice (10,2%). (*Gráfico 04*)

**GRÁFICO 04 - ÍNDICE DE DESNUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, ATENDIDAS NAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE, ATRAVÉS DO INDICADOR PESO/IDADE EM 1995**



FONTE: SISVAN - DAS / REFERÊNCIA - NCHS

Com relação a faixa etária de maior índice de desnutrição das crianças atendidas nas Unidades, observa-se que cada Unidade apresentou uma faixa específica: C.S. Fundação Antonio Gouveia, 25% nas crianças menores de 05 meses; PAM Bebedouro, 6-11 meses, 23,7%; C.S. Galba Novaes de 12-23 meses, 38,4% e no PAM Dique Estrada a faixa de maior prevalência foi a de 24 a 59 meses (32%). (**Tabela 04**)

**TABELA 04 - ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS ATENDIDAS NAS UNIDADES MUNICIPAIS DE SAÚDE ATRAVÉS DO INDICADOR PESO / IDADE, NO ANO DE 1995**

CLASSIFICAÇÃO PESO / IDADE	UNIDADES DE SAÚDE																	
	PAJUÇARA			BEBEDOURO			D. ESTRADA			JACINTINHO			G. NOVAES			ANT. GOUVEIA		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
CRIANÇAS 0-5 MESES	SOBREPESO	23	19,5	165	14,0	24	15,0	70	38,7	05	10,9	07	13,5					
	NORMAL	90	76,3	881	75,0	121	76,1	71	39,2	37	80,4	32	61,5					
	BAIXO PESO	05	4,2	131	11,0	14	8,8	40	22,1	04	8,7	13	25,0					
	TOTAL	118	100	1177	100	159	100	181	100	46	100	52	100					
CRIANÇAS 0-11 MESES	SOBREPESO	11	10,3	108	18,6	14	17,9	20	19,4	04	16,6	10	16,4					
	NORMAL	84	78,5	335	57,7	51	65,4	61	59,2	16	66,8	42	68,8					
	BAIXO PESO	12	11,2	138	23,7	13	16,7	22	21,4	04	16,6	09	14,8					
	TOTAL	107	100	581	100	78	100	103	100	24	100	61	100					
CRIANÇAS 12-23 MESES	SOBREPESO	09	6,0	134	20,5	12	10,2	13	18,8	04	6,6	09	11,1					
	NORMAL	117	78,5	393	60,2	74	62,7	34	49,3	33	55,0	52	64,2					
	BAIXO PESO	23	15,5	126	19,3	32	27,1	22	31,9	23	38,4	20	24,7					
	TOTAL	149	100	653	100	118	100	69	100	60	100	81	100					
CRIANÇAS 24-59 MESES	SOBREPESO	07	3,0	123	12,9	15	7,1	21	17,6	10	13,0	21	18,3					
	NORMAL	195	76,0	604	63,5	130	60,7	72	60,5	49	63,6	69	60,0					
	BAIXO PESO	55	21,0	224	23,6	69	32,2	26	21,9	18	23,4	25	21,7					
	TOTAL	257	100	951	100	214	100	119	100	77	100	115	100					

FONTE: SISVAN - S. M. S. MACEIÓ

No âmbito de Maceió a faixa etária de 11-23 meses apresentou maior prevalência de desnutrição (22%). Isto justificado pelo contato com o meio ambiente, tornando-se mais susceptíveis às doenças infecciosas e parasitárias.

## • AÇÕES DA CRIANÇA

A Assistência Integral à Saúde da criança é composta das seguintes ações:

- **Controle do Crescimento e Desenvolvimento**
- **Incentivo ao Aleitamento Materno**
- **Controle das Doenças Diarréicas**
- **Controle das Infecções Respiratórias Agudas**
- **Imunização**

Em 1995 realizou-se treinamento com as equipes das unidades abaixo relacionadas para a implantação das ações da criança num total de 51 técnicos de nível superior e 21 de nível médio:

- PAM Vergel**
- PAM Dique Estrada**
- PAM Bebedouro**
- PAM Avenida**
- C.M. Saúde do Jacintinho**
- C.M. Saúde da Pajuçara**
- C.M. Saúde São Francisco de Paula**
- C.M. Saúde da COBEL Tabuleiro**
- C.M. Saúde da Fundação Antonio Gouveia**
- C.M. Saúde Galba Novaes**

Todas essas Unidades estão aptas a atender a criança dentro das ações acima referidas.

Foi implantado em 05 Unidades (PAM Vergel, PAM Dique Estrada, PAM Avenida, C.M.S. Clima Bom e C.M.S. Rio Novo) um espaço denominado Sala da Criança, onde esta é atendida integralmente.

AVALIAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO - 95

DEPARTAMENTO Atensão à Saúde  
 OU DISTRITO SANITÁRIO

DIVISÃO

Ações de Saúde

SISVAN / Ações de Saúde da Criança

ATIVIDADES		OBSERVAÇÃO
PROGRAMADA	EXECUTADA	
3.6 - Programa de Atendimento aos Desnutridos (complementação Alimentar)	Não Executado	Liberação dos recursos financeiros apenas em Dez/95.
3.7 - Aplicação da Vitamina "A"	Não Executado	Não liberação dos recursos financeiros pelo INAN.
3.8 - Implantação de 05 <sup>Unidades</sup> Calios da criança.	100%	Unidades com galos da criança: PAM Dique Estrada, PAM Vergel, PAM Avenida, C.S. Clima Bom e C.S. Rio Novo.
4 - Acompanhar o Estado Nutricional da Gestante através da implantação do Cartão da Gestante.	Parcialmente	Implantação em: C.S. Jacintinho, PAM Bebedouro e PAM Dique Estrada. Não cumprimento da meta devido: carência de obstetra, Enfermeiro, Aux. de Enfermagem e desinteresse de alguns técnicos.
5 - Implantação e/ou implementação das Ações de Saúde do Adolescente em 05 Unidades.	Parcialmente	Implantado em: PAM Bebedouro e C.S. Jacintinho, as demais não implantado devido

S. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

AVALLIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO - 95

DEPARTAMENTO de Atenção à Saúde

DIVISÃO de Ações de Saúde

OU DISTRITO SANITÁRIO

SISVAN / Ações da Criança

ATIVIDADES		OBSERVAÇÃO
PROGRAMADA	EXECUTADA	
6 - Realizar supervisões bimensais as Unidades do SISVAN (9 Unidades de Saúde)	Parcialmente	a inexistência de equipe nas Unidades de Saúde e desinteresse de alguns profissionais. Realizada apenas uma supervisão trimestral às unidades. Total 27 supervisões / ano.
7 - Consolidar, analisar e divulgar os dados do SISVAN.	80%	Devido a irregularidade no início dos dados, conseguimos consolidar de 05 Unidades, que serão divulgados através do Boletim Estadual do SISVAN em janeiro de 1996.
8 - Capacitação 8.1 - Capacitar sobre SISVAN a equipe do PAM-Vergel e Avenida. 8.2 - Capacitar os técnicos de 07 Unidades de Saúde nas Ações da Criança.	100%  100%	Treinados: 51 Técnicos Nível superior (Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Nutricionista e Psicólogo) 15 de Nível Médio e Elementar.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AVALIAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO - 95

DEPARTAMENTO de atenção à Saúde  
OU DISTRITO SANITÁRIO

DIVISÃO de Ações de Saúde

SISVAN / Ações da Criança.

ATIVIDADES		OBSERVAÇÃO
PROGRAMADA	EXECUTADA	
<p>8.3 - Treinamento dos profissionais dos PAMs e C.S. Jacintinho sobre as Ações de Saúde do Adolescente.</p>	<p>100%</p>	<p>Treinados: 16 Técnicos de Nível Superior (Médicos, Assistente Social, Enfermeiro, Psicólogo e Nutricionista).</p>

## **ANEXOS 2**

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## PLANO DE TRABALHO

Período de 01/96 a 12/96Divisão: de Ações de Saúde.Departamento: de atenção à saúde

METAS / ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS.	RECURSOS	CRONOGRAMA
<p>4 - Implementar Ações de Prevenção de Câncer de colo de útero/MAMA em 12 Unidades de Saúde/Planejamento Familiar</p> <p>- Avenida, Clima Bom, Rio Novo, Dique Estrada, Ipioca, Bebedouro.</p> <p>- Vergel, Jacintinho, Rex, Fernão Velho, Riacho Doce e Salgadinho.</p> <p>* - Dar continuidade a ações de Planejamento Familiar em 05 unidades e ações educativas em 02 escolas municipais (Avenida, Bebedouro, Jacintinho, Vergel, Dique Estrada) Escola Almeida Leite Escola Haroldo da Costa</p>	<p>- Solicitar remanejamento e/ou contratação de pessoal conforme carências.</p> <p>- Agilizar Convênio (Parceria com IMPAR) para projeto e reforma de bloco no Salgadinho destinado a laboratória/Posto de Coleta.</p> <p>- Estabelecimento de Fluxo de atendimento e informações.</p> <p>- Assegurar condições de parceria com LACEN p/ realização de citologia/citopatologia. Modelo de R/CR definido.</p> <p>- Supervisão Sistemática</p> <p>Normatização de técnicas de coleta (tríplice).</p>	<p>SESAU</p> <p>SMS</p> <p>SMS</p> <p>SMS</p> <p>SMS</p> <p>LACEN</p> <p>D.A.S.</p>	<p>MAR/96.</p> <p>DEZ/95 à JUNH/96</p> <p>JUL/DEZ/96</p> <p>NOV/95 à DEZ/96.</p> <p>JAN/95</p>

## **ANEXOS 3**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MACEIÓ

PLANO DE TRABALHO - 2º SEMESTRE/97

PERÍODO : 01/07/97 A 31/11/97

DISTRITO: MACEIÓ

DEPTO DE ATENÇÃO À SAÚDE / DIVISÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

SITUAÇÃO PROBLEMA	ATIVIDADES	METAS	ESTRATÉGIAS	RECURSOS NECESSÁRIOS	ÓRGÃOS ENVOLVIDOS	CRONOGRAMA
1. IMPLANTAR E IMPLEMENTAR A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO.	- REALIZAR LEVANTAMENTO NAS UNIDADES DAS PESSOAS JÁ TREINADAS EM CONTROLE DE CÂNCER CÉRVICO UTERINO, E SE AINDA ESTÁ DESENVOLVENDO ESTÁ ATIVIDADE. - TREINAMENTO PARA COLETA DE SECREÇÃO PARA O EXAME DE COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA.	03 U.S. P/ IM - PLANTAR E 12 U.S. PARA IMPLEMENTAR	- TREINAR E SUPERVISIONAR.	- RECURSOS HUMANOS - MATERIAL UTILIZADO NA COLETA PARA CITOLOGIA. - TRANSPORTE DA UNIDADE DE TREINAMENTO PARA LABORATÓRIO.	S.M.S. LACEN USINEIROS	JULHO/DEZ
2. IMPLANTAR E IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.	- LEVANTAMENTO NAS UNIDADES DAS PESSOAS JÁ TREINADAS EM PLANEJAMENTO FAMILIAR - ELABORAÇÃO DA NORMATIZAÇÃO. - TREINAMENTO - PROMOVER PALESTRAS CURTAS E OBJETIVAS SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR NAS U.S. E ESCOLAS MUNICIPAIS (P/ ADOLESCENTES)	07 U.S. P/ IM - PLANTAR	- TREINAR E SUPERVISIONAR - CONTACTAR COM DIRETORES DE ESCOLAS MUNICIPAIS E ADEQUAR UM HORÁRIO PARA PALESTRAS.	- RECURSOS HUMANOS - PANFLETOS - KIT PARA DEMONSTRAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	S.M.S. BENFAM	JULHO/DEZ



## **ANEXOS 4**

## QUESTIONÁRIO

### CONTEXTUALIZAÇÃO

1-Idade: \_\_\_\_\_

2- Estado Civil: \_\_\_\_\_

3 - Profissão: \_\_\_\_\_

4- Raça: \_\_\_\_\_

5 - Religião: \_\_\_\_\_

6 - Atuação política: \_\_\_\_\_

*- Na juventude*

Participação em grupos religiosos ( )

Organizações de bairro ( )

Sindicato ( )

Partido Político( )

Movimento Estudantil ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

*- Na idade adulta*

Participação em grupos religiosos ( )

Organizações de bairro ( )

Sindicato ( )

Partido Político( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

7- Escolaridade dos pais:

-Mãe :

1º. grau ( )

2º. grau ( )

Universidade ( )

-Pai :

1º. grau ( )

2º. grau ( )

Universidade ( )

8- Profissão do Pai: \_\_\_\_\_

9 - Profissão da mãe: \_\_\_\_\_

10 - Local de moradia (Cidade e Bairro)

Na juventude \_\_\_\_\_

Atualmente \_\_\_\_\_

### **SOBRE A SEXUALIDADE E GRAVIDEZ ADOLESCENTE**

1- A partir da sua experiência profissional, o Sr(a) considera que a prática sexual em adolescentes...

A- É prejudicial

SIM ( )

NÃO ( )

Porque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B- Deve ser adiada até a idade adulta

SIM ( )

NÃO ( )

AMBOS OS SEXOS ( )

AS MULHERES ( )

OS RAPAZES ( )

Porque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2-Os serviços de assistência à saúde do/a adolescente deve contemplar, entre outros aspectos:

ORIENTAÇÃO PARA ADIAR A PRÁTICA SEXUAL ( )

ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA DO SEXO SEGURO ( COM O USO DA CAMISINHA) ( )

NÃO DEVE CONTEMPLAR O TEMA DA SEXUALIDADE ( )

OUTROS ( ) \_\_\_\_\_

3- A gravidez adolescente

A- Prejudica a jovem mãe

SIM ( )

NÃO ( )

Porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B- Prejudica o jovem pai

SIM ( )

NÃO ( )

Porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C- Prejudica ambos

SIM ( )

NÃO ( )

Em que Medida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D- Prejudica a família (pais, avós...)?

SIM ( )

NÃO ( )

Porque \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4-No seu ponto de vista, em linhas gerais o que seria um serviço de assistência integral à saúde do/a adolescente com qualidade ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ANEXOS 5**

## GRAVIDEZ ADOLESCENTE

Liste o maior número de palavras que na sua opinião representem a questão acima.

## SEXUALIDADE ADOLESCENTE

Liste o maior número de palavras possíveis que na sua opinião representem a questão acima.

## **ANEXOS 6**

## TRIAGEM HIERÁRQUICA SUCESSIVA

<b>Sexualidade Adolescente</b>	<b>Selecione 16 Palavras</b>	<b>Selecione 8 Palavras</b>	<b>Selecione 4 Palavras</b>	<b>Selecione 2 Palavras</b>	<b>Selecione 1 Palavra</b>
1. AMOR					
2. COMPRE-ENSÃO					
3. CARINHO					
4. RESPEI-TO					
5. RESPON-SABILIDA-DE					
6. CONHECI-MENTO					
7. CARÁTER					
8. DESEJO					
9. PRAZER					
10. SINCERI-DADE					
11. ARREPEN-DIMENTO					
12. ATENÇÃO					
13. DIÁLOGO					
14. FALTA DIÁLOGO					
15. FIDELIDA-DE					
16. FELICIDA-DE					
17. FALTA DE RESPONSABILIDADE					
18. FALTA DE CONHECI-MENTO					
19. TESÃO					
20. FALTA DE					

<b>RESPEITO</b>					
<b>21. CONSCIÊNCIA</b>					
<b>22. GRAVIDEZ</b>					
<b>23. DST</b>					
<b>24. ENCONTRO</b>					
<b>25. SOFRIMENTO</b>					
<b>26. ALEGRIA</b>					
<b>27. SOLIDÃO</b>					
<b>28. DIGNIDADE</b>					
<b>29. DESCOBERTA</b>					
<b>30. PROSTITUIÇÃO</b>					
<b>31. MEDO</b>					
<b>32. PERDA</b>					

## TRIAGEM HIERÁRQUICA SUCESSIVA

<b>Gravidez Adolescente</b>	<b>Selecione 16 Palavras</b>	<b>Selecione 8 Palavras</b>	<b>Selecione 4 Palavras</b>	<b>Selecione 2 Palavras</b>	<b>Selecione 1 Palavra</b>
<b>1. RESPOSTA BILIDADE</b>					
<b>2. NÃO PLANE- JAMENTO</b>					
<b>3. CARINHO</b>					
<b>4. AMOR</b>					
<b>5. CONSCIÊN CIA</b>					
<b>6. IRRESPON- SABILIDA- DE</b>					
<b>7. PENSAR</b>					
<b>8. VIDA</b>					
<b>9. SOFRIMEN- TO</b>					
<b>10. CUIDADO</b>					
<b>11. TRABALHO</b>					
<b>12. ALEGRIA</b>					
<b>13. DOM</b>					
<b>14. TRISTEZA</b>					
<b>15. MEDO</b>					
<b>16. FALTA DE CONHECI- MENTO</b>					
<b>17. TRAIÇÃO</b>					
<b>18. DESCUIDO</b>					
<b>19. COISA DE MULHER</b>					
<b>20. AMOR MÃE/ FILHO(A)</b>					

<b>21. MUDANÇA</b>					
<b>22. DISCÓRDIA</b>					
<b>23. CANSAÇO</b>					
<b>24. PRAZER</b>					
<b>25. COMPREEN -SÃO</b>					
<b>26. DOR</b>					
<b>27. COMPETÊN -CIA</b>					
<b>28. FAMÍLIA</b>					
<b>29. CRIME</b>					
<b>30. DIÁLOGO</b>					
<b>31. SAÚDE</b>					
<b>32. FALTA DE AMOR</b>					

## **ANEXOS 7**

Ministério da Saúde - MS

Secretaria de Assistência à Saúde - SAS

Departamento de Assistência e Promoção à Saúde - DAPS

Coordenação Materno-Infantil - COMIN

Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente - SASAD

# NORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

VOLUME III  
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, AO PARTO E AO PUERPÉRIO  
PLANEJAMENTO FAMILIAR  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS  
PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

Brasília, 1993

EORS -

---

**PLANEJAMENTO  
FAMILIAR**

---

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE  
Dr. HENRIQUE SANTILLO

SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
Dr. CARLOS EDUARDO V. MOSCONI

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE  
Dr. DOMINGOS SÁVIO DO NASCIMENTO ALVES

COORDENADORA MATERNO-INFANTIL  
Dra. JOSENILDA DE A. CALDEIRA BRANT

CHEFE DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE  
Dra. RACHEL NISKIER SANCHEZ

*Impresso com recursos do Acordo de Cooperação Técnica Brasil/PNUD - Projeto BRA/90-032  
Desenvolvimento Institucional do Ministério da Saúde - Projeto Nordeste  
Acordo de Empréstimo BIRD 3135/BR*

## Sumário

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, AO PARTO E AO PUERPÉRIO .....	6
PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	18
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....	23
PROBLEMAS GINECOLÓGICOS.....	29

### FICHA CATALOGráfICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde-SAS. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde-DAPS. Coordenação Materno-Infantil - COMIN. Serviço de Assistência à Saúde do Adolescente-SASAD.

Normas de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes - Vol. III - Assistência ao Pré- Natal, ao Parto e ao Puerpério - Planejamento Familiar - Doenças Sexualmente Transmissíveis - Problemas Ginecológicos - Brasília, Ministério da Saúde, 1993.

40 p.

## INTRODUÇÃO

A constatação de elevada incidência de gestações precoces e não planejadas nessa faixa etária acarreta, muitas vezes, profundos transtornos e riscos para o adolescente e seu filho.

A realidade tem mostrado que o adolescente desconhece o apoio que os serviços de saúde podem oferecer-lhe nessa área específica da saúde reprodutiva. Adiciona-se a isto a tendência do adolescente a ser arredio e temeroso. Cabe, portanto, a esses serviços ser-lhes ativamente receptivos, oferecendo espaço adequado, profissionais motivados e capacitados.

Nessa população jovem, a ação educativa necessariamente permeia todas as atividades, mantendo perspectiva da ação preventiva e atuando em ambos os sexos, na vigência ou não de atividade sexual, mas sempre integrada ao contexto cultural e familiar.

A normatização da atividade de Planejamento Familiar está definida no Manual respectivo do Ministério da Saúde, já disponível. Entretanto, em vista das particularidades dos adolescentes, algumas recomendações complementares devem ser acrescentadas.

Na seleção do método deve-se levar em consideração alguns critérios:

1. Maturidade biológica - alcançada após 2 anos de estabelecimento de ciclos regulares.
2. Existência de parceiro estável
3. Aceitabilidade e participação do parceiro nas práticas de Planejamento Familiar.
4. Se a consulta é prévia ou não ao início de relações sexuais.
5. Frequência das relações sexuais.
6. Grau de conhecimento e atitudes frente aos vários métodos.
7. Significação de uma eventual gravidez.
8. Grau de conhecimento e atitudes dos pais ou responsável sobre as práticas sexuais e contraceptivas.
9. Valores e base cultural no que se refere à sexualidade e à gestação

## CRITÉRIOS PARA A ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL

MÉTODO	ASPECTOS FAVORÁVEIS	ASPECTOS DESFAVORÁVEIS
NATURAIS	Favorecem o conhecimento da anatomia, fisiologia, sexualidade e fertilidade. São inócuos	São frequentes os ciclos anovulatórios, dificultando o aprendizado e intervindo na escolha do método. A eficácia relaciona-se com a visibilidade das relações sexuais. Exige cooperação do parceiro. Frequente desmotivação do profissional quanto à orientação.
CONDOM	Proteção contra DST / AIDS É de fácil aquisição Inócuo Utilizado somente quando necessário	Possibilidade de ruptura. Interferência pré-coital Custo
DIAFRAGMA	Favorece o conhecimento do corpo. Proteção contra algumas DST. Utilização somente quando efetivamente necessário.	Impossibilidade de prescrição em virgem Custo elevado e baixa disponibilidade Falta de disposição do profissional para orientar.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL	Alta eficácia Fácil acesso. Pode favorecer o controle de distúrbios menstruais.	Efeito sistêmico. Somente pode ser usado após a maturação ginecológica (2 anos de ciclos regulares).
DIU	Não interfere no coito.	Não deve ser usado por nulíparas Quando há risco elevado para DST.

## MÉTODOS DE USO MUITO RESTRITO

Os métodos descritos a seguir sofrem muitas restrições:

1. Coito Interrompido: interfere diretamente na fisiologia do coito, exigindo auto-controle no momento da relação sexual.
2. Anticoncepção Hormonal Injetável:
  - a) Acetato de Medroxiprogesterona: promove sangramentos intermitentes, períodos de amenorréia e um retorno lento e pouco previsível da fertilidade após a suspensão do uso.
  - b) Injetável mensal (estrogênio e progestínico): as doses totais de hormônios sexuais são excessivas, envolvendo riscos.
3. Espermaticidas:
  - isoladamente são pouco utilizados, devido à baixa eficácia e a interferência com o coito. São comumente associados ao diafragma e eventualmente ao condom.
4. Esterilização:
  - evidentemente não se trata de método indicado a adolescentes pelo seu caráter irreversível.

## RECOMENDAÇÕES PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PARA ADOLESCENTES

CRITÉRIOS	NATURAIS	BARREIRA	PILULA	DIU
Ciclos regulares (após 2 anos menarca)	+	I	+	I
Parceiros múltiplos	-	+	+	-
Baixa participação do parceiro	-	-	+	+
Consulta prévia ao início da atividade sexual	+	I	-	-
Baixa frequência relações sexuais	I	+	-	-
Alta expectativa com a eficácia	-	-	+	I
Nulípara	I	I	I	-

Score: + Condição que reforça a indicação do método.

- Condição que restringe a indicação do método.

I Condição indifferente à indicação do método.

## CONTRA INDICAÇÕES AO USO DO MÉTODO

MÉTODO	CONTRA INDICAÇÕES
PÍLULA	<p><b>ABSOLUTAS:</b></p> <p>Gravidez suspeita ou comprovada, hipertensão arterial, diabetes, hepatopatia, varizes, hemorragia genital de causa indeterminada, displasia acentuada de colo uterino, câncer de mama ou do aparelho genital, enxaqueca, epilepsia, acidente vascular cerebral, hipertensão ocular, cardiopatia, neuropatias, coagulopatias, pneumopatias crônicas, neoplasia, glaucoma, psicoses e neuroses graves.</p> <p><b>RELATIVAS:</b></p> <p>Fumantes, amamentação*, antecedentes de hipertensão arterial na gravidez, antecedentes de icterícia na gravidez, antecedente familiar de câncer ginecológico, obesidade, cefaléia frequente, crises de depressão, asma grave, colecistopatia, enteropatias crônicas, mamilares de repetição, tumor benigno de mamas, fibroma uterino, displasia leve ou moderada do colo uterino, esquistossomose, malária, hanseníase, tuberculose, períodos de imobilização prolongada, problemas psíquicos que possam dificultar o uso.</p> <p><b>DIU</b></p> <p>Gravidez suspeita ou comprovada, infecção pélvica, nuliparidade, neoplasias ginecológicas e anomalias congênicas do útero, sangramentos anormais, cardiopatias valvulares, vaginites e cervicites não tratadas, endometrites não tratadas, distúrbios da coagulação sanguínea, uso de anticoagulantes, antecedentes de gravidez ectópica, estenose de canal cervical, abortos, partos prematuros repetidos, alguns riscos de doença sexualmente transmissível, alergia a materiais utilizados na confecção dos DIU, anemia, dismenorréia.</p> <p><b>NATURAIS</b></p> <p>Alterações psíquicas que dificultem ou impeçam o uso correto do método, stress</p> <p><b>CONDOM</b></p> <p>Anomalias do pênis</p> <p><b>ESPERMICIDAS</b></p> <p>Mulheres de alto risco gestacional.</p> <p><b>DIAFRAGMA</b></p> <p>Mulheres que nunca tiveram relação sexual, configuração anormal da vagina, cistocele ou retocele acentuadas.</p>

\* Pode ser utilizada, desde que sejam as pilulas de progesterona ou de baixa dosagem.

## DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS