

MÁRCIA CRISTINA GRAÇA MARINHO

**A VIDA ENTRE DISCURSOS: REPRESENTAÇÕES DA SEXUALIDADE DO/A
ADOLESCENTE POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE
ATENÇÃO BÁSICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, tendo como área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Prof. Jorge Iriart (Ph.D.)

Salvador

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

M 337v Marinho, Marcia Cristina Graça.

A Vida entre discursos: representações da sexualidade dos/as adolescentes por profissionais de saúde em uma unidade de atenção básica / Marcia Cristina Graça Marinho – Salvador: M.C.G. Marinho, 2006

N de paginas: 140

Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Orientador: Jorge Alberto Bernstein Iriart – Ph.D

1 Adolescência 2 Sexualidade 3 Profissionais de saúde 4 Gênero.

CDU 159.922.8:39

Aos meus pais, Beatriz e Manoel, pela constante permanência do sentido de família, pela presença, afeto e respeito às escolhas de seus filhos, quaisquer que tenham sido estas.

A todos nós, homens e mulheres, que ao longo de tantos anos colaboram, pouco a pouco, em suas dissertações e teses, com a produção do conhecimento. Uma difícil jornada para superar limites, suportar as renúncias, encontrar as melhores palavras. Uma jornada entre a dor e o deleite que, quando perto do fim de uma etapa, vimos que valeu a pena: pelo que aprendemos, pelo que questionamos, pelo que duvidamos, pelo que erramos, sobretudo pelo que não desistimos e continuamos a caminhar.

À minha filha Carolina. Acima de tudo por ela. Pela sua alegria, generosidade e pela irredutível presença em minha vida. É para ela que peço a cada dia “(...) ser mais jovem que meu filho, e ir

aprendendo com ele a magia de nunca perder o brilho (...)”.¹

AGRADECIMENTOS

Em toda jornada da vida de cada pessoa, muitos são os que nos ajudam, acolhem e dão a mão na travessia. Nesta minha caminhada no Mestrado, foram muitas mãos e pessoas, e a elas, antes de tudo, um muito obrigado.

À Jorge Iriart, meu orientador, agradeço a presença, a sempre gentil e respeitosa forma de relacionar-se através da qual ele se entusiasma, repreende e incentiva. Qualquer palavra seria pouco para agradecer sua acolhida, recomendações e parceria incontestes.

À Rosa, Joseval, Clara e Thaís, minha segunda família, pelo amor que me acolhem e à minha filha. Em todos os momentos estamos sempre juntos, reafirmando nossos afetos, agora e para todos os dias que virão de nossas vidas.

A meus amigos Harley Henriques e Gladys Almeida, amizade que ultrapassa década, reafirmada no cotidiano. Em todos os dias que nos vemos, no trabalho que construímos, sabemos porque nos escolhemos como amigos. A certeza de saber que estaremos sempre ali, como amigos, nos faz ir mais além.

A Mônica Coutinho, um presente da vida me dado pelo Mestrado. Precisei percorrer tantos caminhos, para nesta jornada acadêmica, encontrar um tesouro de amizade e cumplicidade. Você, eu escolho como minha irmã e minha amiga, uma permanência eterna.

Para Robson Neves, uma amizade que iniciada no ISC, ultrapassou suas fronteiras. Nas nossas conversas, risadas, e desabafos fazíamos da vida uma aventura mais leve e repleta de mútuo aprendizado. Também no ISC, outras novas amigas estão hoje na minha vida, e para elas, um grande obrigado: Ana Claudia Venegeroles, Ana Oliveira, Alane Mendara e Shirley Xavier.

Para minhas amigas Magally Souza, Nazaré Barbosa e Lucidalva Oliveira, com quem descortino a alma, me desnudo e renasço sempre mais leve. Para Moacir Villas Boas, com seu carinho e alegria contagiante, passamos a fazer parte cada vez mais um da vida do outro.

À Shirley Novaes e Teresa Villaça, mais que amigas, sempre foram um norte, exemplos de vida e de coragem a orientar minha própria trajetória.

A Elinalva Conceição, que ao cuidar da minha casa e de minha filha me permitia ficar horas e horas debruçada sobre livros e computador.

¹ Trecho da música Alma Nua de Vander Lee.

Para todos os/as profissionais de saúde da Unidade de Saúde, meu local de pesquisa, pela disponibilidade, interesse e motivação em participar da pesquisa. Suas histórias, falas e modos de atuar aqui ficaram registrados, mas elas não expressam tudo, a vida e as pessoas são sempre maiores do que os instantâneos que capturamos delas.

À Clodege, uma profissional de saúde como poucas. Comprometida, sincera, implicada. Fez minha ponte entre o desejo da pesquisa e a possibilidade de inserção num local concreto. Seu acompanhamento foi fundamental para minha inserção no campo, sem ele tudo seria mais árido e menos compartilhado.

Ao Gapa-Ba, por ser minha grande escola. Aqui tenho aprendido sobre a vida, sobre as diferenças, sobre as dores, alegrias e contradições de estar vivo. Aqui produzimos saber, incorporamos outros e nesta articulação vamos fazendo parte da história.

No Gapa-Ba, pelo meu trabalho de educação em prevenção à Aids, passei a atuar com adolescentes. Este convívio, inicialmente, educativo jogou por terra meus preconceitos sobre estes meninos e meninas, que da imagem de “aborrecentes”, passaram a ser sujeitos, para os quais olho em toda sua singularidade, possibilidades e limites. Foram eles que me provocaram a este trabalho. Em nome deles agradeço, especialmente a Juca e Jennifer, meus filhos do coração.

A todos que me ajudaram concretamente na feitura, arrumação, ajustes, leituras. Foram mais que colaboradores, verdadeiros salva-vidas: meu irmão Jorge Luís Marinho, Roberto Andrade, Augusto Santos, Maria da Conceição de Paula, Mônica Vasku, Evandro Mello, Carlos Henrique de Queiroz e Cristiane Chagas.

Agradeço a Lucas Seara pela frescor de sua presença em minha vida, pelos passos que estamos ensaiando juntos.

Ao ISC, pela possibilidade de ter retornado ao mundo dos estudos, a descobrir novos horizontes para olhar. Agradeço aos professores e funcionários, especialmente Jorge Iriart, Leny Trad, Mônica Nunes, Anunciação, Néia, Valéria, Bia, Dario e Creuza.

A CAPES, pela concessão da bolsa do Mestrado.

Esse encontro com o imprevisto vale pelo tanto que a gente andou, por tudo o que a gente leu e aprendeu (...) é preciso perder-se entre os que não conhecemos para que subitamente recolham o que é nosso da rua, da areia, das folhas caídas mil anos no mesmo bosque (...) e tomem ternamente esse objeto que nós fizemos.

Neruda, P. Confesso que Vivi.

RESUMO

Na atualidade, o crescimento populacional e a epidemia de Aids renovaram o lugar de poder da saúde enquanto campo de prescrição de condutas para distintos públicos, dentre eles os adolescentes, segmento populacional recentemente reconhecido como portador de direitos, que busca disputar significados e controles sobre seu corpo e sexualidade instaurados nas políticas públicas e num discurso médico tecnológico que recrudesce a perspectiva biologizante no campo da sexualidade. A presente pesquisa visou compreender como profissionais de saúde, em uma Unidade de Atenção Básica, atribuem significados à sexualidade do/a adolescente em suas práticas e discursos, buscando responder se há um lugar específico para a sexualidade do/a adolescente em suas rotinas de atenção, entendendo que profissionais de saúde tendem a reinterpretar e dar sentido às suas práticas a partir de seus referenciais e lugares de poder. As estratégias metodológicas, assentadas numa pesquisa etnográfica, numa unidade de saúde de atenção básica, numa região de periferia de Salvador-Bahia, combinou as técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas aplicadas para 10 profissionais de saúde de nível superior. A análise de conteúdo das narrativas orientou-se por categorias teóricas e empíricas para fazer revelar os significados das percepções relacionadas à adolescência e sexualidade. A unidade de saúde pesquisada não desenvolve ações específicas dirigidas ao adolescente, com práticas de atendimento ainda orientadas para a normatização das condutas, reforçando atitudes paternalistas no atendimento a este público, e responsabilização deste pelo baixo acesso ao serviço. As representações dos profissionais de saúde retratam um perfil de adolescente marcadamente sexualizado, enfatizando o lugar de atenção à adolescente grávida ou em vivência de sexualidade para prevenção de uma sexualidade com risco. O serviço de saúde pesquisado não disponibiliza um lugar de atenção à saúde sexual do adolescente, que leva em conta seus lugares de inserção. Torna-se necessário o estabelecimento de outros modelos programáticos de atenção à saúde do adolescente, que trabalhem as concepções dos profissionais de saúde, que oscilam entre modelos conceituais universalistas, com visões preconcebidas diante dos usuários adolescentes, orientadas por suas inserções em contextos de pobreza.

Palavras-chave: adolescência, sexualidade, profissionais de saúde, gênero.

ABSTRACT

In the present day, populational growth and the AIDS epidemic have restored health to a position of power for the prescribing of conducts to diverse groups, among them the adolescents. Adolescents represent a segment of the population that has recently been acknowledged as having rights, and that currently seeks for ways to go about the meanings and the control over their bodies and sexuality, which are the subject of public policies and of a medical technological discourse that brings back a “biologized” perspective in the field of sexuality. This research aimed at understanding how health-care professionals, in a Unit for Basic Attention, grant meaning to adolescent sexuality in their practices and discourses. It also aimed at discovering if there is a specific place for adolescent sexuality in their practices of attention, as we understand that health-care professionals tend to reinterpret and give meaning to their practices based on their references and positions of power. The methodological strategy, founded on an ethnological research in a unit for basic attention located on the outskirts of Salvador-Bahia, combined the techniques of participative observation and semi-structured interviews with ten health-care professionals with a university degree. The analysis of the content of the material was oriented by theoretical and empirical categories in order to reveal the meanings of the health-care professionals’ perceptions concerning adolescents and sexuality. The health-care unit that was researched does not carry out actions that are specifically targeted at adolescents, and the professionals make use of practices that are still oriented towards giving standard rules of conduct, reinforcing attitudes that are patronizing in their attendance to adolescents, and blaming the latter for the low attendance to the service they provide. The representations of the health-care professionals show a profile of the adolescents as highly sexualized, emphasizing the attention to the pregnant adolescent or to the female adolescent having a sexual life, so as to prevent risky sexual conduct. The health-care service that was researched does not offer attention to the sexual health of the adolescent that takes into account the adolescents’ places of insertion. It is necessary to establish other programmatic models for the attention to the sexual health of adolescents that will deal with the conceptions held by health-care professionals - which are based on universalizing conceptual models, with preconceived ideas towards their adolescent users – besides being oriented by the adolescents’ belonging to poverty-ridden contexts.

Key-words: adolescence, sexuality, health-care professionals, gender.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO -----	11
-------------------------	----

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO: ADOLESCÊNCIA, SEXUALIDADE E GÊNERO.

1.1 Adolescência: um breve percurso histórico-----	18
1.2 Perspectivas conceituais da adolescência: do biológico ao social-----	21
1.3 Sexualidade: um construto em constante atualização-----	25
1.3.1 Percurso histórico-----	25
1.3.2 Novos enfoques e aportes teóricos: o lugar da intimidade e da cultura-----	29
1.3.3 Cultura sexual brasileira-----	32
1.4 O conceito de gênero-----	34
1.5 Sexualidade na adolescência-----	36

CAPÍTULO II

METODOLOGIA -----	41
--------------------------	----

2.1 Construindo a investigação: o trabalho de pré-campo-----	42
2.2 Contexto de investigação-----	47
2.3 Trabalho de campo-----	49
2.4 Plano de análise-----	53

CAPÍTULO III

UMA ADOLESCÊNCIA QUE DESFILA EM BARRIGAS E BEBÊS DE COLO:
REGISTRO ETNOGRÁFICO DA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
PARA ADOLESCENTES NUM SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA

3.1 A entrada em campo-----	55
3.2 A Unidade de Saúde: reconhecendo o espaço-----	58
3.3 Os/as adolescentes nos programas da Unidade de Saúde: cenas registradas no caderno de campo-----	61
3.4 Paradoxos dos discursos e práticas: o lugar do/da adolescente na Unidade de Saúde----	73

CAPÍTULO IV

O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SEXUALIDADE
ADOLESCENTE: ENTENDENDO SEUS SUJEITOS, CONCEITOS E MODOS DE
EXPRESSÃO.

4.1 A adolescência e adolescentes: entre conceitos e sujeitos reais-----	86
4.2 Sexualidade dos adolescentes: percepções mediadas pela classe e gênero-----	91
4.3 Iniciação sexual-----	103
4.4 Gravidez na adolescência: fragmentos de olhar sobre o visível da sexualidade adolescente- -----	106
4.5 Serão elas marcianas? : perspectivas de gênero no discurso dos profissionais -----	111

CONSIDERAÇÕES FINAIS -----117

REFERÊNCIAS-----124

APÊNDICE

INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado constitui-se num estudo cujo objetivo é conhecer e compreender como profissionais de saúde vinculados a uma Unidade de Atenção Básica dão significados à dimensão da sexualidade do/a adolescente em suas práticas e discursos. O interesse de investigação convergiu, pois, para responder se há um lugar específico para a sexualidade do adolescente nas práticas de atenção da Unidade de Saúde e que sexualidade tem sido referida e legitimada por estas práticas de atenção.

Como um estudo etnográfico, de caráter exploratório, realizado em uma Unidade de Atenção Básica referenciada para atendimento à saúde do adolescente na cidade de Salvador-BA, a pesquisa investigou e analisou os discursos de profissionais de saúde diante da sexualidade do adolescente e como estes se refletem nas práticas de atendimento a este público no serviço.

Esta perspectiva de investigação pretendia fazer um paralelo entre as dimensões de assunção dos adolescentes enquanto sujeitos desejantes e construtores de novos repertórios discursivos, na cena pública, com o lugar de significados sobre a sexualidade destes representada pelos profissionais de saúde, que, mais que meros executores de políticas, tendem a reinterpretar e dar sentido às suas práticas a partir de seus referenciais e lugares de poder.

Compreender a rede de relações que se estabelecem entre as representações acerca da sexualidade do/a adolescente, e seu impacto na ordenação de práticas de atendimento, pode lançar luz para a análise de como repertórios culturais e representações constituídas pelos profissionais de saúde tendem, junto com as políticas de saúde, corroborar ou não práticas de saúde que possam conferir aos adolescentes o domínio sobre seus corpos e sexualidade, e que tomem como ponto de partida a sexualidade a partir destes.

No Censo Demográfico de 2000, realizado pelo IBGE, revelou-se que a população entre 10 e 19 anos no Brasil soma, hoje, um total de 35.287.882 adolescentes, correspondendo à cerca de 21% da população brasileira.

Segundo dados do Unicef (2002), 62% dos adolescentes brasileiros pertencem à classe C, e 16%, à classe D. Estes adolescentes encontram-se em uma situação socioeconômica de maior

vulnerabilidade social às situações de risco como baixa escolaridade, trabalho infantil, gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis, especialmente Aids.

O crescimento populacional deste segmento etário e a ambivalência com que os adolescentes e jovens são tratados no país - ora como um problema social, ora como corolário dos ideais de liberdade das sociedades modernas - fizeram emergir na cena pública brasileira o debate sobre a questão da adolescência.

A constituição de uma agenda política para a questão da adolescência no Brasil implicava, de algum modo, constituição de espaços de legitimidade dos sujeitos adolescentes e de conformação de políticas públicas voltadas à atenção das demandas associadas a esta população.

Na formulação de Mendonça (2002), as percepções ante a criança e o adolescente, que os colocam enquanto sujeitos em desenvolvimento, estão consoantes com processos de transformações na organização social, compreendendo a esfera pública e a privada, no contexto de ordenamento das famílias, permitindo a adoção de práticas sociais orientadas para a formação da identidade sociocultural destes.

Dentre estas práticas, assumem especial importância a assistência, a saúde e a educação, como lugares produtores de saber e de constituição de práticas legitimadoras de uma nova ordem social que pensa e intervém diante destes novos sujeitos, a serem inscritos na ordem do direito.

Por não ocuparem uma posição central na esfera de regulação da produção, a constituição de pautas de direitos para a infância e adolescência tem um percurso histórico mais tardio do que o encontrado em outros sujeitos sociais, emergindo estas pautas no bojo das concepções de uma sociedade de bem-estar, que agenda condições mínimas para o desenvolvimento humano, de acordo com parâmetros erigidos nas modernas sociedades ocidentais.

Para os adolescentes, constroem-se as proposições de proteção integral e acesso universal a educação e saúde, pautas consolidadas pelas Convenções Internacionais das Nações Unidas, na década de 90, das quais muitos países tornam-se signatários, inclusive o Brasil.

Aqui, o debate sobre infância e adolescência encontra, ainda na década de 80, a sua entrada em cena como problema público, suscitando tornar-se objeto de políticas públicas, que especificamente confluíram para este fim com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990. O ECA instituiu-se tendo por princípio uma inovação: estabelecer a criança e o adolescente como sujeitos de direito.

O Estatuto da Criança e do Adolescente demarca um campo entre infância e minoridade, esta última comumente associada à criança pobre, e busca romper com a hegemonia das representações circulantes na história social brasileira perante as crianças e adolescente, que as apropriam em relações objetivas: de proteção, controle e disciplina e repressão social. A nova ordem jurídica pressupõe a instituição da participação destes novos sujeitos sociais e de novas formas de gestão nas relações entre estes e o Estado (PINHEIRO, 2001).

De todo modo, a enunciação política e jurídica dos adolescentes enquanto sujeitos de direito, por si só, não garante a efetividade de ações concretas, nem tampouco a substituição desta representação pelas demais, que vinham orientando o olhar sobre a infância e a adolescência no Brasil, conforme nos alerta Figueiredo Santos (2005).

Outras propostas de políticas surgem, como a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, a normatização e implementação do Programa de Saúde da Mulher, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/Aids, até a inserção da educação sexual nos parâmetros curriculares nacionais na segunda metade da década de 90 (PIMENTA, 2000).

Tomando por base os princípios da integralidade e universalidade, que formularam toda a concepção da saúde pública desde a década de 80, o direcionamento no campo da saúde para adolescentes priorizou a atenção a grupos de risco para situações de saúde ou agravos, com enfoque em populações em maior situação de pobreza.

A perspectiva do atendimento, entretanto, ainda era o de reforço à lógica da manutenção da saúde para a reprodução, corroborando as estreitas relações que o campo da saúde vem consolidando com as estruturas de produção capitalista.

Segundo Mendonça (2002), lógicas distintas de programas de saúde voltados ao adolescente têm comportado ambigüidades e disputas, ora direcionando-se na perspectiva do fortalecimento da autonomia, como o caso do Prosad – Programa de Saúde do Adolescente, ora dirigindo-se para um maior controle do cotidiano dos adolescentes, inspirado nos modelos de assistência médico-social, que objetivam prevenir novos problemas, como o uso abusivo de drogas e a sexualidade com riscos.

A adolescência, segundo Bozon (2004), constitui-se na idade que tem como objetivo o acesso à sexualidade. Diferentes instâncias de socialização exercem influência, especialmente a família e a escola, na apropriação pelos adolescentes dos significados culturais associados à sexualidade, sendo que somente a partir das relações com os grupos de pares e as relações amorosas sexuais que os adolescentes conseguem constituir alguma autonomia e identidade própria.

Estas instâncias seriam, portanto, os espaços privilegiados para a constituição dos processos de socialização para a sexualidade, que, de acordo com Pereira (2002), ocorre a partir da educação sexual instaurada em duas vertentes, uma relacionada à perspectiva não-formal, que podemos localizar na ação da cultura, e a segunda referindo-se à educação formal e institucionalizada.

Esta vertente, também determinada pela cultura, surge na vida dos adolescentes quando a primeira já estabeleceu seus paradigmas e eixos estruturantes, conformando um conjunto de informações e/ou lacunas referentes à questão do sexual.

As estratégias de controle do corpo juvenil e sua sexualidade encontram, hoje, um conjunto de representações e repertórios de legitimação nas políticas públicas, expressando de que modo a sociedade contemporânea brasileira confere direitos ou reproduz contradições sobre a sexualidade dos jovens, que, crescentemente, reivindicam seu potencial expressivo e desejável.

De todo modo, este não é um debate novo no Brasil. Desde a primeira década do século XX, discute-se a quem cabe informar aos jovens (e, conseqüentemente, geri-los e regulá-los) a respeito da sua sexualidade e sobre as implicações de oferecer-lhes conhecimento sobre tal temática. Este debate tem sido atravessado por determinantes socioculturais e instituições de

diversas ordens - como a Igreja Católica, o discurso médico e as mudanças no próprio Estado, instituição reguladora do ensino no país (PIMENTA, 2000).

O campo da saúde, desde então, tem se apresentado como um espaço social de produção e reprodução de conhecimento acerca da sexualidade, não apenas não se configurando num ator neutro às disputas de significados e controles, como também instaurando lógicas discursivas e práticas institucionalizadas que pretendem a regulação do corpo e a normalização do prazer (CORREA, M., 1994; CORREA, M., 1998, FOUCAULT, 1988).

O crescimento populacional, as novas formas de controle da reprodução e, em especial, o impacto causado pela epidemia de HIV/Aids renovam o lugar de poder e importância da saúde enquanto instrumento de conhecimento e prescrição de condutas, tornando a compreensão de fenômenos relacionados à correlação entre sexualidade e saúde um debate absolutamente contemporâneo, ainda mais quando a esta articulação se conjuga entender a lógica de significados atribuídos a um segmento da população muito recentemente reconhecido, na história mundial, como portador de direitos - os adolescentes.

No Brasil, embora a Constituição de 88 estabeleça ser dever da família, da sociedade e do Estado a proteção especial à criança e ao adolescente, e o Estatuto da Criança e do Adolescente conformar estes enquanto sujeitos de direitos, ambos os instrumentos do marco legal não especificam os direitos destes sujeitos, em especial aos adolescentes, em relação ao exercício da sexualidade.

As conseqüências desta carência de proposições de políticas públicas no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos para adolescentes têm se expressado na fraca presença de programas de prevenção e atendimento à saúde sexual e reprodutiva para essa população.

Segundo relatório da Ecos (2003), os serviços de saúde colaboram para esta inespecificidade do lugar dos direitos sexuais dos adolescentes quando deixam de advogar por uma política de atendimento específica a este segmento, que traz em seu bojo duas conseqüências: uma relativa ao enfraquecimento do debate específico a este campo de discussão e outra, a mais importante, relacionada à criação de dificuldades para uma maior autonomia dos adolescentes em relação à sua saúde sexual e reprodutiva.

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde encontram-se inseridos nesta realidade e ocupando um papel importante na construção ou, ao menos, na reprodução do imaginário social sobre a sexualidade. As produções de discurso e as práticas de saúde operadas pelos profissionais de saúde expressam a inscrição destes sujeitos em estruturas institucionais específicas, porém não redutíveis a estas, nem por estas sobredeterminadas.

Os discursos dos profissionais de saúde acerca da sexualidade dos adolescentes reafirmam lógicas constitutivas da sociedade e modos de apreensão do mundo, que os posicionam também no lugar de objeto e sujeito de discursos, de quem sofre interdições e, sobretudo, de quem elabora sobre uma sexualidade do outro; outro este, em geral, de pertença social distinta de quem fala e numa posição de mediação assimétrica – de profissional para usuário dos serviços.

Como um recorte de pesquisa ainda pouco explorado em outras investigações, conforme verificado na busca por outras referências na literatura, esta investigação tentou aproximar-se do objeto, no lugar, no campo da saúde, onde se entrecruzam políticas, serviços, profissionais e usuários - uma Unidade de Atenção Básica. Descortinar o olhar dos profissionais de saúde, num campo de atuação concreto, numa territorialidade específica, acerca do que elaboram com relação à sexualidade do adolescente, e como isto conforma práticas específicas de atendimento.

O interesse da investigação perpassava, portanto, em fazer revelar, ao menos nos limites desta pesquisa e de seu universo de investigação, quais sentidos a sexualidade do adolescente adquire nos discursos e nas práticas de profissionais de saúde em serviços de atenção básica. Esta questão desdobrava-se em outras, tais como: concepções de gênero informariam diferenças nas representações e práticas dos profissionais de saúde diante da sexualidade do adolescente? Que atribuições são conferidas pelos sujeitos da pesquisa às sexualidades heterossexuais e não hegemônicas? Que lugar ocupa o adolescente no serviço de saúde?

Estas questões nortearam o percurso de investigação e mediaram o olhar da pesquisadora diante da realidade estudada, tanto na apreensão dos fatos observados quanto na análise das narrativas, que resultaram num conjunto de dados, respostas e novas interrogações, que ganham corpo nesta dissertação.

A dissertação inicia-se, no Capítulo I, com a abordagem dos referenciais teóricos relacionados ao termo adolescência, sua reconstituição histórica, a abordagem dos adolescentes enquanto sujeitos sociais, especificamente contextualizados em sua inserção de classe tomadas neste estudo.

O capítulo prossegue com as discussões teóricas do construto sexualidade, a perspectiva da sexualidade na adolescência e como estas vêm sendo apropriadas e resignificadas pelo campo da saúde. Ainda neste capítulo, discute-se o conceito de gênero e como este se articula à dimensão da sexualidade.

No Capítulo II, referente à Metodologia, encontram-se os pressupostos teórico-metodológicos que orientaram o percurso de investigação - sua estratégia, descrição dos sujeitos, local e contexto da pesquisa – e a análise dos dados coletados em campo.

O registro etnográfico da Unidade de Atenção Básica pesquisada conforma as discussões apresentadas no Capítulo III, onde se apresenta a caracterização do espaço, a dinâmica do serviço capturada em fragmentos observados nos programas onde há uma circularidade de adolescentes.

O capítulo IV expõe as construções narrativas dos sujeitos da pesquisa ante os construtos adolescência e sexualidade, sem deixar de perpassá-las pelo olhar sobre os indivíduos adolescentes concretos que compõem a clientela da Unidade de Saúde.

A conclusão do trabalho, no Capítulo V, propõe-se a articular uma síntese dos principais achados, reflexionando sugestões, desafios e recomendações que podem ser tomadas pelo campo da saúde no tocante à atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO: ADOLESCÊNCIA, SEXUALIDADE E GÊNERO.

1.1 Adolescência: um breve percurso histórico

O século XX, com todo seu vertiginoso processo de acontecimentos, tecnologias, questionamentos e rupturas de paradigmas conceituais, ideológicos e comportamentais, também ficará marcado pelo imperativo categórico da adolescência.

Adolescência, enquanto um conceito que demarca simbolicamente um marcador etário da trajetória dos indivíduos, é uma invenção social relativamente recente na história da humanidade. Segundo Kehl (2004), a puberdade, que se caracterizaria como etapa de amadurecimento sexual das crianças para a aquisição de funções reprodutivas na vida adulta, tem lugar em distintas culturas e nos mais variados momentos históricos, mesmo que diferencialmente ritualizada, de acordo com as especificidades próprias de cada grupo social. O mesmo não ocorre com a adolescência.

Com uma construção social que remonta seus indícios a partir do século XVIII, a adolescência tem sua consolidação aderente a um momento histórico específico, quando da criação da nova ordem de produção econômica capitalista e seu respectivo reordenamento social. A história das mentalidades, através da qual Áries (1981) recupera a construção histórica da infância e da adolescência, demonstra que os sentidos atribuídos às crianças e aos jovens diferem no passado, para os significados que os mesmos encerram na atualidade.

Na Grécia Antiga, os jovens, admirados pelos seus atributos de força, coragem e vitalidade, eram inseridos em atividades voltadas para o serviço militar. As jovens casavam-se cedo e tinham incentivos para a prática de esportes, visando melhor prepará-las para a futura maternidade. Na Roma Antiga, a puberdade marcava o início da vida sexual para os meninos, e, para as meninas, o momento de pensar-se em casamento.

Na Idade Média, o processo de distinção entre a criança e o adulto não estava claramente estabelecido. A saída da infância para a vida adulta era marcada pelo término da dependência de cuidadores, como a mãe e a ama. As crianças eram vistas como adultos em miniaturas, cuja infância deveria ser prontamente ultrapassada para o ingresso na vida adulta.

As transformações ocorridas no período de transição da Idade Média para a modernidade aportaram as bases para a constituição da visão operante hoje na sociedade acerca da infância e adolescência. Áries (1981) argumenta que três fatos sociais correlacionados - o novo papel do Estado, o desenvolvimento da alfabetização e o de novas formas de religião - irão conformar uma nova ordenação social, que reorienta os modelos de relações dos homens entre si e da própria noção de pessoa.

O sentido dos indivíduos na sociedade passa, então, das experiências coletivas e comunitárias da Idade Média para a idéia de privatização, ou seja, do fortalecimento do espaço privado. A vida cotidiana, vivenciada num modelo de família nuclear, incorpora a afetividade como o elo de ligação das tarefas da família com relação à reprodução e ao cuidado das crianças. A infância assume, neste momento histórico, um lugar de privilégio, e os seus sujeitos, constituídos como pessoas.

A adolescência delimita seus marcos também nesta fase histórica, no século XIX, sendo reconhecida como um momento crítico, em razão das transformações da puberdade, do

comportamento e de seu lugar social. A ênfase na adolescência assenta-se na perspectiva biologizante, estabelecendo sua duração e características e firmando a escola, a família e o exército como seus elementos fundamentais de socialização.

No Brasil, o processo de constituição da adolescência esteve atrelado às características de sua formação social, já em pleno século XX, tendo por base nossa formação social escravista, numa sociedade que demarcava tempos e lugares distintos para a criança e o adulto e para homens e mulheres brancos e negros escravos (REIS & ZIONE, 1993).

No sistema colonial brasileiro, o poder paterno constituía-se como central na formação do núcleo familiar e na organização da sociedade, por ser o pai o responsável pela garantia da propriedade e da sobrevivência econômica. Segundo Costa (1979), interessava à estrutura social a capacidade de reeditar a dominação. Para a família colonial, interessava o filho adulto capaz de herdar a propriedade e manter o patrimônio familiar, donde o fenômeno de adultização precoce da infância.

A partir da ruptura do modelo político econômico colonial brasileiro, colocava-se como emergente ao Estado brasileiro uma nova proposta de constituição das famílias, cabendo ao movimento higienista o papel de legitimador e fomentador das bases científicas para situar as famílias e a infância enquanto instrumentos de poder do Estado. A higiene postulou um elo entre a criança e o adulto, um período de transição, propiciando a emergência da adolescência no seio da sociedade brasileira.

A adolescência inscreve-se, então, no lugar social de preparação para o mundo do trabalho e para as vicissitudes da maturidade emocional adulta, que postergaria também, temporariamente, o exercício dos direitos e deveres dos adolescentes diante da reprodução.

Entretanto, esta apreensão da adolescência reproduziu-se socialmente pelo seu viés ideológico, inserido numa realidade de classe concreta e menos informada pela capacidade real das famílias de darem conta deste modelo de adolescência. Eram as classes altas, mais precisamente, que podiam dedicar aos seus filhos condições objetivas e simbólicas para a constituição deste tempo de espera e preparação, mas que terminaram por conformar o conteúdo da noção contemporânea de adolescência.

As mudanças processadas no século XX no contexto das famílias e no modelo de produção econômica propiciaram uma ênfase nos sentidos construídos com relação à adolescência, ora dirigidos a uma idealização de suas características, ora situando-a na vertente de problema social.

Segundo Lyra (2002), a exaltação da adolescência, em geral, está associada à possibilidade de seus sujeitos transitarem mais livremente pelos códigos morais constituídos, assim como pela vinculação de adolescência e o ideário da sociedade de consumo: liberdade e beleza. Por outro lado, há uma crescente reiteração, no imaginário contemporâneo, de um repertório discursivo da adolescência associada à crise e problema social.

Mesmo não sendo esta última uma idéia nova a se aderir à imagem adolescente, nestes tempos atuais parece ganhar mais corpo, em função de as estatísticas e dados epidemiológicos localizarem a adolescência em repertórios comportamentais como gravidez, uso de drogas, violência, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros. A reverberação do comportamento adolescente ganha corpo nos meios de comunicação, retroalimentando a idéia de uma adolescência hedonista, na qual se justifica a ação de seus sujeitos pela fase em que vivem.

Segundo Ayres (1993), os processos sociais que caracterizariam a adolescência naturalizam-se ao ser apreendidos como parte de uma noção incorporada de cultura adolescente. Os adolescentes agem com determinadas condutas por estas fazerem parte de um suposto padrão de ação esperado a eles.

1.2 Perspectivas conceituais: do biológico ao sociocultural

A apropriação conceitual da adolescência tem sido feita por diferentes correntes do conhecimento e perspectivas teóricas – biológicas, psicológicas e socioculturais – das quais a biológica tem resguardado determinado domínio hegemônico.

O fundamento biológico, que alicerça as bases para a perspectiva biomédica, também está no eixo de sustentação dos modelos psicológicos de concepção da adolescência. Localizando nas mudanças físicas, hormonais e comportamentais os atributos que conferem identidade e estatuto próprio a esta fase cronológica, a adolescência reveste-se de um caráter universal e natural, posto que, para seus postulantes, a princípio, todos os sujeitos em um determinado momento entre a infância e a vida adulta passarão por estas transformações no corpo, nas funções fisiológicas e nos papéis sociais a eles atribuídos e na constituição de uma outra auto-imagem.

Neste enquadramento, o modelo biomédico conceitualiza a adolescência, considerando-a segundo Peres e Rosenberg (1998:56), como uma etapa de transição entre a infância e a vida adulta, tendo como base as transformações puberais, de caráter biológico, que, por sua vez, desencadeariam mudanças psicológicas e sociais, até atingir a maturidade.

Para Ayres (1993), este modo de apreensão da adolescência, objeto do discurso médico, confere a esta um caráter a-histórico, para a qual independeria, sua ocorrência e características, dos contextos de inserção dos sujeitos, dos significados sociais mais amplos que modelam o que é ser adolescente em cada momento histórico, assim como as próprias trajetórias individuais dos indivíduos implicados. O caráter a-histórico seria, assim, conferido como um atributo do modo de apreensão dos objetos pela medicina e não uma propriedade intrínseca da adolescência.

Diferentes teóricos da Psicologia, como Erikson, Aberastury, incluindo Freud e Piaget, têm também concebido a adolescência numa perspectiva naturalista e universal, localizada como um período do desenvolvimento mediado pelas relações de incorporação à vida adulta e à aquisição de experiências, período este marcado por turbulência e conflito.

As definições oficiais de adolescência, que tentam estabelecer os marcadores cronológicos para este construto, não escapam a este dimensionamento essencialista. Em 1974, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o conceito de adolescência embasado em três eixos inter-relacionados: bio, psico e social, que corresponderia às características deste período, como:

- a) Surgimento dos caracteres sexuais secundários.

- b) Desenvolvimento de processos psicológicos e de identificação que fazem a transição da fase infantil para a adulta.
- c) Transição de um estado de total dependência econômica para outro de relativa autonomia.

Segundo Reis e Zioni (1993), a OMS explicita que o termo adolescência corresponde a uma classificação social, que varia em sua composição e implicações, entretanto, e apesar destas considerações, estabelece uma demarcação temporal para este período, compreendido então entre os 10 e 20 anos.

Como argumentado por Lyra (2002) e postulado nesta pesquisa como seu foco de orientação, a adolescência pode estar cronologicamente delimitada; no entanto, a ênfase deve estar mais dirigida a recuperar as experiências sociais e culturais particulares que a caracterizam e imprimem graus distintos de variabilidade do que as especificamente localizadas nos eixos cronológico e biológico.

As contribuições socioculturais lançariam outros aportes para compreender a adolescência, questionando o viés essencialista que vem inflexionando as concepções relacionadas à adolescência. Para esta corrente, a adolescência corresponderia mais a um fenômeno cultural do que uma inevitabilidade biológica (REIS e ZIONI, 1993).

A história das mentalidades, a partir dos trabalhos de Áries (1981), vem confirmar esta perspectiva culturalista de conceituar a adolescência, apontando que, na história da civilização ocidental, somente a partir do século XVIII o adolescente ganha um lugar de especificidade na ordem social, e a organização desta passa a ser constituída também pelo marcador etário.

Investigações da antropologia, realizadas desde os estudos de Margareth Mead (1968), apontam a adolescência como um fenômeno que se inscreve para além das mudanças biológicas e psíquicas, distinguindo-se de cultura para cultura, e mesmo no interior destas os adolescentes conseguem diferenciar-se.

Rojas (1995) reafirma este modo de compreensão do significado de adolescência, enfatizando como esta noção circunscreve-se ao mundo ocidental e ao modelo de produção industrial, que

requeria a existência de uma temporalidade para a qual se postergasse o ingresso no mundo adulto e se constituísse num momento de socialização para o trabalho e o cumprimento dos papéis adultos futuros.

Como um produto da sociedade capitalista, a juventude, segundo Bourdieu (1983), conforma-se enquanto uma categoria arbitrária, delimitada por disputas de poder que expressam lugares distintos dos sujeitos na ordem social. A juventude não poderia, assim, ser denominada no singular, e sim, em sua pluralidade, como juventudes, com capacidades diferenciadas de apropriação de bens materiais e simbólicos.

Entende-se, a partir desta definição, a existência de conjuntos distintos de adolescentes com capacidades diferenciadas de vivenciarem a adolescência, tal qual expressa pelo modelo de poder dominante. Na sociedade brasileira atual, significativas parcelas dos adolescentes, os que compõem a parcela mais empobrecida e de baixa escolaridade, encontram importantes entraves para apropriarem-se do modelo hegemônico de adolescência e disputarem espaço nas disputas pelo capital cultural e simbólico.

Considera-se neste estudo entender as dimensões do deslizamento do conceito adolescência para os sujeitos reais que as vivenciam enquanto um processo, uma “trajetória biográfica”, expressão tomada de empréstimo de Pais (1999). Os sujeitos adolescentes que freqüentam as Unidades de Saúde, usuários da atenção dos profissionais de saúde, informantes desta pesquisa, são, em sua quase totalidade, integrantes desta outra adolescência, com pouco acúmulo dos bens materiais e simbólicos.

A adolescência e os adolescentes referidos neste estudo, a partir dos significados apreendidos nas construções narrativas dos profissionais de saúde pesquisados, são oriundos das camadas populares, termo aqui utilizado, segundo Melo (2001:5) para englobar

gente de baixa condição social, empregada ou não, que articula uma identidade a partir de experiências aparentemente díspares (mas comuns), nem sempre nos moldes clássicos da política (partidos, sindicatos, etc.), a partir das relações com as camadas dominantes e da necessidade de resistir as suas imposições, por meio de uma formação cultural própria.

Para Heilborn (1997), a expressão grupos populares encerra um conjunto amplo de categorias sociais em posição de subalternidade ou inferioridade aos padrões de uma sociedade de classe,

moderna e urbana (pg. 299). Este posicionamento de alteridade em que os adolescentes usuários da Unidade de Saúde se encontram lhes confere um lugar social específico: o lugar da falta, da ausência de positividade, de acesso diferenciado ao projeto de postergação e moratória social, tão caros ao conceito de adolescência no mundo ocidental.

O sentido de postergação incorporado à concepção de adolescência parece sugerir, portanto, não ser o mesmo, ao menos, não se realizar do mesmo modo para adolescentes inseridos em distintas camadas sociais.

As limitações econômicas e as relacionadas à aquisição de níveis mais elevados de escolaridade impõem aos adolescentes de camadas populares restrições mais concretas a vigência de uma adolescência de preparação para a vida adulta. Para eles, é este o momento presente, a vida presente, e é nela que se fazem as escolhas, a entrada em comportamentos e vivências, que parecem, aos olhos dos que estão do outro lado - do adulto, do profissional, do inserido nas camadas médias -, inadequados, uma insubordinação à postergação que interdita, mesmo que temporariamente, as escolhas e a autonomia que define plenamente um sujeito social.

1.3 SEXUALIDADE: UM CONSTRUTO EM CONSTANTE ATUALIZAÇÃO

1.3.1 Percurso histórico

A sexualidade, ao longo da história da humanidade, tem se constituído num objeto de estudo de diferentes campos do saber e, mais que isso, tem se configurado no pilar que funda as próprias sociedades, inscrevendo-se na ordem do social, a partir daquele que será o balizador primeiro das regras entre o permitido e o proibido – o tabu do incesto².

Estudos antropológicos diversos contribuíram para revelar que todas as sociedades humanas buscaram, de algum modo, estabelecer para a sexualidade um conjunto de regras que as retirariam do domínio exclusivo da natureza e as instaurariam também no lugar da cultura. A questão do sexual transversaliza distintos contextos sociais, os quais determinam suas crenças, valores, práticas e normas de regulação.

Deste modo, entende-se, então, que a sexualidade tem assumido, ao longo do percurso histórico da humanidade e para distintos grupos sociais, conformações diferenciadas nos significados e vivências, que romperiam com a perspectiva de apreensão da sexualidade enquanto um objeto a-histórico, que tende a responder às determinações do biológico.

Remontar este processo de historicização da sexualidade, ou, melhor dizendo, do processo de discursividade acerca da sexualidade, que tenta compreender os acentos que esta vai conformando em cada momento histórico, remete suas origens ao século XVII, com a tradição da Igreja Católica, do direito canônico e a lei civil, que regulavam as práticas sexuais, num discurso acentuadamente unitário, com foco nas relações matrimoniais (FOUCAULT, 1988).

Num sistema centrado na aliança matrimonial, interessava a produção de discursos sobre o sexo dos cônjuges, conquistada pela incessante recorrência à confissão, como o mais bem acabado mecanismo de controle da sexualidade, naquele momento histórico. Falar sobre o sexo, como era feito e, sobretudo, como ele se exercia fora das regras centrais de permissão, que possibilitariam a constituição de todo um conjunto de condenações, já modelava um sistema de saber e poder, localizado em seus domínios, em especial na Igreja Católica.

O final do século XVIII e o século XIX irão tornar-se palco de um outro modo de apreensão da sexualidade, que, passando do discurso unitário, se apresenta numa multiplicidade de discursos, dispersos em distintos focos de produção. Um dos efeitos desta múltipla produção

² Loyola, 1998.

discursiva acerca do sexo ancora-se na criação daquilo a que Foucault (1988) denomina de heterogeneidades sexuais.

Na cobertura desta denominação, abrigam-se todas aquelas manifestações de sexualidade até então pouco reveladas, ou que se mantinham periféricas ao modelo de heterossexualidade conjugal monogâmico: a sexualidade das crianças, o homossexual, as perversões. São para estas sexualidades periféricas que se instituem novos arranjos de confissão exercidos por outras instâncias de controle e vigilância - a medicina e a pedagogia - revestidas de caráter científico e apoiadas pela ação do Estado, que busca, pela ação destes campos de saber, garantir o cuidado e a regulação das populações.

Para Foucault (1988), a utilização do domínio público sobre a sexualidade não se colocava a serviço de práticas repressivas e interdições, enquanto objetos primordiais, mas sim para estabelecer saberes que poderiam conformar poder de influência, diante das escolhas dos indivíduos e do controle da população. Ainda segundo este autor, a importância está no poder que se exerce sobre o corpo e o sexo, que não se apresenta sobre a forma de lei ou de interdições, mas sim pela provocação e incitação a diferentes formas de sexualidade, organizando seus lugares e catalogando suas condutas.

O foco principal é que o sexo, para além do prazer, dos interditos e regras, constituiu-se naquilo a que se deve falar, um objeto de verdade, a produzir a verdade do sexo, decodificada pela discursividade científica, a qual lança mão da medicalização, para atribuição de sentidos terapêuticos ao sexo e conformação dos limites entre o normal e o patológico.

É nesta perspectiva histórica que Corrêa (1998) localiza o primeiro ponto de condensação do discurso médico ante a sexualidade. A inauguração de um novo tipo de ordem social – produção capitalista e nova moral burguesa – institui as denominadas práticas disciplinares sobre o corpo, que passam a ser exercidas pelo conhecimento científico da Pedagogia, Psicologia e, sobretudo, da Medicina, através da regulação das condutas e dos comportamentos individuais.

Numa sociedade que precisava, para a consolidação do sistema de produção dominante capitalista, ter o controle sobre os corpos e a reprodução, a medicina apresentava-se com uma dupla função, curar e fazer prevalecer normas. Normas sobre o corpo, a saúde, a doença e o

sexo, normas que garantissem a vida, que ganha na sociedade burguesa o status de riqueza e, portanto, de propriedade.

Marilena Correa (1998) corrobora estas assertivas explicitando ter o saber médico produzido diferentes saberes sobre o sexo, que conduzem a uma diferenciação e uma especificação das práticas, dos desejos e dos comportamentos. Para Birman (1991), (...) na sua diversidade discursiva, a Medicina seria o pólo teórico que regularia estas relações na modernidade, legitimando as práticas sociais que realizariam a gestão das relações entre a ordem da natureza e a ordem da cultura (pg. 19).

O discurso médico do século XIX apreende a sexualidade em seu interior como campo de estudo, catalogação e prescrição de condutas, como um impulso a ser gerido para adquirir uma normatividade que perpassava pela heterossexualidade, controle da sexualidade feminina e reprodução³.

O alinhamento do sexo neste campo de normatividade não emerge como única resposta possível ao exercício do saber e do poder, o qual passa progressivamente a exercer suas ações sobre o corpo feminino, a sexualidade das crianças, o estabelecimento de condutas de procriação e a patologização do prazer perverso, que passa a ser balizado pelo que tem de mais ou menos próximo à finalidade reprodutiva do comportamento sexual.

A sexualidade definitivamente tinha se instaurado nos domínios da regulação pública. E é na medicina que a sexualidade termina por ser unificada como instinto biológico voltado para a reprodução da espécie e que todos os demais atributos ligados ao erotismo, desde sempre tidos como sexuais, passaram a ser submetidos a essa exigência primordial (LOYOLA, 1998, p.11).

Capturada em sua vertente biológica, para dar sentido à produção de verdade, e estabelecimento de controle para uma dada ordem social, a sexualidade para Foucault (1988) reafirma-se como um dispositivo histórico, como uma rede entre elementos heterogêneos distintos que incorpora instituições, discursos, leis, medidas administrativas, proposições científicas, que transitam entre o discursivo e o não-discursivo.

Segundo Foucault (1979), o dispositivo de sexualidade se articulava ainda com o poder e produz o sexo enquanto objeto imaginário e elemento essencial de seu próprio discurso e funcionamento. As formas de exercício de poder se apresentariam diferentes do Estado, a ele articulado de maneiras variadas.

³ Correa, 1994; Correa, 1998; Foucault, 1988, Loyola, 2000

O poder intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e, por isso, podendo ser caracterizado como micropoder ou subpoder (MACHADO, 1979).

Os poderes são exercidos em níveis distintos da rede social, não se falando de poder enquanto uma categoria hegemônica, mas sim como práticas ou relações de poder, que tampouco guardam uma perspectiva negativista. O interesse do poder é adestrar o corpo humano, seus comportamentos para a manutenção de um modelo de produção econômica historicamente determinado, regulador das atuais relações e significados sociais. O poder se instaura para produzir prazer e não apenas demarcar limites.

O aporte conceitual de Foucault referente à sexualidade possibilitou lançar luz acerca de sua apreensão enquanto objeto socialmente construído, distintamente distribuído em redes de significados e discursos, que, mais que sofrer as sanções de interdições repressivas, buscou-se ordenar, através de instâncias disciplinadoras, nos limites demarcatórios do normal e patológico.

Distribuída entre instituições e localidades de saber e poder, a sexualidade passa cada vez mais, ao final do século XIX e século XX, a atender as regulações do Estado, particularmente através dos movimentos de saúde pública, nos discursos de saúde e doença (PARKER, 2000), e na associação da sexualidade à reprodução, marcando a concepção essencialista da sexualidade para a qual o corpo é uma verdade fundamental.

Neste enquadramento conceitual, segundo Vance (1995), o essencialismo postula haver na sexualidade uma perspectiva inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual que conduz as ações. A sexualidade transitaria, assim, de um marco reprodutivo, em cumprimento ao seu atributo fisiológico, a uma manifestação de pulsão psíquica.

Na atualidade, entretanto, outras possibilidades de apreensão discursivas da sexualidade têm se tornado mais recorrentes e tentam romper com o paradigma essencialista da sexualidade, reconhecendo a emergência de novas fronteiras constitutivas, como a intimidade, e a

compreensão do papel dos contextos socioculturais específicos nos modos de conceber e vivenciar a sexualidade dos indivíduos.

1.3.2 Novos enfoques e aportes teóricos: o lugar da intimidade e da cultura

A partir da segunda metade do século XX, particularmente nas sociedades ocidentais, a sexualidade vem sendo remodelada a partir do ingresso de novas matizes de apresentação e controle, cujas características constitutivas não deixam de fazer correlações com o estatuto das transformações socioeconômicas dos sistemas de produção operadas a partir deste período histórico. O florescimento de outras mudanças socioculturais, como o movimento feminista, a luta por liberdades civis, o movimento gay e a própria epidemia de HIV/Aids, passou, também, a influir decisivamente no modo de viver a sexualidade, abarcando novos atores a disputar-lhe significados.

As novas conformações da sexualidade parecem estabelecer um paralelo com o ethos social moderno, assentado na primazia do individualismo, assunção do desejo/performance individual como direito, e as escolhas - aqui relacionadas aos objetos afetivos/eróticos, práticas sexuais e modos e tempos de vivenciar a sexualidade - como produtos das individualidades, em escolhas que não prescindem da subjetividade enquanto seu eixo estruturante.

A sexualidade (contemporânea) funda-se como uma experiência pessoal, fundamental para a construção do sujeito em um domínio que se desenvolveu e assumiu um peso considerável no decorrer do século: a esfera da intimidade e da afetividade (BOZON, 2004, p.43).

Outro teórico que aborda a questão da sexualidade nas sociedades contemporâneas é Anthony Giddens (1993). Ele afirma que a difusão das modernas tecnologias de contracepção e reprodução pôde liberar a sexualidade de sua vinculação à reprodução, cunhando a expressão sexualidade plástica, na qual a intimidade e uma maior autonomia dos indivíduos diante das suas escolhas afetivas sexuais teriam maior expressividade.

Outras nuances das sexualidades contemporâneas podem ser assinaladas pela maior extensão e diversificação das experiências sexuais dos indivíduos e pelo declínio da regulamentação sexual originada em princípios absolutos, conferindo à rede de relações pessoais mais próximas uma importante mediação dos comportamentos e experiências (BOZON, 2004).

A trajetória contemporânea da sexualidade abarca, portanto, a multiplicidade de outros significados, especialmente ao conferir à intimidade e às escolhas individuais o status de seus signos constitutivos. O contexto social e cultural contemporâneo continua a apresentar uma abundante discursividade acerca da sexualidade, presente em grande parte na mídia, assentada no eixo de uma progressiva autonomia dos sujeitos com relação aos seus corpos, sexualidade e afeto.

Vale ressaltar, entretanto, que este processo atual sobre as pautas sociais relacionadas à sexualidade tem comportado contradições, avanços e recuos, a partir dos lugares de inserção dos sujeitos implicados (ações e efeitos diferenciados a partir dos eixos de classe, gênero, etnia e geracional) e de fatores conjunturais, como a epidemia de Aids, que vem obrigar a se repensar o lugar de autonomia dos sujeitos sobre o seu corpo e sexualidade, por reinstaurar a perspectiva de risco, vulnerabilidade e controle da sexualidade.

De algum modo, portanto, a medicina e o campo da saúde, ademais de todo o processo de inflexão da sexualidade para o domínio do privado, prossegue renovada na criação de saber e produção de novas subjetividades acerca da sexualidade, a partir especialmente das novas técnicas de reprodução e do advento da Aids.

De todo modo, entretanto, a perspectiva de apreensão do contexto cultural onde se insere a sexualidade, e o que dela fala a rede de referentes socioculturais, constitui-se num eixo de análise importante para dar conta de compreender o modo como homens e mulheres experienciam sua sexualidade, facultando o surgimento de abordagens que a compreendam no escopo de uma “construção social”.

Para Parker (1991), (...) a experiência sexual, como toda a experiência humana, é menos o resultado de uma natureza humana imutável do que o produto de um complexo conjunto de processos sociais, culturais e históricos (...) (pg. 13:14).

Esta afirmativa caminha na direção do enfoque da teoria da construção social da sexualidade, segundo a qual a sexualidade é conformada a partir de *seus significados subjetivos, na esfera do comportamento e da ideologia, além do corpo, suas funções e sensações como potência (e limites), incorporada e mediada pela cultura* (VANCE, 1995, p.22).

Com esta corrente conceitual, rompe-se com a base biológica da sexualidade, demarcadora de seu caráter universalizante e dirigido à reprodução, colocando-se na cultura e nas relações sociais e políticas específicas, a arena de constituição da sexualidade como uma categoria histórica e, portanto, variável em suas conformações e performances.

Segundo Loyola (1999), a perspectiva construtivista tem assumido nuances variadas; todas, porém, contrapondo-se à idéia de sexualidade como forma de essencialismo. O eixo de variação estaria no grau de autonomia que cada corrente atribui à sexualidade em relação à reprodução. Uma destas correntes pensa o corpo biológico, o sexual e o erótico como construções sociais, conferindo a sexualidade um estatuto de autonomia (HEILBORN, 2003).

A segunda corrente, que Loyola (1999) denomina de construtivista-relacional, reconhece que o corpo se coloca como substrato para a inserção da cultura e da sexualidade, no sentido de ser ele um social somatizado (p. 34).

No escopo desta pesquisa, toma-se a perspectiva relacional como eixo conceitual estruturador da investigação e da análise da realidade estudada, que se afina à conceituação de Heilborn (2003:202), na qual expressa:

Ser a cultura a grande responsável pela transformação de corpos sexuados em corpos socializados, inseridos em redes de significados que definem categorizações de gênero, de orientação sexual e de escolha de parceiros (...).

A postulação construtivista, com seu foco de considerar os cenários culturais específicos modelando os comportamentos sexuais, permite inferir que a compreensão dos contextos sociais, onde se atualizam as experiências de socialização para a sexualidade e as próprias condutas sexuais, torna-se prementemente mais fundamental do que o foco nos comportamentos individuais (PARKER, 2000).

Neste sentido, para os efeitos deste estudo, a compreensão da especificidade da cultura brasileira diante do sexual e o olhar acerca de como a sexualidade se entrecruza com o

marcador etário neste contexto cultural podem revelar de que modo os profissionais de saúde estão apropriando os significados culturalmente construídos sobre as condutas sexuais e os modos de vivenciá-las.

Além disso, como estes significados culturais estão construindo representações sobre o sexual e nas diferenças que podem estar em jogo para homens e mulheres, e para adultos e adolescentes, e para estes mesmos sujeitos em posições distintas de classes.

Segundo Bozon (1995), as representações constituem-se na camada mais antiga, mais estável e mais implícita da visão de mundo dos indivíduos, nas representações, encontram-se categorias de classificação, imagens, símbolos que organizam a relação dos indivíduos com a natureza, assim como as relações dos indivíduos entre si (especialmente as relações de sexo). Essa visão de mundo se apresenta com frequência como natural, não exigindo qualquer justificativa(pág 123).

Para esta pesquisa, a partir do enfoque conceitual das representações, expressas nas narrativas dos sujeitos, podem-se resgatar as categorias classificatórias e os símbolos tomados por estes para compreender a realidade da experiência sexual de outros sujeitos. Neste sentido, tomando de empréstimo as argumentações de Minayo (1994), as falas dos sujeitos são representações de grupos determinados e o que estes constituíram como valores e símbolos diante de uma determinada realidade objetiva e/ou subjetivizada.

As representações permitiriam capturar o modo como o campo da saúde, aqui circunscrito aos profissionais de saúde pesquisados, tende ou não a reiterar o seu lugar de domínio e regulação com relação ao sexual, reificando-o na sua perspectiva biológica.

O enfoque também é de se descortinar como as representações dos profissionais investigados informam mais uma percepção acerca de comportamentos individuais ou estão dando sentidos a leituras mais aproximadas da cultura sexual de inserção dos adolescentes, assim como levantar as considerações expressas para as questões de gênero, se mais ou menos apreendidas pela diferença biológica entre os sexos.

1.3.3 Cultura sexual brasileira

Richard Parker, um dos principais teóricos na abordagem da cultura sexual brasileira, descreve cinco subsistemas⁴, que se organizam para conformar a construção social das sexualidades brasileiras. Três destes subsistemas parecem fundamentais na compreensão do modo de expressão da sexualidade brasileira.

O primeiro destes subsistemas refere-se à ideologia patriarcal, na qual foi assentada a construção das relações sociais no Brasil, e, mais que um sistema de organização social, funda as bases ideológicas de representações para as redes de interações sociais e relações entre os sexos na sociedade brasileira.

Os modos antagônicos de definição do masculino e do feminino na cultura brasileira, e as representações dos papéis diferencialmente esperados para homens e mulheres, tanto nos domínios públicos quanto nos privados, encontram sua origem no modelo de organização patriarcal. Neste, dos homens espera-se poder, virilidade e dominação. Às mulheres atribui-se o lugar de inferioridade e submissão.

O impacto deste modelo patriarcal apresenta-se também na vivência da sexualidade, hierarquicamente organizada em termos das diferenças de gênero, conforme as palavras de (PARKER, 1991), (...) então, o tratamento cultural da sexualidade feminina é muito claramente dirigido para o controle e a limitação (...), o tratamento da sexualidade masculina, ao contrário, deve ser a incitação e encorajamento e um discurso quase constante sobre assuntos sexuais (...) (pg 103).

A hierarquia de gênero na sociedade brasileira não apenas organiza as relações sociais mais amplas, como também informa os códigos de socialização para a sexualidade, dá significados às práticas sexuais e estabelece padrões de dupla moralidade para homens e para mulheres.

⁴ Os cinco subsistemas formulados por Parker (1991) apud Paiva (2000) seriam: o discurso religioso, por força da herança ibérica e católica, através do qual se valorizam o casamento e o sexo reprodutivo; o discurso da higiene social, com seus marcadores sobre a sexualidade sadia e patológica; o discurso da ciência moderna do sexo, que legitima e prioriza a informação científica; a ideologia do gênero patriarcal; e, por fim, a ideologia do erótico (Paiva, 2000).

Completando o conjunto dos três principais subsistemas estruturantes da cultura sexual no Brasil, encontra-se a ideologia do erotismo, a qual localiza na transgressão um mecanismo de organização da experiência erótica, que subverte as noções de aceitabilidade ou não das práticas sexuais nos domínios antagônicos do público e do privado, a partir de inversões simbólicas.

Na atualidade, mesmo no Brasil, o padrão cultural acerca da sexualidade tem sofrido significativas mudanças em termos das interdições e das regras normatizadoras quanto ao seu exercício, iniciação e práticas.

A partir dos anos 60, com a separação entre sexualidade e reprodução pelo advento dos métodos de contracepção oral, as discussões acerca das relações de gênero e do lugar da mulher com relação ao seu corpo, sexualidade, família e trabalho, produziram-se significativas mudanças nas pautas culturais relacionadas à sexualidade.

Barbosa (1999), numa pesquisa realizada, em 1995, em dois contextos urbanos brasileiros, confirma as transformações, para homens e mulheres, dos parâmetros de organização da experiência do sexual baseados em modelos rigidamente hierarquizados, a partir das mudanças socioculturais mais amplas das últimas três décadas.

De acordo com esta autora, a assunção do discurso do direito às mulheres de vincular sexualidade, prazer e realização pessoal vem possibilitando um possível reordenamento nas relações entre os gêneros, tanto na esfera pública quanto na ordem da sexualidade.

A autora, porém, convoca a refletir sobre a permanência ainda na cultura sexual brasileira de processos assimétricos nas relações entre os gêneros, com existência concomitante a estes reordenamentos, e, mais ainda, em que medida as novas pautas encobririam ou gerariam novas distinções de gênero.

Em particular a este aspecto, a autora salienta que, para as mulheres, a vinculação entre amor e sexo, e com o próprio prazer, permanece sendo um elemento constituinte de sua sexualidade, um traço marcante do modelo cultural de sua socialização sexual. Mais uma vez, as pautas mais gerais de transformações acerca da sexualidade guardam especificidades e

ganham sentidos distintos no jogo relacional com as culturas particulares de grupos e contextos sociais e sexuais determinados.

1.4 O conceito de gênero

A história da sexualidade tem estado intimamente imbricada com as referências constituídas acerca do que se denomina masculino e feminino, como se organizam as diferenças entre os sexos e que atributos estão sendo conferidos à sexualidade masculina e feminina a partir da relação com estas diferenças.

Ancorado numa compreensão biológica e anatômica das diferenças entre homens e mulheres, funda-se o modelo de divisão social e sexual como o modo hegemônico de organização social e da sexualidade, resguardando-se papéis e atributos assimétricos para homens e mulheres.

A divisão entre os sexos percebida como natural, porque instaurada pela ordem do biológico, estaria na base da justificação das assimetrias nas relações entre os gêneros. Elas legitimariam lugares diferenciados para o masculino e feminino, desde as matrizes do campo da reprodução ao mundo do trabalho e constituição de subjetividades, que garantem aos homens primazia na ocupação de espaços de poder tanto na esfera pública quanto na privada. Para Bourdieu (1999:17).

(...) a divisão entre os sexos parece estar “na ordem das coisas”, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e ação. Essa experiência apreende o mundo social e suas arbitrárias divisões, a começar pela divisão socialmente construída entre os sexos, como naturais, evidentes, e adquire, assim, todo o reconhecimento de legitimação.

Na perspectiva de contrapor-se à naturalização das diferenças e disputar significados que reconheçam a construção social do feminino e do masculino, assim como as relações de poder subjacentes à montagem da lógica biológica das diferenças no ordenamento do mundo, emerge o conceito de gênero, cuja origem remonta ao movimento feminista da década de 70, enquanto uma categoria de análise.

Gênero passaria a expressar a recusa à aceção biológica das diferenças entre os sexos, que determinavam uma naturalização das diferenças entre homens e mulheres, para encobrimento de relações de poder assimetricamente construídas.

Nesta perspectiva, para Scott (1996), gênero se conceituaria como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, que fomentaria as bases nas quais se organizam e se significam as relações de poder.

Gênero é apreendido como uma das relações estruturantes de organização da vida social e de inserção dos sujeitos, informando distintas oportunidades, trajetórias, escolhas, e a conformação da identidade, subjetividade e modos de homens e mulheres relacionarem-se social e sexualmente (LAVINAS, 1997; DUQUE-ARRAZOLA, 1997).

A existência de uma realidade social de gênero, estruturada em relações de poder desigualmente distribuídas, implica não apenas um modo de relações que se estabelecem na exterioridade dos sujeitos, mas sim em concepções profundamente internalizadas, que orientam condutas e modos de apreensão da realidade, num caráter de quase naturalização.

O gênero, enquanto uma construção social, incorpora-se nos modos de ser e de agir dos sujeitos, orientando seus esquemas de percepção e ação, em consonância a noção de habitus⁵ de Bourdieu (1996), através do qual, dos princípios de relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, se ordenam práticas distintivas e esquemas de classificação entre o masculino e o feminino.

O masculino e o feminino passam a adquirir sentidos distintos, onde a diferença dos sexos traduz-se numa linguagem binária (superior/inferior, forte/fraco, ativo/passivo) e

⁵ Para Bourdieu (1996:22), os habitus são princípios geradores de práticas distintas e distintivas (...), mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes.

hierarquizada, na qual apenas um dos termos, em geral, é valorizado. Dentro dessa lógica, o feminino está sempre assinalado no lado inferior (BOZON, 2004).

As relações assimétricas entre homens e mulheres são tomadas nesta pesquisa como resultado de construções históricas, num incessante processo de produção e reprodução social, viabilizado por distintas instâncias de socialização e produção de subjetividades, entre as quais inclui-se o campo da saúde. Este processo de contínua produção e reprodução das diferenças permite inscrever estas relações tanto na esfera das condutas quanto nas formas simbólicas de apreensão dos corpos e afetos.

1.5 Sexualidade na Adolescência

As discussões teóricas e o campo de estudo relacionado à sexualidade da adolescência têm se mostrado profícuo em diferentes disciplinas das Ciências Humanas e da Saúde. De todo modo, entretanto, os direcionamentos conceituais sobre a sexualidade adolescente tendem a divergir, ora apreendendo-a enquanto produto de construções históricas e culturais específicas, ora ancorados na vertente do determinismo biológico.

Mais do que para qualquer outro segmento populacional, a ruptura da perspectiva biológica na construção conceitual da sexualidade adolescente tem se mostrado particularmente complexa. As mudanças corporais que se processam tanto no nível da aparência física quanto em novas aquisições de competências fisiológicas – como, por exemplo, a capacidade de reprodução – tendem a obscurecer a variabilidade de elementos que concorrem para a determinação da sexualidade e para a ocorrência destas próprias transformações que se operam no corpo.

No discurso biomédico, freqüentemente, a sexualidade adolescente é modelada pela força dos hormônios. Segundo Paiva (1996), na construção deste discurso, a sexualidade adolescente é caracterizada como um evento biológico discreto, ou seja, um conjunto de freqüências de comportamentos que têm na natural explosão dos hormônios a causa de sua eclosão.

O acento na perspectiva essencialista da sexualidade retrai o olhar sobre a gramática cultural da sexualidade adolescente (PAIVA, 1996) por desconsiderarem o contexto social e cultural em que as decisões sobre sexo são tomadas. Além disso, ausentam-se as dimensões de múltiplas determinações para a sexualidade e uma visão da heterogeneidade dos adolescentes em seus justapostos contextos de inserção, que informam diferenças no modo de internalizar e experienciar a sexualidade.

As profundas transformações ocorridas nas últimas três décadas em relação às pautas culturais da sexualidade, com maior liberalização das condutas sexuais e aceitabilidade social à existência de uma sexualidade exercida fora dos contextos relacionais mais tradicionais (casais heterossexuais adultos), trouxeram também importantes repercussões para a construção e representação social da sexualidade adolescente.

Talvez em nenhum outro momento histórico das sociedades modernas ocidentais, a pauta da sexualidade tenha estado tão na ordem do dia e na agenda dos adolescentes e do olhar da sociedade sobre estes, como o que se verifica na atualidade.

As expectativas sociais formuladas para a sexualidade adolescente modificaram-se numa tendência de maior aceitabilidade da experiência sexual ocorrer nesta fase, não, porém, sem comportar contradições e pautas distintas, a depender dos eixos de classe e gênero, que permanecem organizando posicionamentos distintivos entre e para os sujeitos.

Para Paiva (1996), na sociedade brasileira atual, espera-se que a sexualidade apareça na adolescência e é amplamente aceitável que os jovens sejam sexuados, devendo, entretanto, esta sexualidade ser diferenciada por gênero e se estabelecer como uma sexualidade heterossexual e não reprodutiva.

Segundo Margulis (2003), distintos setores sociais e culturais têm experimentado este processo de mudanças de diferentes modos, afirmando que, para os jovens, se apresenta um horizonte de incertezas que incide sobre suas relações afetivas e sexuais. De acordo com este autor,

(...) los jóvenes de hoy se socializan en un contexto cultural que todavía es, en lo que atañe a la sexualidad, muy contradictorio y ambiguo pero menos prohibitivo. El contexto cultural en el que se produce hoy la socialización es vivido como excepcionalmente complejo para sus protagonistas, puesto que se superponen

categorias inciertas y costumbres diferentes en un mundo multidimensional de significados y valores, a la vez que se introducen nuevas pautas de conducta en el ámbito de la sexualidad (p. 52).

A existência de um contexto cultural menos proibitivo ao exercício da sexualidade adolescente reafirma-se como um fato, porém parece comportar matizes diferenciadas. Em Buenos Aires, num estudo junto a jovens de setores médios e populares, tem se registrado que jovens de setores médios encontram maior permissividade, diálogo e apoio familiar para o exercício de sua sexualidade ainda na adolescência do que os jovens oriundos de classes populares (MARGULIS, 2003).

Em Monteiro (2002), encontra-se, dentre o grupo de adolescentes de camadas populares pesquisado, para uma parte das meninas estudadas, a noção da virgindade ainda como um valor moral e social, que poderia estar sugerindo a manutenção de valores hierárquicos e tradicionais sobre a sexualidade, em concomitância às novas pautas culturais.

O contexto de socialização para a sexualidade de meninos e meninas, de algum modo, também permite inferir dados sobre as diferenças balizadoras para a formação da sexualidade adolescente.

Conforme definido por Paiva (2000), a socialização sexual constitui-se num processo de construção subjetiva dos personagens e seus scripts sexuais, que orientariam as pautas e condutas sexuais. Na pesquisa da autora junto a adolescentes e jovens de baixa renda da periferia de São Paulo, noções mais tradicionais de masculinidade e feminilidade conformavam o conjunto de significados apreendidos por estes adolescentes, informando categorias estereotipadas de gênero.

Outro resultado importante a confirmar as variabilidades da experiência da sexualidade refere-se à afirmativa da autora de que as definições de feminino e masculino apontavam variações maiores entre grupos ou camadas sociais do que entre membros inseridos nos mesmos grupos.

Como construções históricas e sociais, a sexualidade, o gênero e as interpretações e internalizações do masculino e do feminino ganham sentidos, em contínuos processos de

socialização, que começam para os adolescentes no ambiente familiar e em outras distintas instâncias socializadoras, de caráter institucional, como a escola, ou não-formais, como o grupo de pares e o universo da rua.

Segundo Paiva (2000), os garotos de sua pesquisa afirmam ter seus aprendizados sobre sexo ocorrido na rua, junto aos seus grupos de pares e “com mulheres da rua”, separando sexo de amor e apresentando pouca noção de responsabilidade diante das estratégias de atenção à saúde sexual e reprodutiva. Para as meninas adolescentes, o processo de socialização para a sexualidade torna-se mais ambíguo. A pressão não é mais para a negação do desejo, mas para sua realização no contexto de satisfação dos parceiros.

Neste e em outros estudos⁶ etnográficos, realizados com adolescentes de camadas populares no Brasil, a apropriação por estes das diferenças de gênero parecem deslizar em seu significado biológico, numa dimensão de naturalização das diferenças socialmente construídas, que implicava maiores dificuldades para estabelecer rupturas com estes modelos identitários mais tradicionais.

A ordenação hierárquica de gênero permanece orientando a conduta de meninos adolescentes para o cumprimento de um papel de maior proatividade e dominação na esfera sexual, com menor ênfase a correlação do afeto à vivência da sexualidade. Inversamente a estas expectativas, está centrada a educação das meninas adolescentes: é possível a vivência do sexual, mas com maior controle da família, menor quantidade de parceiros e com elos mais consistentes entre afetividade e sexualidade.

Vale ressaltar que estes modelos estão hoje em constante transformação, existindo em paralelo a outras iniciativas mais igualitárias de se internalizarem e experiencarem a sexualidade e as relações de gênero. A vivência da sexualidade adolescente ocorre num contexto heterogêneo de mudanças sociais mais complexas, que reforçam diferenças, mas também apontam para outras possibilidades de experimentações do masculino e feminino e do sexual, orientadas pelas escolhas pessoais, pelo prazer e por perspectivas mais igualitárias.

⁶ Duque-Arazola (1997), Heilborn (1997), Monteiro (2002), Paiva (2000),.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA

(...) não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la, porém, como “caso particular do possível” (...). (BOURDIEU, 1996, p.15).

A presente pesquisa constituiu sua estratégia de investigação enquanto um estudo de enfoque etnográfico, com utilização de técnicas de produção de dados não-estruturados, visando à compreensão de um objeto social e seus significados, aqui recortados como as representações constituídas pelos profissionais de saúde referentes a construtos sociais - sexualidade e adolescência - confirmadas ou contrapostas em discursos e práticas.

As contribuições da antropologia interpretativa de Geertz (1989; 1997) são tomadas neste estudo para sustentar o modelo de compreensão da realidade estudada, como também para demarcar o modo de realização da prática etnográfica. Para Geertz (1989,p37-38), a ciência interpretativa busca os significados

(...)urdidados pelos homens nas teias da cultura, para a qual a descrição etnográfica teria como propósito descobrir as estruturas conceituais que informam os atos dos nossos sujeitos, o “dito” no discurso social, e construir um sistema de análise em cujos termos o que é genérico a essas estruturas, o que pertence a elas porque são o que são (...).

A descrição etnográfica, ao inscrever o ato social, o faz interpretando-o; a interpretação podendo apreender a vida social, constituída de significados que podem ser lidos como um texto. A análise cultural seria, assim, uma apreensão dos significados, fazer revelar o que o ato simbólico tem a dizer sobre ele mesmo (GEERTZ, 1989, p.38), numa apropriação da realidade que sempre nos é, para os pesquisadores, dada pelo que os informantes ou nativos nos dão acesso.

1.1 Construindo a investigação: o trabalho de pré-campo

No processo de definição da investigação, tornou-se necessário conhecer previamente a realidade a ser estudada, buscando delimitar o seu escopo: local e tamanho do universo de pesquisa, adequação da(s) técnica(s) a ser(em) empregada(s), a depender do local da pesquisa e do tempo disponível para sua realização.

Realizei, então, aquilo a que denominarei de trabalho de pré-campo: buscar descortinar, no universo do campo da saúde, os nichos da atenção à saúde sexual e reprodutiva a adolescentes no local de atendimento às necessidades básicas de saúde da população em geral. Fazer revelar, num possível conjunto de experiências, uma que pudesse ser apreendida em sua particularidade e colaborasse para um maior alargamento da compreensão do objeto.

O trabalho de pré-campo constituiu-se em algumas etapas: 1) recorrência de informações e dados junto à Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Salvador acerca do trabalho realizado por esta instância do poder Executivo municipal e sua rede de Serviços de Atenção Básica, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva para adolescentes; 2) levantamento de dados junto às Unidades de Saúde de Atenção Básica referenciadas pela Secretaria Municipal da Saúde à atenção à saúde do adolescente.

Na primeira etapa, o procedimento adotado foi buscar levantar informações acerca das políticas oficiais que orientariam, no nível municipal, o estabelecimento de programas e ações de saúde para adolescentes, no recorte mais específico à saúde sexual e reprodutiva, e como estas políticas oficiais determinavam parâmetros de ação para as Unidades de Saúde integrante da Rede de Atenção Básica.

Era o ano de 2004, meados do segundo semestre, e vivíamos um período pré-eleitoral para eleição de gestores municipais. Naquele momento, o Executivo Municipal estava sob a responsabilidade de um grupo político há duas gestões no poder, freqüentemente associado a práticas políticas conservadoras, clientelistas e mais comprometidas com o poder econômico do capital. Este conjunto de características informou dificuldades importantes para a área da saúde pública na cidade, durante este período de administração, que retardaram sobremaneira o pleno processo de gestão e implantação do Sistema Único de Saúde pela rede municipal.

O primeiro contato com a Secretaria Municipal da Saúde ocorre com a responsável pela Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids, que explica as ações de sua Coordenação e que interface guarda no enfoque ao trabalho de prevenção à Aids para adolescentes. Esta mesma Coordenação confirma a existência, na Secretaria Municipal da Saúde, do Programa de Atenção ao Adolescente e me coloca nos primeiros contatos com a equipe deste programa.

Depois de algumas tentativas para agendamento de reunião, consigo encontrar-me com uma das integrantes da equipe do Programa de Atenção ao Adolescente, profissional da área de Nutrição. Esta explica que o programa, naquele momento, estava passando por um processo de reorganização, para o qual havia sido formada uma comissão multiprofissional, composta por membros de diferentes Unidades de Saúde.

O Programa de Atenção à Saúde do Adolescente não estava desenvolvendo, no momento, nenhuma ação específica e se orientava, nos seu princípio mais geral, pelo Prosad – Programa de Saúde do Adolescente, embora a própria informante não soubesse precisar se este programa ainda existia com certeza no nível federal e qual sua real capilaridade nas ações municipais. Retomaram-se, naquele ano, os cursos de capacitação para profissionais das Unidades de Saúde acerca da temática da saúde do adolescente: um havia ocorrido no primeiro semestre, e outro seria realizado no mês de outubro.

Segundo esta informante, o atendimento ao adolescente buscava abranger o desenvolvimento de ações educativas no âmbito das temáticas de violência, protagonismo juvenil, drogas, sexualidade e gravidez. Reconhece que uma das principais dificuldades está na disponibilidade de materiais educativos para acessar aos adolescentes, e o interesse da Coordenação do Programa em estabelecer parcerias com as escolas públicas localizadas nos mesmos bairros e comunidades das Unidades de Saúde referenciadas para o atendimento ao adolescente.

Naquele momento, segundo dados da Coordenação do Programa Municipal de DST/Aids e ratificados por esta última informante, a Secretaria Municipal da Saúde dispunha de 110 Unidades de Saúde integrando a rede básica de atenção, distribuídas em 12 Distritos Sanitários. Destas, 22 Unidades já se constituíam como Unidades do Programa Saúde da Família. Das 88 Unidades restantes, 19 Unidades eram oficialmente reconhecidas e referenciadas como Unidades de Atenção à Saúde do Adolescente, ou seja, estavam habilitadas, a princípio, a desenvolver ações educativas de atenção ao adolescente e dispunham, também teoricamente, de profissionais capacitados e habilitados ao exercício destas ações.

A segunda etapa do trabalho pré-campo caracterizou-se pelo levantamento, através de visitas in loco e contatos telefônicos, nas 19 Unidades referidas, para obter informações concernentes

a: programas e serviços disponibilizados na Unidade, existência de programas e/ou serviços específicos direcionados ao usuário adolescente, programas onde o adolescente se incluía nos atendimentos, existência do serviço de distribuição de preservativos para adolescentes e o que se requeria para a disponibilização do insumo junto a esta clientela.

O levantamento foi realizado a termo junto a 8 Unidades de Saúde. Das demais, não foi possível obter dados em razão dos seguintes motivos: desativação da Unidade de Saúde (1 caso); telefones errados e/ou sem funcionamento (5 casos); profissionais responsáveis por prestar informação não localizados nos contatos efetuados (5 casos).

Os resultados obtidos nas oito Unidades encontram-se na tabela abaixo:

Tabela 1: Quadro de resultado do levantamento de programas e serviços ao adolescente nas Unidades referenciadas. Salvador – Bahia, 2004/2005.

Unidade de Saúde	Serviços oferecidos	Programas específicos para adolescentes		Serviços disponibilizados para atendimento também ao adolescente
		SIM	NÃO	
1	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar.		X	Planejamento Familiar, Assistência Social, Ginecologia, Palestras em escolas, distribuição de preservativos.
2	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar, Nutrição e Odontologia.		X	Planejamento Familiar, Assistência Social, Ginecologia, Palestras em escolas e distribuição de preservativos.
3	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar, Programas		X	Planejamento Familiar, Assistência Social, Ginecologia e distribuição de preservativos.

	especiais e Teste rápido para HIV.			
4	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar e Odontologia.		X	Planejamento Familiar, Assistência Social, Ginecologia e distribuição de preservativos.
5	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar, Nutrição e Odontologia.		X	Planejamento Familiar, Palestras esporádicas e distribuição de preservativos.
6	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar e Programas especiais.		X	Planejamento Familiar, distribuição de preservativos e atendimento psicológico a gestante, incluindo adolescente.
7	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar e Programas especiais.		Desativados os programas específicos para adolescentes desde dez/ 04	Ginecologia e Planejamento Familiar.
8	Clínica Médica, Ambulatorial, Ginecologia, Assistência Social, Planejamento Familiar e Programas especiais.		X	Planejamento Familiar, Assistência Social, Ginecologia e distribuição de preservativos.

Em relação ao procedimento de distribuição de preservativos, todas as oito Unidades de Saúde acima listadas distribuem preservativos para adolescentes, sendo que cinco delas mediante entrevista prévia, e três delas somente requerem a apresentação de documento de identificação.

A maioria dos Centros de Saúde nos quais realizei o levantamento pré-campo possui uma equipe de profissionais formada por clínicos gerais, pediatras, enfermeiros, ginecologistas, assistentes sociais, odontólogos e nutricionistas. Os profissionais contatados referem, que em geral, há pouca procura por parte dos adolescentes pelas Unidades de Saúde, apontando como principal razão a inexistência de programas específicos de atenção a adolescentes. Quando estes buscam as Unidades, em geral o fazem para os serviços de planejamento familiar e ginecologia, os mais procurados, com públicos predominantes de meninas e gestantes.

De forma esporádica, estas Unidades de Saúde oferecem palestras sobre DST/Aids aos adolescentes atendidos pelo planejamento familiar, assistência social e à comunidade/escola, ministradas por profissionais da área do Planejamento Familiar e Assistência Social.

As adolescentes atendidas pelos programas de Planejamento Familiar e Assistência Social recebem uma cota de preservativos mensais, que varia de 10 a 20 camisinhas, além de anticoncepcionais, quando for o caso. Para os demais adolescentes não inseridos nos programas citados acima, há uma disponibilização de preservativos, que pode ser obtido, em alguns casos, mediante entrevista prévia com uma assistente social - que irá avaliar a necessidade desse adolescente (os profissionais de saúde não especificaram os critérios para a seleção dos que receberão ou não preservativos) - ou ainda pela apresentação de documento de identificação apenas. Em ambos os casos se efetua um cadastro na Unidade de Saúde, e, em média, o adolescente passa a receber uma cota mensal de aproximadamente 15 preservativos.

Os dados levantados tinham por propósito apresentar um panorama geral da situação nas Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Salvador referidas para o atendimento à saúde do adolescente que possibilitasse a escolha do local da pesquisa, a princípio orientada para aquela, ou aquelas, Unidade(s) onde houvesse a disponibilidade de programas específicos de atenção ao adolescente sendo executados. Como os dados levantados demonstraram, naquele momento, a inexistência nas oito Unidades acessadas de programas específicos à saúde do Adolescente, mesmo que oficialmente referidos, a escolha do local de pesquisa orientou-se por outros critérios, abaixo discriminados.

2.2 Contexto de investigação

A não-disponibilização de serviços específicos para adolescentes nas Unidades de Saúde preliminarmente pesquisadas, assim como o limitado tempo para o trabalho de campo reforçou meu interesse em proceder a um estudo mais localizado, um olhar mais dirigido a uma experiência particular, com possibilidade de obter-se uma maior densidade investigativa. Nesta perspectiva, optei por circunscrever o estudo em apenas uma Unidade de Saúde, com uso de técnicas de investigação combinadas, de modo a apreender o objeto de investigação, tanto pelo campo da observação quanto pela da produção de discursos dos sujeitos a serem implicados.

A escolha da Unidade de Saúde para a investigação etnográfica balizou-se em algumas considerações: ser a única Unidade de Saúde referida pela Secretaria Municipal da Saúde num Distrito Sanitário localizado numa área da cidade geograficamente extensa e tradicionalmente caracterizada como espaço de moradia de uma população majoritariamente pertencente às camadas populares. A região geográfica coberta pelo Distrito Sanitário selecionado compõe-se de distintos bairros, com características infra-estruturais precárias (escolas, equipamentos de lazer, tipo de habitação), alta densidade populacional e renda familiar média em torno de 1 a 5 salários mínimos, havendo, contudo um alto contingente de população desempregada ou subempregada.

A Unidade de Saúde pesquisada localiza-se num dos bairros desta extensa área geográfica da periferia de Salvador. Nesta pesquisa, denominarei a comunidade⁷ com o nome fictício de Peroba.

Estima-se que a população de Peroba esteja em torno de 40.mil habitantes,⁸ composta por pessoas de classe baixa que aproveitavam a falta de infra-estrutura governamental invadindo terrenos abandonados e firmando-se nesta área como donos. Os principais problemas enfrentados por esta população são: falta de saneamento básico e escassez de equipamentos sociais, como escolas, hospitais, postos de saúde, e de frentes de emprego para a população.

⁷ Todas as informações aqui relacionadas referentes ao bairro pesquisado e que atende nesta pesquisa pelo nome fictício de Peroba foram obtidas junto à Fundação Gregório de Mattos e à Fundação Mário Leal, ambas na cidade de Salvador-BA.

⁸ Dado obtido junto ao IBGE, equipe SDDI-IBGE/BA, extraído do censo demográfico 2000

O bairro dispõe dos seguintes equipamentos sociais: 1 posto de saúde, 1 escola estadual, 2 escolas municipais, 2 praças públicas, 2 bancos, 1 fundação não-governamental, 1 posto policial, 2 clubes sociais, 3 centros espírita, 1 igreja católica, 3 igrejas evangélicas, 1 centro de candomblé.

A Unidade de Saúde selecionada para estudo compõe um dos principais equipamentos sociais do Bairro de Peroba e se caracteriza como uma UBS – Unidade Básica de Saúde⁹ que disponibiliza serviços básicos de saúde à população tendo como base os princípios de integralidade, universalidade, descentralização e hierarquização, instituídos pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

Constituídos como estabelecimentos assistenciais de saúde, as Unidades Básicas de Saúde configuram-se como a porta de entrada de usuários no SUS, o seu primeiro nível de atenção, tendo sua gestão sob a responsabilidade dos governos municipais. A atenção básica compreende, assim, um conjunto de ações direcionadas ao atendimento individual e coletivo para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde.

Dentre as principais responsabilidades e ações definidas para a atenção básica, encontram-se as dirigidas para a saúde da criança, da mulher, do idoso, do adolescente, saúde bucal, controle da hipertensão, diabetes e tuberculose. As populações priorizadas por este protocolo de ações passam a ser atendidas por um conjunto de práticas, como clínica médica, ginecologia, enfermagem, serviço social, odontologia, nutrição, farmácia, dentre outras.

A Unidade de Saúde escolhida para a pesquisa de campo data sua fundação na década de 50, quando se denominava Posto Médico e Odontológico, funcionando na lavanderia comunitária do bairro. Na década de 80, a Unidade passa por reformas, com ampliação de serviços e implantação do plantão de atendimento 24 horas.

Atualmente, a Unidade de Saúde faz cobertura de atendimento a uma população estimada, de toda a área geográfica mais extensa, em torno de 500 mil habitantes. Os serviços disponibilizados pela Unidade são de âmbito ambulatorial e programas especiais. No âmbito dos programas ambulatoriais, a unidade oferece atendimento de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Pré-natal, Planejamento Familiar, Nutrição e Serviço Social. Nos Programas

Especiais, encontra-se o Programa de Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão, Vacinas e DST. No período de realização da pesquisa, a Unidade contava com um contingente de 256 funcionários.

2.3 Trabalho de campo

Como um estudo com recorte de investigação de caráter etnográfico visando compreender como a sexualidade dos adolescentes é apreendida e significada nos discursos dos profissionais de saúde e nas práticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva da Unidade de Saúde pesquisada, esta pesquisa lançou mão do uso de duas técnicas qualitativas combinadas: a observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

A utilização da observação participante transcorreu por 5 meses, período de permanência no campo, entre maio a setembro de 2005, numa média de duas a três visitas semanais à Unidade, em diferentes dias e turnos, de modo a tornar familiar para a pesquisadora o modo de funcionamento da Unidade, as relações ali existentes, o fluxo da clientela, seus perfis e demandas para a Unidade. A observação em diferentes horários de atendimento buscou, também, ter acesso a uma maior diversidade dos profissionais e possíveis especificidades das rotinas e práticas de atendimento aos usuários adolescentes.

Entre julho e setembro, as idas a campo intensificaram-se, para a continuidade das observações e a realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa.

As observações foram realizadas em diferentes contextos, situações de atendimentos e rotinas profissionais ocorridas na Unidade de Saúde, facultando o fornecimento de dados sobre como ocorrem as práticas de atendimento das demandas associadas à sexualidade dos adolescentes no serviço de saúde, que puderam ser confrontadas, a posteriori, em suas concordâncias e

⁹ Informações obtidas nos sites www.saude.gov.br e www.saude.rj.gov.br

discordâncias, com os discursos e narrativas das entrevistas e as extraídas nas próprias observações.

Na Unidade, pude realizar observações, da sala de recepção, dos atendimentos de Planejamento Familiar, DST, ginecologia, corredores e outros espaços de espera para atendimentos, misturada à clientela. Todas as informações coletadas, diálogos observados e impressões recolhidas tinham como destino sua colocação no diário de campo. E não foram poucas as anotações, muitas se dirigiam ao objeto de estudo, mas outras o ultrapassavam, como a informar que, naquele lugar, no meio de tantas pessoas e narrativas circulantes, existe uma espécie de urgência, uma urgência de restabelecer a vida que não pode esperar, e é sempre mais importante.

O acesso aos espaços de observação e aos profissionais de saúde foi intermediado pela Chefia Administrativa da Unidade e pela minha informante-chave, profissional de saúde da Unidade com formação em Serviço Social. Para cada um destes, tinha como rotina apresentar-me, assim como os objetivos e fins da pesquisa e as considerações tomadas para o sigilo e confiabilidade acerca dos dados observados e coletados.

Neste tocante, a pesquisa buscou reunir um conjunto de procedimentos éticos que mantivesse o anonimato dos informantes da unidade pesquisada, como também de resguardar a conduta profissional da pesquisadora, dos quais cito: autorizações oficiais do Instituto de Saúde Coletiva para a Unidade pesquisada; ofício de autorização desta confirmando aceitar a realização do estudo em suas instalações; elaboração do Termo de Consentimento Livre Informado para cada um dos sujeitos da pesquisa, com respectivas assinaturas; apresentação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Ufba.

A segunda técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada efetivada junto aos sujeitos da pesquisa, num total de 10 profissionais de saúde de nível superior entrevistados. A escolha deste perfil de profissional assentou-se na justificativa de serem estes os que estabelecem uma relação direta com os usuários no momento do atendimento, relação esta mediada pelos distintos posicionamentos assimétricos e pelo lugar de poder conferido ao profissional, que interessava resgatar no escopo deste trabalho.

Os critérios de escolha dos informantes foram:

- a) Profissionais de saúde que estivessem diretamente envolvidos no atendimento aos adolescentes em suas demandas no campo da saúde sexual e reprodutiva, relacionados à prática da clínica médica. Dentre estes, foram entrevistados profissionais das áreas de: Ginecologia, Clínica Médica, Pediatra e Enfermagem.
- b) Profissionais com formação na área de humanas e atuação na área de saúde envolvidos, na Unidade Básica, com atividades correlacionadas à prática da educação em saúde que envolva atendimento ao público adolescente: Assistentes Sociais.
- c) Profissionais do nível gerencial: um da área de Serviço Social e outro de Psicologia.

Dos 256 funcionários atuando na Unidade, no início do trabalho de campo, cerca de 21 estariam potencialmente em condições de cumprir as condições para se tornarem sujeitos da pesquisa. São profissionais de nível superior, com atuação na área de Ginecologia, Clínica Médica, Pediatria, Serviço Social e Enfermeiras lotadas em Programas especiais, que potencialmente atendem adolescentes com algum tipo de transversalidade no âmbito das questões de saúde sexual e reprodutiva.

No decorrer do trabalho de observação, anteriormente à etapa de entrevistas, percebi a necessidade de ampliar o número de sujeitos informantes, especialmente os atuantes no serviço de Ginecologia, que atendem uma alta quantidade de adolescentes, assim como os de Pediatria, que absorvem uma clientela de jovens mães, podendo fornecer percepções importantes sobre estas que chegam com seus bebês. Entretanto, enfrentei uma significativa recusa da maioria destas duas categorias de profissionais para a concessão da entrevista, o que impossibilitou a ampliação do quadro de entrevistados.

A maior parte das recusas ocorreram por profissionais médicos do sexo feminino, com apresentação de diferentes motivos para alegar a recusa: falta de tempo, necessidade de autorização da Secretaria Municipal de Saúde, não querer falar sobre o tema, em especial. Outra dificuldade encontrada referiu-se ao acesso aos profissionais de saúde, tendo havido em alguns casos intermediação da chefia Administrativa para acesso e apresentação aos profissionais, buscando facilitar e legitimar o trabalho.

O roteiro da entrevista¹⁰ semi-estruturada compunha-se de uma estrutura norteada por três principais blocos e mais um complementar, denominado de questões introdutórias, os quais seguem:

- a) Bloco I: questões relacionadas ao conceito de adolescência; percepções comparativas entre ser adolescente hoje e quando o entrevistado foi adolescente; percepções de possíveis diferenças informando a condição de ser adolescente; definição e caracterização do adolescente que frequenta a Unidade de Saúde, assim como a família deste.
- b) Bloco II: denominado de Sexualidade e Gênero, objetivou levantar as opiniões sobre questões como: vivência da sexualidade pelos adolescentes; iniciação sexual; parcerias sexuais adolescentes; corpo e adolescência; gravidez na adolescência; necessidades de saúde dos adolescentes.
- c) Bloco III: Políticas e Práticas de Atendimento ao Adolescente na Unidade de Saúde: abordou temas relacionados a demandas de atendimento do adolescente na Unidade; opinião sobre como está e o que deveria ser feito na Unidade para a atenção a este perfil de usuário.

As entrevistas realizadas foram gravadas no momento de sua efetivação e posteriormente transcritas para análise dos dados.

Paralelamente a este trabalho de campo, imerso na realidade e sujeitos da Unidade, interessava-me levantar um outro corpo de dados, relacionado à atual política e orientação da Secretaria Municipal da Saúde para ações de saúde do público adolescente, em função de ter ocorrido a substituição do gestor do Executivo municipal e seu grupo político na cidade no final de 2004, em decorrência das eleições. Este resultado eleitoral provocou uma ampla mudança nas Secretarias de Governo, incluindo a da Saúde.

Era pertinente, portanto, agregar a este estudo os atuais, se existissem, alinhamentos da Secretaria da Saúde para suas respectivas Unidades da Rede Básica no tocante à política de atenção à saúde do adolescente. Após três meses de insistentes tentativas de estabelecer

¹⁰ Vide anexo.

contato, primeiramente para identificar os atuais responsáveis pelo Programa do Adolescente, sou informada que este Programa está sendo respondido pela Astec – Assessoria Técnica, com a qual não consegui nenhum tipo de agendamento ou contato, sequer telefônico, para obtenção de informações.

Bibeau (1997a) nos afirma que um processo de construção de análise etnográfica também nos confronta com os silêncios e os vazios. Estes podem, de algum modo, estar nos sugerindo que a saúde do adolescente, enquanto uma questão de agenda política, parece manter-se no mesmo patamar de alheamento, anteriormente encontrado.

2.4 Plano de análise

A interpretação e a análise dos dados coletados pela pesquisa em seu trabalho de campo foram tomadas a partir da análise de conteúdo, enquanto um subcomponente da análise de discurso, conforme definições apresentadas por Blanchet & Gotman (1992, p.2), para os quais é possível

distinguir a análise de discurso e a análise de conteúdo, que é um dos seus subconjuntos. A análise de discurso concerne a análise de todos os componentes da linguagem e recobre, essencialmente, dois tipos de abordagens: de um lado, as análises lingüísticas (...) e, do outro lado, as análises de conteúdo que estudam e comparam o sentido do discurso para revelar os sistemas de representação veiculados por esses discursos.

Como o arcabouço mais geral deste nível de análise, que exprime uma possibilidade de interpretação da realidade, entendo que o discurso expressa ser a linguagem uma forma, um meio que reflete uma determinada visão de mundo, de construção e reprodução social desta perspectiva de visão.

O exame das produções discursivas extraídas das narrativas observadas e registradas pelas entrevistas foi realizado considerando-se o enfoque de análise temática, um dos subtipos da análise de conteúdo. A análise temática, segundo Blanchet & Gotman (1992), rompe com a

singularidade do discurso, recortando transversalmente, de uma entrevista para outra, os temas que se colocam como comuns, tornando-se apropriada para análise de representações.

A análise inicia-se com a retomada às categorias que orientaram a construção da pesquisa e dos instrumentos de coleta de dados. Algumas das categorias analíticas inicialmente consideradas mantiveram-se presentes nos resultados levantados, como as relacionadas às representações sobre adolescência, relações de gênero e sexualidade do adolescente; outras emergiram do campo, categorias empíricas, como a Unidade de Saúde enquanto espaço de acolhimento e de indistinção.

Os procedimentos adotados, em seguida foram:

- a) Leituras sucessivas e recorrentes das entrevistas e das anotações do diário de campo tendo como eixo a busca dos temas e categorias;
- b) Elaboração de uma primeira matriz de análise, estruturada a partir das categorias empíricas e nativas encontradas, com os enunciados recortados transversalmente interentrevistas e classificados nos eixos temáticos escolhidos.
- c) Construção da segunda matriz de análise, mais resumida, de caráter interpretativo, buscando encontrar nas palavras e nas expressões mais curtas significados recorrentes, significados em oposição, metáforas.
- d) Diálogo com a literatura, para a constituição dos sentidos, elaboração do texto e novas interrogações.

Buscar os sentidos por meio de cada fala e de cada instantâneo da realidade observado não pode, de todo modo, confundir-se com a própria realidade. Esta é maior, mais múltipla e poderia ter sido aqui capturada “como um caso particular do possível”, diferentemente se outras lentes sobre ela se repousassem. Cada pesquisador constrói sua tessitura no tecido do conhecimento permanentemente já urdido com os sentidos produzidos por tantos outros, homens e mulheres, que recusam a estar no mundo sem nele produzir símbolos e atribuir significados.

**CAPÍTULO III: UMA ADOLESCÊNCIA QUE DESFILA EM BARRIGAS E BEBÊS
DE COLO - REGISTRO ETNOGRÁFICO DA ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E
REPRODUTIVA PARA ADOLESCENTES NUM SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA.**

3.1 A entrada em campo

O caminho desejado logo se revelou em suas motivações: pelo bairro, pela exclusividade de sua unidade de saúde na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, pela presença de uma população majoritariamente afrodescendente, por ser tão longínquo, por ser muito desigual e muito distinto dos espaços de circularidade dos bairros de classe média, tão dessemelhante e ao mesmo tempo tão igual naquela que é a face, talvez a mais autêntica, desta cidade chamada Salvador.

Era aquele o lugar. Faltava conhecer-lhe. Materializar no olhar as impressões de um espaço que começa a se tornar conhecido, portanto não estranho, logo no primeiro telefonema para agendamento de uma visita com o gerente da Unidade, e a ligação é transferida para a assistente social de nome tão incomum, que não poderia haver duas na cidade, e sim ser ela uma colega da Universidade.

Tinha acabado de encontrar minha informante privilegiada, minha porta de entrada, meu canal de mediação e, sobretudo, uma profissional entusiasmada e com quem pude dialogar e sonhar sobre um serviço de saúde que traga para seu interior, num lugar específico nas políticas e no espaço, a fala, os gestos, o corpo e o sexo dos adolescentes.

A primeira visita ocorre então. Era fevereiro, pouco antes do Carnaval, início de uma nova gestão municipal, com um novo alinhamento político, muitas dúvidas e indefinições sobre cargos e seus ocupantes. A proximidade com a folia de Momo não ajudava, por postergar decisões para os que já estavam inseridos na Unidade, assim como para a pesquisadora, que não poderia ter certeza se seus interlocutores iniciais permaneceriam em seus cargos, confirmando o interesse e a disponibilidade em ser a Unidade um local de investigação da pesquisa.

Foi este o clima que encontrei na Unidade. Antes disso, porém, outros climas e ambiências se fizeram revelar nas passagens por fronteiras e territórios que iriam até meu destino. Uma larga e longa avenida corta a paisagem, construções irregulares e assimétricas. Olhando aquela paisagem, constato que não a posso denominar no singular. São distintas paisagens as que se descortinam da janela do ônibus que me conduz. Paisagens de uma pobreza que tenta sair da miséria e se uniformiza nos padrões arquitetônicos das casas populares.

Depois do bairro que fica na ladeira mais alta, a paisagem adquire um certo ar de cidade do interior, daquelas que poderiam ser de veraneio. Meu destino se aproxima e se curva para a direita. Cheguei enfim a Peroba¹¹.

O clima bucólico rompe-se com o agitado e efervescente ritmo das primeiras ruas. Ali se avista um Centro Médico particular, mais à frente um banco, logo ao seu lado uma grande lanchonete fast-food, e por todos os lados pequenas lojas de comércio – roupas, sapatos, bares, artigos para fotos, etc. E na frente de todos estes, uma feira de rua, com suas verduras, frutas e carnes a ocupar o espaço junto a carros, ônibus e pedestres.

Um pouco mais adiante deste agitado cenário, chego ao meu destino. Como contava, era fevereiro. Entro na Unidade, que tem na frente um pátio, onde ficam estacionados carros de funcionários da Unidade e por onde entram também os usuários. Meu primeiro contato foi

com o segurança do local, pergunto-lhe pela assistente social que conhecia. Era uma manhã de uma terça, e minha referência no local atendia no serviço de Tisiologia, para onde me dirijo, após indicação do segurança. A acolhida afetuosa da assistente social, que se alegra com minha presença e com os motivos de estar ali, conforta-me naquele cenário onde tudo me parecia estranho.

Subimos a escada em direção à sala da Gerência e logo me encontro sentada, à frente de um senhor simpático e gentil, num banco improvisado. A sala pequena comportava uma relativa desorganização, e algumas pessoas já se encontravam na mesma. Ao longo do período da entrevista com o Gerente da Unidade, transitam muitas pessoas pela sala, por diferentes motivos: médico anunciando sua chegada, papéis para serem assinados, usuários pedindo informações, a visita da pequena neta de uma funcionária. A porta jamais fechava, o gerente jamais demonstrava impaciência e a todos tratava com gentileza e com aquele sentimento de que tudo lhe era muito familiar.

A conversa entre nós se divide e se interrompe muitas vezes, porém o interesse pela pesquisa se confirma. O Gerente fala de sua profissão – odontólogo; dos anos que vem gerenciando a Unidade – dez anos; da história do bairro; da história da Unidade.

Chegou o tempo de falar sobre decepções e dúvidas: do bairro que se transformou numa comunidade empobrecida e marginalizada de hoje; das dificuldades enfrentadas com a antiga gestão de saúde do município; dúvidas sobre sua permanência no cargo; esperança de que agora as coisas melhorem e receio de que o novo governo da cidade não suporte a pressão do grupo político anterior:

Ontem mesmo, a televisão esteve aqui. Falaram sobre a demora para atendimento e desse novo projeto aí de atendimento com tempo, como em Banco. A gente não é Banco. Este Posto é muito visado. (Gerente).

A autorização para a pesquisa é confirmada, porém condicionada a sua possível permanência na Unidade, caso contrário, teria que refazer outra vez este percurso. E tive, mas isto já é outra história...

¹¹ Nome fictício utilizado para designar o bairro onde se localiza a Unidade de Saúde pesquisada.

Estamos agora em maio, e retorno à Unidade. As dúvidas do Gerente confirmam-se, ele não continua lá, foi transferido. Era preciso refazer meu percurso de apresentação da pesquisa. Mais uma vez, minha informante referência coloca-se como ponto de apoio, para me receber e me apresentar à nova gerente: sim, era uma mulher, e naquele momento, era tudo o que eu sabia.

Chego à Unidade numa outra manhã de quinta-feira e logo na entrada percebo um grande fluxo de pessoas buscando atendimento na sala de recepção da Unidade. Muitas mulheres, bebês em sua maioria e crianças até uns 5 anos. Como da outra vez que estive lá, embora com muitas pessoas, o atendimento parece tranqüilo, e, aparentemente, todos aguardam o atendimento com paciência.

Mais uma vez, a Assistente Social media meu ingresso no Serviço, apresentando-me agora à nova gestora da Unidade. No contato com a nova Gerente, faço as apresentações sobre minha formação, a proposta da pesquisa, assim como relato meu contato anterior com a Gerência da Unidade. A conversa lhe faz recordar da experiência do 3º Centro de Saúde, na Liberdade, que tinha um programa educativo estruturado e com equipe para o trabalho com adolescentes:

Quando tudo estava pronto, decidiram - Secretaria da Saúde - fazer uma reforma na Unidade, cada profissional foi para um lado. Quando terminou a reforma, uma tinha sido desligada por estar hoje no Estado, outra foi nomeada para outra Unidade, não sei quem foi para outro lugar, só ficou uma, como é que ia continuar? (Gerente da Unidade).

Ela prossegue afirmando não haver no momento, na Unidade, nenhum trabalho específico com adolescentes e inicia a fazer correlações entre a finalidade da pesquisa e a possibilidade desta de colaborar na identificação de problemas e idéias para a Unidade pensar em montar um trabalho mais organizado para o público adolescente. E logo um destes problemas é anunciado na fala da Gerente - a falta de espaço.

As salas são muito pequenas, vamos ter que logo bater uma laje e subir mais um andar, o fluxo é muito grande, tem dia que isto aqui é uma loucura. (Gerente da Unidade)

Até então, toda a realidade apresentava-se fragmentada, e ali se anunciava uma pista, uma revelação sobre este espaço que precisava enfocar em meu olhar.

Estava consentida minha entrada na Unidade, era lá que passaria meus próximos meses, conhecendo outra realidade de fazer a práxis da saúde na ponta, com suas especificidades, urgências, determinantes e cultura.

3.2 A Unidade de Saúde: reconhecendo o espaço

Mais uma manhã em que retorno ao campo, e logo noto que a frequência estava bem alta, muitas crianças, mulheres, algumas jovens, outras adultas, algumas senhoras. Sento-me num dos bancos de alvenaria, em frente ao serviço de marcação, para onde todos os usuários se dirigem. A movimentação é intensa, e os pedidos de atendimento são, em sua maioria, para o serviço de pediatria no ambulatório.

Para me apresentar à Unidade, tenho a companhia da Chefe Administrativa, 25 anos de atuação naquele espaço. Começamos por informações sobre a natureza do espaço, que se caracteriza como uma Unidade de Saúde de Atenção Básica com funcionamento de dois serviços específicos - ambulatório e emergência -, oferecendo aos usuários um conjunto de especialidades médicas e de programas especiais.

Minha acompanhante, à primeira vista, fazia parte do corpo administrativo da Unidade, que se compõe de uma Gerência, uma Chefia Administrativa, uma responsável pela Supervisão de Enfermagem e a Chefia do Same. Do corpo funcional da Unidade constam profissionais de nível superior das áreas de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Bioquímica, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia – com atuação na gestão da Unidade.

A composição do corpo técnico apresenta ainda os auxiliares de enfermagem, auxiliares de laboratório, auxiliar de consultório e de nutrição, auxiliar administrativo, técnicos em radiologia, vigilantes, motorista, estagiários e atendentes, num total de 256 funcionários lotados no período de cobertura desta etnografia.

Seguimos, então, para conhecer o espaço físico. A jornada inicia-se pelo primeiro andar: lá funcionam a sala da Gerência, a Copa, a Chefia Administrativa, o vestiário feminino para as enfermeiras e auxiliares de enfermagem e o vestiário masculino para os vigilantes e auxiliares de enfermagem.

Descemos para o andar térreo, lá existem dois espaços físicos específicos que determinam os dois serviços da Unidade – o ambulatório e a emergência, em plantão de 24 horas. Estava a conhecer as instalações referidas ao atendimento ambulatorial: mais aos fundos, a Farmácia, a sala de Tisiologia, a sala de esterilização e o quarto de repouso dos médicos.

Logo na entrada, o espaço de funcionamento do cartão e carimbo do SUS; mais alguns passos, chega-se ao salão de recepção, que se abre na extremidade direita para alguns salas e para o espaço de atendimento odontológico. Na extremidade esquerda da recepção, o espaço segue para frente num corredor, e para trás se situa a Emergência. Ainda na área da recepção, encontra-se o serviço de Laboratório e a sala de higienização.

Enfim, entramos no corredor à esquerda, logo se percebe que aqui se concentram os serviços de maior demanda da Unidade: pessoas em pé já na entrada do corredor estreito, que comporta bancos entre muitas pessoas passando, crianças chorando, profissionais e atendentes saindo e retornando às suas salas.

Neste corredor, se distribuem a sala de Pré-natal, Ginecologia, sala de Transporte, o serviço de Pediatria, a sala de Puericultura, a sala de Vacinação, o espaço para o serviço de Nutrição e em, seguida, a sala de Serviço Social. Há ainda as salas dos serviços de diabetes, hipertensão, teste do pezinho e o espaço da Clínica Médica. Mais ao final do corredor à direita, localiza-se o espaço de funcionamento da coordenação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde – Pacs.

Alguns destes serviços encontravam-se em funcionamento no momento, outras salas estavam fechadas, e onde pude adentrar brevemente, o espaço físico mostrava-se pequeno, com mobiliário simples, composto de mesa, armários e cadeiras.

Nos espaços de espera, muitos usuários estavam em pé, revelando a insuficiência de acomodações para a clientela no aguardo dos atendimentos, aglomeração dos usuários, num espaço exíguo onde se entrecruzam adolescentes, mulheres, crianças, bebês, idosos e funcionários.

Voltamos para o salão de recepção para acessar a emergência. Adentrando o serviço, há a sala de curativos, o consultório médico de Clínica e de Pediatria, um espaço para Observação Pediátrica, um posto de enfermagem, uma sala para pequenas cirurgias, sala de Raios-X e duas enfermarias, uma masculina e outra feminina.

Com entrada pela Emergência, porém com balcão de atendimento voltado para o salão de recepção, há o Same¹². O balcão do Same confere toda uma movimentação específica à Unidade, é nele que chegam os casos, formam-se filas, pergunta-se pela presença de profissionais, agendam-se atendimentos. Pelo balcão, deslizam histórias, encontram-se sujeitos reais, personagens que vão e vêm em suas indumentárias simples, longe do padrão estético das camadas médias. As mais jovens com pequenos trajes. Mas sempre um universo marcadamente feminino, intergeracional, e de cor negra.

3.3 Os adolescentes nos Programas da Unidade de Saúde: cenas registradas no caderno de campo

O salão de recepção era sempre o lugar para aguardar. Era o lugar para acompanhar o vaivém, a rotina e o fluxo. Este, ora intenso, ora com mais crianças e suas mães e avós, ora com mais idosos, cada turno com sua característica peculiar. As manhãs mais cheias.

¹² Sigla que designa Serviço de Arquivo Médico Estatístico.

De estar sentada a observar, vendo passar uns e outros, começo a perceber que uns e outros atendem a um perfil mais similar. Os uns e outros que se repetem, na verdade, são muitas mulheres. E, dentre estas mulheres, muitas mulheres jovens. As adolescentes não são maioria, mas chamam a atenção ao desfilar com suas barrigas e bebês de colo. Uma vez ou outra, vemos seus companheiros. Em geral, elas estão sozinhas ou acompanhadas de outra mulher, mais velha, que parece ser a mãe.

O destino do atendimento a estas jovens e adolescentes ainda era uma incógnita. Na ausência, na Unidade, de um serviço de atendimento específico aos usuários adolescentes, era possível ou esperado encontrá-los nos diferentes serviços disponibilizados na Unidade, tanto na perspectiva das especialidades médicas quanto dos Programas Especiais, como os Programas de Planejamento Familiar, DST, Pré-natal e distribuição de preservativos.

E foi em busca destes serviços e seus personagens que passo a transitar e fazer parte da cena dos atendimentos. Entro nas salas, a escutar tantas diferentes histórias, todas impregnadas de intimidade, umas mais explícitas que outras, diário em punho, a registrar falas, expressões e impressões.

Comumente se repetia o chamado, a de ser convocada a participar da cena, pelo olhar de inclusão dos usuárias em seus diálogos e desabafos, tanto quanto dos profissionais, que expressavam comentários, interpretações, desgostos e, por que não, também desabafos, sobre si, sobre estes outros e outras que adentram em suas salas - alguns mais estranhos, outros já familiares sobre esta condição de impotência diante das decisões que lhes escapam: o uso do corpo, a proteção em relação a possíveis doenças, a escolha dos métodos, o destino pessoal das informações recebidas, a disponibilização dos insumos, espaços físicos mais adequados.

Cena 1: O/a adolescente no Programa de DST/Aids

O dia do Programa de DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis – era a quarta-feira, pela tarde. Outro turno, outra particularidade de perfis. Jovens, adultos jovens, muitas mulheres, adolescentes, mas não menos importante a presença de homens, especialmente adolescentes.

Ser ou não usuário já cadastrado neste Programa determina um ritmo diferenciado ao atendimento. A princípio, o atendimento nas quartas-feiras é para usuários novos, portanto, o procedimento adotado refere-se à realização de uma palestra introdutória sobre corpo, DST e Aids, seguida do atendimento individual para distribuição de preservativos, incluindo o feminino. Quase nunca isto ocorre, usuários novos e antigos se misturam, e todos são atendidos, numa média de mais de 20 pessoas por turno.

Anotam-se dados pessoais: local de residência, idade, situação de conjugalidade, existência de filhos, uso prévio de preservativo. Para as mulheres, um reforço sobre a possibilidade de usar o preservativo feminino. Quando há um aceite, elas recebem os dois insumos.

Retornei outras quartas. Observei a palestra, um momento ímpar. A sala, muito pequena, que mal comportaria seis pessoas, onde já existem duas mesas e armários, comporta no momento da palestra uma média de 12 a 15 pessoas, todas em pé, inclusive o profissional, que, de punho de um álbum seriado, discorre sobre os temas acima mencionados, dialoga com os presentes, esclarece dúvidas, num espaço de tempo de não mais de 30 a 40 minutos, e segue com o atendimento individual.

O atendimento, embora curto no tempo, demonstrava peculiaridades. Às mulheres era reservada uma maior atenção, que se desdobrava desde um tempo maior na consulta, quanto às questões sobre sua vida sexual e reprodutiva. Aparentemente uma atenção privilegiada, embora sutilmente exercida, este comportamento profissional não deixa de revelar o modo como a sexualidade feminina vem sendo apreendida no campo da saúde.

Reconhecer seu exercício, descortinar suas práticas e objetos de escolhas permitem ampliar o campo de influência e de prescrição de condutas da saúde para os indivíduos. A atuação profissional reafirma a centralidade do olhar das ações de saúde sobre o corpo feminino e sobre a discursividade das mulheres acerca de suas estratégias de reprodução e sexualidade.

Os atendimentos prosseguiram, em vários dias de observação, cumprindo um script de poucas variações, num contínuo entre as indagações pessoais e a entrega do produto. Num dado momento, numa dessas quartas-feiras observadas, adentra na sala uma menina. Menina em seu corpo em transformação, formas de mulher a anunciar-se, olhar entre maroto e

desconfiado, barriga à mostra a explicitar o piercing colocado no umbigo. Impossível não notar a surpresa da profissional.

A adolescente tinha 13 anos. Neste ano, iniciou sua vida sexual com o atual namorado. Veio à Unidade de Saúde buscar outra caixa de pílulas. Sua intenção não se dirigia ao uso do preservativo. Entre profissional e usuária inicia-se um diálogo revelador em suas nuances, conforme narrativa abaixo:

- Quantos anos você tem? (Profissional de saúde)
- 13 anos. (Usuária)
- O que trouxe você aqui?
- As minhas colegas me disse que eu podia aqui pegar comprimidos.
- Você já usa pílulas?
- Uso.
- Então você já está tendo relações. Quando foi que você começou?
- Este ano.
- Com quem?
- Com meu namorado.
- E você usou alguma coisa?
- Não, depois uma vizinha minha me deu uns comprimidos para eu tomar.
- Que comprimidos? Como é o nome?
- Não sei.
- Não sabe?!!! Você toma todos os dias?
- Às vezes, sim, às vezes, não.
- (Aflita) Minha filha, assim você pode engravidar. Você nem sabe o que está tomando, nem usa direito. Você usa camisinha?

- Não.
- Você fez algum exame preventivo?
- Não.
- Meu Deus do céu, você está querendo engravidar mesmo! Por que você não veio aqui antes, a gente te passava exames, te dava pílula, te orientava para usar direitinho, não ficava assim correndo risco.
- (...)

O atendimento segue com a profissional fornecendo o método contraceptivo mais o preservativo para a adolescente, explicando-lhe, em detalhes, o uso correto da pílula, o dia de retorno à Unidade para receber nova caixa da medicação e o encaminhamento para marcação de exame preventivo. Diante da atitude de alheamento da adolescente, a profissional reitera a necessidade do agendamento do exame. Quando a adolescente sai da sala, a profissional desabafa:

Meu Deus, estou passando mal, estou passando mal. Como é que pode uma menina tão nova. Nesta idade, eu ainda me interessava por bonecas. Você viu que ela não estava nem interessada? (dirigindo-se à pesquisadora). Ano que vem, está por aqui grávida.

Os significados apreendidos desta narrativa tendem a sugerir que o marcador etário, e quanto mais precoce este for em correlação com as dimensões da sexualidade, orienta um olhar diferenciado sobre o sujeito atendido.

A idade “precoce” e as motivações dos sujeitos para o atendimento licenciam a constituição de uma atitude paternalista do profissional diante do usuário, deslocando a pretensa imparcialidade do atendimento profissional-usuário para dimensões de projeções parentais - “minha filha” - de alguém detentor da autoridade, aqui a autoridade do saber, sobre um outro que não sabe, que não tem idade para saber fazer - “como é que pode, uma menina tão nova” - e que, em última instância, na égide da inevitabilidade, deveria recorrer a esta autoridade para saber fazê-lo.

A experiência sexual vivida na adolescência e presentificada na busca de métodos contraceptivos, insumos para proteção contra DSTs e ainda numa gravidez instalada, suscita a busca da discursividade do outro acerca dos domínios de seu corpo e exercício da sexualidade, numa perspectiva de aproximar o comportamento sexual dos domínios da saúde, para prevenção de uma sexualidade com riscos

O deslizamento da fala do profissional para a dimensão do seu próprio eu – “nesta idade, eu ainda me interessava por bonecas” – remete-nos à idéia de uma tentativa de encontrar no outro as semelhanças do que foi, esforço logo desconfigurado pela certeza da dessemelhança: a constituição de uma vivência de adolescência bastante diferente entre o passado e a atualidade, as inserções sociais distintas, a posição assimétrica entre profissional e usuário.

Cena 2: O/a adolescente no Planejamento Familiar

Outro dia. Mesmo cenário. Outros personagens. As histórias, semelhantes. Estamos no atendimento de Planejamento Familiar. A presença da clientela é quase exclusivamente feminina, em sua maioria mulheres adultas, atendidas por profissionais de duas áreas de formação distintas: Serviço Social e Enfermagem.

Em relação ao serviço de DST e o comumente encontrado nas consultas médicas, mesmo fora desta Unidade de Saúde, em geral, o tempo de atendimento individual é numa média de 40 minutos e minucioso. Questões relacionadas a ciclo menstrual, relações sexuais, presença/ausência de sintomatologias relacionadas a DST, exames preventivos, esclarecimento de informações sobre tipos e usos dos métodos, pesagem e mensuração da pressão arterial fazem parte do roteiro de procedimentos observados na realização das consultas.

A escolha dos métodos contraceptivos é menos uma opção individual e mais direcionada pela oferta e disponibilidade do tipo de insumo dentro da Unidade. Durante todo o período de observação, houve uma escassez importante de métodos contraceptivos para acesso às usuárias, e, sendo estas adolescentes, seu principal interesse se dirige ao uso do método

injetável, que, pela pouca quantidade, somente está disponível para usuárias já cadastradas há algum tempo.

Para as adolescentes, os métodos injetáveis, de baixa dosagem hormonal, não estão sendo acessados às mesmas, neste momento, na Unidade pesquisada. O fornecimento está orientado, portanto, ao que tem disponível na Unidade, que, por sua vez, está subordinada à disponibilidade dos insumos fornecidos pela Secretaria Municipal da Saúde.

Esta situação, a princípio, tende a não levar em consideração situações específicas deste corpo em transformação e das motivações pessoais para escolha de determinado método contraceptivo: menor probabilidade de esquecimento, utilização confidencial sem riscos para uma revelação à família acerca de sua vida sexual.

(...) então, quando falta o método é muito triste, porque uma adolescente que chegou, escolheu uma injeção para usar de três em três meses, ela chega aqui e não tem, isso se quebra, porque foi a escolha dela, ela vai passar a usar outro método, será que esse outro método que não foi a escolha dela, ela vai ter a mesma responsabilidade, o compromisso de estar ali? (E10)

Tomando a discussão sobre vulnerabilidade¹³ para orientar o olhar acerca desta realidade, percebe-se que a estrutura institucional, aqui representada pelos níveis da Unidade de Saúde e a Secretaria Municipal da Saúde, agrega às vulnerabilidades individual e social¹⁴ que possam estar concorrendo para a saúde/doença deste segmento populacional a dimensão da vulnerabilidade programática.

¹³ A noção de vulnerabilidade, proposição desenvolvida por Jonathan Mann e colaboradores, nos estudos relacionados à epidemia de Aids, busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às consequências indesejáveis (doença e morte). Este conceito articula as situações dos sujeitos e/ou agrupamentos coletivos ante a Aids em três dimensões analíticas: vulnerabilidades individual, social e programática-institucional (AYRES, 1996).

¹⁴ Vulnerabilidade individual tem sido associada a comportamentos que propiciem a oportunidade de indivíduos infectarem-se ou adoecerem, porém subjacente à análise das condições objetivas, do grau de consciência e do poder de transformação que os sujeitos têm diante destes comportamentos. Na dimensão de vulnerabilidade social, compreende-se o olhar sobre as coletividades e como estas dispõem ou não de acesso a informação, serviços de saúde, condições de bem-estar, liberdade civil, assim como a configuração de dimensões sociopolíticas e culturais, das quais decorrem as relações de gênero, cultura(s) sexual(is) (AYRES, 1996).

Esta estaria assim relacionada ao desenvolvimento, ou não, de ações institucionais que operam na construção de políticas, viabilidade de recursos para programas, compromisso político, adequação das redes e serviços de saúde para o enfrentamento das demandas em saúde, fornecimento de insumos e produtos, dentre outros aspectos (AYRES, 1996, 2003).

A presença de adolescentes no atendimento de Planejamento Familiar não se revelou significativa. Em geral, observa-se a presença de adolescentes ainda sem filhos.

Tarde de atendimento. Unidade repleta. Mais um dia de observação no Planejamento Familiar. Entre tantas mulheres adultas atendidas, numa média de 16 por turno, duas foram adolescentes.

Uma destas adolescentes, com 17 anos, em uso de anticoncepcional oral como método contraceptivo, vinha em busca do recebimento de novas cartelas de anticoncepcionais. No encontro do atendimento entre adolescente e profissional, ocorre o seguinte diálogo:

Prof. Saúde (E2): Está tomando o quê?

Usuária: Microvilar. O remédio termina amanhã.

Prof. Saúde (E2): Mas aqui tem medicamento de sábado.

Usuária: Estou tomando errado, mas está certo.

Prof. Saúde (E2): Deveria terminar amanhã. Se tomar errado já sabe que pode engravidar.

Prof. Saúde (E2): Está tomando, mas está usando camisinha?

Usuária: Mais ou menos.

Prof. Saúde (E2): Você quer engravidar assim, não?! Vou lhe passar o Plano Teste.

Usuária: (Expressão de surpresa e espanto).

Prof. Saúde (E2): É isso mesmo, você tomando errado pode estar grávida. Mas também vai ter que usar a camisinha. Assim não pode, porque é assim que engravida, vinha aqui que a gente explicava.

Profissional pega um folheto explicativo sobre preservativo masculino e passa a ler as instruções de uso para a usuária, assim como lança mão de um preservativo e faz a demonstração de uso numa prótese peniana, continuando o diálogo:

Prof. Saúde (E2): É melhor saber para fazer certo.

Usuária: Já tomei outras vezes assim e não aconteceu nada.

Prof. Saúde (E2): E é para acontecer? Quando já tiver dentro é que não vai tirar. Sou contra o aborto, por isso tem que se cuidar antes.

As observações extraídas do Planejamento Familiar apontaram variações no que concerne à possibilidade das profissionais envolvidas em apreender os contextos de inserção das usuárias, mesmo numa perspectiva fragmentada e superficial de suas realidades.

Como as profissionais de saúde atualmente responsáveis pelo serviço originam-se de campos de saber distintos - profissão da área biomédica e profissão do campo das ciências humanas -, esta diferenciação mostrou-se, de certo modo, importante na forma de aproximar-se do outro e de estabelecer tentativas de mediação entre o script tecnológico e científico do atendimento, com as mulheres usuárias, sujeitos heterogêneos em suas vivências, lugares e demandas com relação à saúde sexual e reprodutiva.

As profissões da área biomédica, ancoradas num modelo de formação biomédico tradicional, tendem a apreender com mais dificuldade os aspectos culturais implicados nas decisões e permanência de uso de determinados métodos contraceptivos, gravidez e sexo sem proteção para doenças sexualmente transmissíveis. Isto vai ao encontro das assertivas de Schraiber (1997) que argumenta ser a formação baseada no modelo biomédico uma dimensão importante de entraves para a compreensão dos sentidos sociais e subjetivos referidos aos sujeitos e suas decisões no campo da saúde.

O fragmento de narrativa explicitado não privilegiou a contextualização deste sujeito que chega para o atendimento. O uso incorreto do método não suscita, por parte do profissional, indagar-se de questões que buscariam esclarecer o próprio sentido do “incorreto”: desde quando usa? Em que contexto(s) de relacionamento(s) a utilização do método está inserido? O uso “incorreto” não poderia estar revelando uma tentativa de gravidez, mesmo que não conscientemente assumida? Que situações familiares a adolescente vivencia que poderiam estar jogando um papel importante neste modo de utilização do contraceptivo?

Estas indagações escapam e não trazem para a cena da consulta a perspectiva de entender a saúde sexual e reprodutiva como um campo relacional imbricado por escolhas subjetivas, questões de gênero, negociação sexual, condições institucionais e programáticas, scripts culturais e conhecimento científico.

A valorização do conhecimento científico estabelece entre usuária e profissional de saúde um lugar claro de assentamento do saber e do poder, que licencia a profissional colocar-se emitindo juízos de valor acerca de um possível destino de uma hipotética gravidez, destituindo o lugar de autonomia da adolescente diante de uma possibilidade de aborto.

A possibilidade de interação no encontro entre dois sujeitos - profissional e usuário - fica assim distintamente distribuída, de acordo com contribuições de Schraiber (1997):

A desqualificação da interatividade em seu todo revela que traduzimos a maior autoridade científica, automaticamente, em decisões não apenas técnica, mas biopsicossocial, isto é, a decisão amparada biologicamente (...), assim, a assimetria na relação passa da face técnica à ética quase sem problemas. (pg 127).

Cena 3: Os/as adolescentes no atendimento ginecológico

O posicionamento dos profissionais com valorações sobre os adolescentes e o comportamento sexual destes mostrou-se mais visível quando das observações realizadas no contexto do atendimento ginecológico.

A busca inicia-se com a tentativa de agendar entrevistas com os profissionais desta área. O contato perpassava pela atendente, uma auxiliar de enfermagem que poderia fazer a indicação dos profissionais e seus possíveis horários de atendimento. No primeiro contato com esta, após informar do que se tratava a investigação, ela pronuncia: Dra. Teresa¹⁵ detesta atender adolescentes. Se fosse Dra..., esta, sim, adora atender adolescentes, mas está de licença-maternidade.

As percepções dos profissionais de saúde e suas preferências de clientela parecem ganhar circularidade no espaço da Unidade e chamar a atenção de que possivelmente as ações para adolescentes são realizadas mais em função das vontades pessoais do que por orientações programáticas.

Outro momento no corredor de espera para o atendimento ginecológico. Aguardo o médico para apresentar-lhe a pesquisa e solicitar sua participação na mesma. No entra-e-sai das clientes, a auxiliar de enfermagem nota minha presença e me chama para entrar na sala de atendimento, dizendo: Não sente aí, não, esse pessoal cheio de problemas, de verrugas¹⁶.

Logo mais adiante, a mesma jovem que estava comigo no corredor aguardando entra na sala e pergunta se pode esperar lá dentro. Prontamente, a auxiliar nega sua entrada. Quando esta sai da sala, a auxiliar dirige-se a mim e fala: Essas meninas jovens, cheias de problemas, com verruga. Tão novas e com tantas doenças.

Este fragmento episódico nos traz algumas reflexões: uma, as percepções circulantes que tendem a desvalorizar os adolescentes podem estar orientando todo o corpo funcional, talvez até ocorrendo uma maior ênfase nas atitudes preconcebidas por parte dos outros níveis funcionais. Esta questão mereceria ser aprofundada para uma melhor compreensão do fenômeno e de seus fatores determinantes.

A atitude da auxiliar de enfermagem demonstra quebra de sigilo e confidencialidade, com exposição para terceiros de uma situação da intimidade da usuária, cerceada, sem seu conhecimento, de adentrar em determinados espaços do atendimento por estar portando uma determinada doença sexualmente transmissível.

¹⁵ Nome fictício.

¹⁶ Alusão à doença sexualmente transmissível denominada condiloma acuminado.

Retomando o episódio, a referida jovem entra para o atendimento ginecológico, feito por um profissional do sexo masculino. Ela tem 19 anos e buscou a Unidade para confirmar se está mesmo com verrugas.

O médico, cantarolando e numa linguagem bem informal, passa a examiná-la, confirmando a existência das verrugas, e entre eles se inicia o diálogo, reproduzido abaixo:

Médico: O seu namorado tem isto?

Usuária: Não, ele não tem.

Médico: Mas você pegou de alguém.

Usuária: Não sei de quem foi, acho que foi de um rapaz que tive um caso rápido.

Médico: Você usou a camisinha?

Usuária: Não, não usei nada.

Médico: Está vendo. Você poderia ter pegado uma Aids.

Usuária: Deus me defenda.

Médico: Isto aí não mata, mas poderia ser uma coisa mortal como a Aids. Você tem que se cuidar. Como é que transa com alguém que não conhece direito sem usar camisinha?

(...)

Usuária: Aqui vocês também podem me dar o Ciclo 21?

Médico: Podemos. É isto mesmo. Tem que se cuidar, cuidar de sua saúde, não ter filhos agora, não fazer como esse bando de mulheres aí que tem filho todo ano. Você trabalha?

Usuária: Trabalho.

Médico: Muito bom. Trabalhe, ganhe seu dinheiro e se cuide.

O diálogo acima reproduzido sugere a tensão que se estabelece no atendimento entre usuária e médico no contexto do aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, posicionando ambos em seus lugares naturalizados, em que um detém o saber e a verdade e o outro depende do primeiro para dirimir suas dúvidas ou buscar o restabelecimento de sua saúde, permitindo por vezes algum nível de extrapolação na conduta repreensiva do profissional.

O aconselhamento, invasivo no caráter e conteúdo das perguntas, está assentado em possíveis conceitos que prejudicam inclusive a correção da informação. De fato, a Aids não é mais hoje uma doença mortal, e ainda que o comportamento da usuária tenha implicado em risco para contágio com o HIV, houve uma ênfase exagerada no aspecto da letalidade do HIV, acrescido do conteúdo moralizante do discurso do profissional - (...) como é que transa com alguém que não conhece direito sem usar camisinha?-, subjacente, aliás, a todo aconselhamento.

O risco a que realmente se submeteu a usuária, a ampliação do risco para HIV que uma DST ulcerativa representa, a necessidade de tratar o atual parceiro e os riscos desta DST não adequadamente tratada para a saúde sexual e reprodutiva da usuária foram negligenciados no breve intervalo do atendimento, talvez por interpretar o médico ser irrelevante fornecer todas as informações a alguém que supõe ele não poderia entender.

Cena 4: Os/as adolescentes no Pré-natal

Diferentemente do encontrado no Programa de DST e no Planejamento Familiar, a frequência e acesso de adolescentes no serviço de saúde encontram uma outra correspondência quando as ações se destinam à atenção materno-infantil, como o serviço de Pré-natal.

O enfoque do serviço concentra-se em garantir prioridade de atenção à adolescente para prevenir a ocorrência da gravidez e/ou prestar-lhe atendimento no período de gestação, reiterando a centralidade da ação reprodutiva em serviços de saúde, conforme atesta a narrativa extraída:

(...) a adolescente, a gente está priorizando; então, agora mesmo, não está tendo marcação de planejamento familiar porque tem muita gente e o fornecimento de métodos está irregular, o fornecimento de métodos às vezes é irregular (...); então a gente não está matriculando, mas, quando chega um adolescente, a gente automaticamente matricula, quando tem uma puerpera, quando acaba de parir, a gente matricula, então tem essa atenção, não é o Ideal; quando elas estão fazendo o pré-natal (...), a gente procura fazer um outro tipo de abordagem, que é aquele horário específico, pra fazer uma palestra educativa (...) (E10).

O serviço de saúde tende a absorver as demandas relacionadas ao campo da sexualidade do adolescente quando ela se manifesta numa problemática cujas respostas possam se instaurar no registro clínico/médico (DST, gravidez, acompanhamento pré-natal). Com isso, as demandas de sexualidade não se diferenciariam de nenhuma outra patologia que ocorre no corpo humano.

Permitiriam, ainda, que houvesse a identificação dos sujeitos com suas “patologias”. Sexualidade com riscos conforma perspectivas identitárias para adolescentes também em risco.

Os adolescentes do passado eram rebeldes, mas eram rebeldes mais sadios (...), não se agrediam tanto como se agredem hoje. (E5)

O jovem que chega no Centro de Saúde é um jovem carente. No nosso Centro de Saúde, a gente pega muitos jovens com doenças sexualmente transmissíveis (...). (E9)

(...) as meninas, elas sofrem uma influência maior de alteração, porque, pela própria questão da violência sexual, do assédio feminino, as meninas, hoje, na adolescência, já são aliciadas (...). (E9)

Se a sexualidade vem sendo apreendida no serviço a partir de suas manifestações patológicas, todos os sujeitos de suas práticas não encontram atenção correspondente. Com um serviço de saúde acentuadamente feminilizado, os homens e, no caso, os adolescentes pouco se presentificam nos programas, horários e demandas para atenção à saúde sexual e reprodutiva.

(...) para as meninas, acho que é um pouco mais fácil, por existirem mais serviços voltados para o sexo feminino: o planejamento familiar, a ginecologia, pré-natal, anticoncepcionais, entre outras coisas. Já os meninos participam mais das palestras, das consultas clínicas e nem tanto de serviços muito específicos.(E7).

Eu acho que seria mais a questão da co-responsabilidade na saúde reprodutiva, porque fica muito a cargo da mulher o papel de ir até a unidade buscar o preservativo, de buscar o atendimento do planejamento familiar e já o homem fica parecendo que é um mero “fazedor” de filho, é aquela coisa do sexo pelo sexo.(E3).

3.4 Paradoxos dos discursos e práticas: o lugar do adolescente na Unidade de Saúde

Nas observações e narrativas de entrevistas desta etnografia, registra-se, com recorrência, que as percepções dos profissionais, em geral, destinam-se a imputar ao adolescente a responsabilidade pela busca ou não ao serviço, numa perspectiva de colocar no outro, e em suas (in)capacidades, a determinação última para o acesso ao serviço.

Geralmente essas meninas grávidas só se interessam pelo planejamento familiar quando já estão grávidas e não antes disso (E5).

A compreensão dos profissionais de saúde acerca da presença de adolescentes no serviço reafirma um lugar de irresponsabilidade destes e da incapacidade de cuidar de si mesmos, sem

levar em conta as múltiplas dimensões de uma realidade que exige um olhar mais acurado acerca da inserção sociocultural destes sujeitos e os significados da cultura sexual onde estes estejam pertencentes.

(...) porque não é comum você ver adolescente marcar consultas para fazer check-up, uma adolescente, por livre e espontânea vontade, fazer um exame ginecológico, acontece quando a mãe cuida de trazer a filha. Mas a porta de entrada é a gravidez, a preocupação inicial é não engravidar, e depois a prevenção contra doenças. (E1).

Outras nuances de significados são constituídas e agregadas pelos sujeitos da pesquisa na perspectiva de responder o que traz o adolescente à Unidade, configurada numa demanda de saúde/doença, das quais sobressai a forte associação entre demanda e sexualidade, em suas manifestas traduções

(...) os rapazes que vêm aqui, geralmente, vêm buscar preservativos para não poder ter problemas com a DST (E1).

A questão da sexualidade, essa é a maior demanda, os meninos quando vêm pegar preservativos, e também da gravidez (...), então, a maior demanda é com a questão da gravidez (E1).

As que me chamam mais atenção são as DSTs e a gravidez (E5).

A busca pelo preservativo é a demanda mais freqüente, a ginecologia, o pré-natal, e os serviços mais específicos para os adolescentes que hoje são esses mesmos (E8).

As narrativas acima apresentadas podem estar nos informando duas perspectivas de análise: a) os profissionais tendem a justificar a ida dos adolescentes à Unidade para busca de insumos e produtos oferecidos - palestras, preservativos, consultas; b) por outro lado, este movimento pode estar sinalizando que a procura dos adolescentes a estes produtos constitui-se numa resposta destes aos modelos de atenção à saúde, que os invisibilizam em suas prioridades e aprisionam a sexualidade em sua dimensão biológica. Os adolescentes podem estar buscando no serviço o que este tem lhes oferecido.

Os serviços de saúde, compreendidos como espaços sociais, como campo de forças que se funda pela estrutura de posições diferenciadas de seus diferentes agentes diante de tipos específicos de capital (BOURDIEU,1996), têm constituído, historicamente, práticas e modos de representação da realidade.

O conceito de habitus em (BOURDIEU,1996) permite compreender como a organização destes modelos de representações e práticas possibilita a assunção, ou não, de um lugar social, para os diferentes sujeitos que estão implicados no ato de cuidados em saúde.

Uma das funções, da noção de habitus, é a de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes (BOURDIEU, 1996,p.21). As práticas de saúde empregadas na Unidade, mais ao estilo biomédico, pouco enfatizam ações educativas que levem em conta a fala e/ou a participação dos usuários. Isto, de algum modo, pode estar jogando um papel fundamental no modo como os sujeitos exteriores à Unidade estão apreendendo as lógicas subjacentes do fazer em saúde.

Para os usuários adolescentes reifica-se o habitus de sua inespecificidade e ausência de priorização nas agendas do setor saúde, para o qual eles podem estar respondendo com baixa frequência na busca pelos serviços.

Implicados no ato de cuidados de saúde, os/as adolescentes usuários/as tendem a ser apreendidos nas representações e práticas da maioria dos profissionais de saúde pesquisados na Unidade como sujeitos/eu, conforme concepções de Ayres (2001), no qual se trata o sujeito como sujeito individual, em contraposição ao sujeito/si. Enquanto sujeito/ si, constituído na

alteridade com o outro, que nos institui uma identidade, portamos qualidades de produção de coisas e transformação da história (AYRES, 2001,p.65).

Os sujeitos/eu, destituídos pela atribuição do outro, de sua capacidade de ser histórico e transformador de sua própria realidade, cada vez mais é um objeto, que se faz e se reproduz a partir de uma natureza já dada, imutável através dos tempos (AYRES, 2001). Frente a estes sujeitos /objetos, pouco se indaga no campo da saúde, e mesmo na Unidade pesquisada, o que querem estes, elas e eles, quais seus projetos de saúde, o que buscam quando vêm a Unidade, e mais o que a Unidade e o campo da saúde está constituindo para ir em busca, ao encontro do que estes/estas querem e precisam.

As significações apresentadas para as demandas dos/as adolescentes à Unidade não foram unívocas, ressaltando-se em algumas das narrativas, a associação da busca pelo serviço como um espaço de acolhimento e de escuta, para além das demandas de saúde/doença.

Primordialmente eles pedem atendimento clínico e a gente sabe que por trás dessa demanda existem outras demandas, a demanda de ser ouvido, a demanda de ser inserido, nos programas, de ser respeitado pelas pessoas, a demanda de aprender e acolhimento em geral (E4).

São adolescentes extremamente carentes, que vem ao posto por não terem o que fazer, com o que ocupar a mente, até por não terem com quem conversar eles buscam atenção aqui no posto de saúde, além claro dos casos reais de doença, de planejamento familiar, e da distribuição de preservativos. As meninas mesmo do planejamento familiar nunca faltam, sempre vêm ao posto, e toda essa assiduidade se dá pela necessidade de atenção, de conversa, o que muitas vezes elas não encontram em casa (E8).

(...) sempre ele vem com 2 a 3 amigos e chega naquela forma brincalhona entre eles, mas a gente sabe que tem um quê de timidez, um quê de necessidade de apoio, orientação que faltam, infelizmente (E9).

Bom, eu acho que o adolescente que chega aqui no posto, ele está em busca de algo, ele não vem aqui do nada, então ele vem buscar acolhimento, de ser ouvido, essa

necessidade de ser ouvido, de ser entendido, ele busca muito isso, mesmo sendo unidade de saúde (...). (E10)

Destas falas, podemos considerar alguns aspectos:

- a) primeiro, relativo à capacidade de percepção, mais ampliada, pelos profissionais do adolescente e de suas necessidades, que não se esgotam no construto biológico e suas potenciais patologias e se refletem na atualidade na busca por um reconhecimento de seu lugar de sujeito social de direito;
- b) segundo, a apreensão de sua dimensão social mais contextualizada – família, contextos sociais de falta –, que, embora surja na fala com conotações ainda estigmatizadoras, não deixa de demonstrar um olhar extramuros institucional e um reconhecimento do papel fundante da dimensão social na vida e organização dos adolescentes;
- c) terceiro, a colocação similar da casa e da rua como espaços ameaçadores, contrapondo-se à imagem do serviço de saúde como um espaço de proteção possível. Este resultado pode sugerir uma perspectiva de reforço ao poder do profissional, que, pelo conhecimento científico e por deter capital cultural diferenciado destes outros de pertencas assimétricas, poderia ocupar o lugar do “protetor” e do “mentor” para uma vida “saudável”.

O sentido de proteção expresso nas narrativas pode estar relacionado à percepção desta Unidade, por parte de seus diferentes agentes, como um local de circulação de afetos, dimensão esta de difícil categorização, porém que não escapou às minhas próprias percepções enquanto pesquisadora. As relações na Unidade entre os profissionais muitas vezes expressavam solidariedade entre pares, e destes com os usuários, não raramente, um clima de familiaridade.

Como este não se configurava o objeto da investigação, há limites claros no aprofundamento desta questão, porém esta me parece uma dimensão importante a ser considerada em posteriores estudos, pois que uma prática mais relacional dos sujeitos na atenção à saúde já demonstra resultados contundentes de sua propriedade. E, como expresso num diálogo

ocorrido fora do contexto de campo, com uma adolescente estagiária do meu local de trabalho residente no bairro onde a Unidade está inserida:

As pessoas do bairro estão o tempo todo no Centro. O Centro é tudo para a comunidade. O povo vai lá de manhã, volta de tarde, tendo ou não tendo o que fazer lá. Vai para conversar, encontrar as pessoas, bater papo com os profissionais, vai até para namorar.

Uma dimensão desta realidade freqüentemente subdimensionada nos discursos dos profissionais refere-se à atribuição de sentidos para o papel da Unidade enquanto espaço social produtor de ações que contribuam para facilitar, ou não, a inserção dos sujeitos adolescentes nos Serviços de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva.

(...) o atendimento já está mais voltado para a adolescente que já está grávida e não tanto para a prevenção, só mais a distribuição mesmo do preservativo. (E4)

As observações etnográficas sugerem estar a Unidade despreparada para se constituir num local de atratividade específica para os adolescentes, a começar pela ausência de signos identificatórios de referência a estes sujeitos.

Na Unidade, não se verifica a presença de símbolos comunicacionais voltados ao público adolescente, sejam estes pôsteres, cartazes, folhetos e outros, que, além de ter a função informativa, poderiam se constituir em objetos de identificação, pelo uso da linguagem e/ou da imagem, que permitissem aos adolescentes um sentido de aproximação do serviço à sua realidade.

A existência de um espaço físico reduzido e inadequado para ações de grupo, assim como a dinâmica do atendimento que comporta inúmeras interrupções, entrada de outros profissionais nas salas no momento de consulta, quando não compartilhamento de profissionais no mesmo

espaço físico, atendendo clientela e demandas diferenciadas, constituem-se em outras barreiras importantes à conformação de um serviço de atenção ao adolescente na Unidade.

Só que aqui a gente não tem muito espaço, assim eu atendo em uma sala com outra colega, a outra colega atende hipertensão, então não tem como a gente manter aquele sigilo, que seria o ideal, às vezes as pacientes não se colocam como deveriam se colocar, e a gente também com receio de o outro estar ouvindo a nossa conversa, então são situações completamente distintas, o idoso que está ali para ser atendido de hipertensão ou diabetes, e um adolescente ou uma mulher do programa de atenção a mulher querendo colocar seus questionamentos, suas questões, e se sentem muitas vezes inibidas, e a gente também de estar abordando alguns temas.(E10)

Um serviço de saúde nas características do encontrado nesta etnografia, localizado num bairro popular, com disponibilização de diferentes serviços, tanto na modalidade ambulatorial quanto na de emergência, agrega uma ampla gama de usuários, com distintos marcadores etários, sendo habituais a convivência e a frequência no mesmo espaço de gerações diferentes da mesma família, quando não de vizinhos, ora como usuários ou até mesmo como funcionários do serviço.

A recorrência ou não de adolescentes a estas Unidades de Saúde, com similaridade de perfil, pode estar sendo influenciada por alguns destes aspectos mencionados, que, agregados à ausência de espaços de privacidade e ampla circularidade de público dentro da Unidade, terminam por inibir a presença dos adolescentes por receio da quebra de anonimato acerca da vivência de sua sexualidade.

Presente em diferentes narrativas, assim como num olhar mais superficial das observações, apresenta-se o lugar do adolescente na Unidade, relacionando-o ao caráter de indistinção do atendimento e do acolhimento, independentemente da composição etária dos usuários e suas especificidades.

Nos dois anos que tenho aqui, eu ainda não percebi uma grande diferença no atendimento do adolescente que chega, o acolhimento é básico tanto para crianças quanto para adultos ou adolescentes (E3).

Os profissionais não têm tanto cuidado, atende o adolescente como qualquer outro paciente, a atenção que é dada não está de acordo com as especificidades que eles possuem (E7).

Nos discursos produzidos pelos entrevistados, emergem diferentes significados para dar sentido a esta característica de indistinção: responsabilização assentada na conduta, (des)compromissos e (des)interesses dos profissionais; inadequação na estrutura da Unidade; concepções preconcebidas relacionadas à adolescência.

O profissional de saúde assume nas narrativas um papel central enquanto instância atribuída, de poder dizer não, dizer sim, de conferir qualidade e balizar as relações no espaço de um encontro de atendimento:

Quando o paciente chega ao centro de saúde, ele recebe a informação do seu encaminhamento, que é de forma igualitária para todos, mas claro que, quando estes adolescentes que procuram a unidade chegam diante dos profissionais, estes têm que ter um olhar mais acolhedor e mais amplo, fazendo com que ele se sinta à vontade para conversar (E3).

O adolescente tem que ser tratado como qualquer outro paciente, mas claro que vai depender do profissional o tipo de acolhimento que seja mais propício ao adolescente (...) (E3).

São os médicos, porque há uma certa resistência, quando há assim capacitações que nós vamos, poucos médicos vão por conta do trabalho, têm horário corrido (...) (E1).

Algumas falas produzidas denotam reflexões que tentam aproximar o lugar do sujeito profissional de saúde enquanto produtor de uma atenção qualificada ao adolescente, com possíveis responsabilizações da estrutura onde este esteja inserido, configurando uma rede

mais complexa de relações e atores, dos quais depende a efetivação de ações de atenção ao público adolescente.

(...) então há uma carência de profissionais pra se destinar aquele público, e não sei se há um certo descaso (...), se existe uma carência profissional que se identifique com o trabalho para adolescente, isso é importante, é o perfil do profissional também que goste de trabalhar com adolescentes (E1).

(...) eu não sei se dentro da Unidade, eles (profissionais de saúde) teriam resistência ou se depende também assim, vamos dizer, de ter uma gerência, de criar um programa que, em um determinado dia, esse especialista vai atender essa cota de adolescente, e também se faltam uma vontade mais forte por parte das gerências de estruturar mesmo, de uma forma organizada, os programas dos adolescentes na Unidade. (E1)

Eu já acho que o atendimento tem que ter um olhar diferenciado e não segregativo, uma coisa mesmo que dificulta esse atendimento mais específico é a questão da cobrança que a Secretaria da Saúde faz no caso do assistente social, nós temos que atender 18 pacientes por unidade, é um número muito alto de pacientes, como é que nós vamos poder atender esse adolescente de forma mais diferenciada e com mais atenção? Isso atrapalha um pouco.(E3)

Esta última narrativa, ao trazer as determinações para atendimentos da Secretaria Municipal da Saúde, pontua a dimensão de inserção da ação num modelo biomédico que privilegia o número de consultas, a produtividade e o atendimento individual.

Este modelo, de algum modo, guarda incompatibilidades e obstaculariza ações dirigidas ao público adolescente, segundo Ayres (1994,p.55), por este se tratar de um sujeito social, um segmento populacional com demandas de saúde particulares e potencialmente privilegiadas na perspectiva da construção da cidadania.

Alguns profissionais da Unidade pesquisada elaboram insights de apreensão destas demandas de saúde particulares para o adolescente, somente possíveis de ser acolhidas na constituição de um modelo de atenção distinto do que é empregado para o público em geral. Este outro modelo abrangeria desde revisitação de pressupostos teóricos até reorganização da estrutura programática – espacial, modo de atendimento, perfil e qualificação dos profissionais, desenho de programas, canais de acesso e busca deste adolescente.

Isso é muito complicado, aqui era para ter um programa com profissionais específicos para adolescentes; por exemplo, no planejamento, nós atendemos adolescentes, atendemos assim qualquer pessoa que chegue aqui em idade fértil, mas, quando é adolescente, nós damos uma orientação direcionada mesmo. (E1)

Sobrecarregado, com profissionais que atendem de uma forma rápida e muito deficitária, até mesmo pelo programa que não acontece todo dia e pelo fluxo de pessoas que necessitam ser atendidas. Além daquela coisa de não ter muito serviço específico voltado para o adolescente (E7).

Apesar de todas as reformas feitas, ainda não foi criado um espaço específico para o atendimento ao adolescente que permita trabalhos em grupo, palestras, um melhor atendimento e a execução de outras atividades. O posto é riquíssimo em fluxo e por isso deveria ter um espaço físico que estivesse de acordo com essa demanda. (E8)

Num estudo realizado, no Rio de Janeiro, para avaliar as condições básicas para a prestação da atenção integral aos adolescentes nas Unidades de Saúde daquele município (RUZANY, M.H., 2002), verificou-se que, dentre as razões alegadas pelas Unidades de Saúde para não terem implantado o Prosad, constam a falta de tempo e motivação dos profissionais para trabalhos com adolescentes, assim como uma ausência acentuada de equipes multiprofissionais e com capacitação adequada para atuar com adolescentes nas Unidades de Saúde, achados estes que se aproximam aos encontrados nesta etnografia.

O olhar sobre a estrutura também implica perceber as vulnerabilidades implicadas em processos de mudanças de gestores nos contextos institucionais e quanto isto pode alterar,

favoravelmente ou não, programas e ações fragilmente institucionalizadas. No período desta etnografia, ocorreram na Unidade por três vezes substituições de sua Gerência.

As mudanças na gestão, especialmente a última, fizeram-se acompanhar, junto a alguns profissionais da Unidade, por um clima de expectativa, relativa apreensão acerca do perfil e propósitos da nova gestão e possíveis alterações nas atribuições, papéis e permanência destes naquela Unidade de Saúde.

Algumas destas expectativas se confirmaram – transferência de profissionais, diminuição no quadro do serviço de Ginecologia, acréscimos de atribuições para outros – de todo modo, porém, se percebe um maior investimento em ações de orientação e informações para os usuários, disponibilização de novas especialidades médicas e até a retomada daquilo a que um profissional da Unidade menciona como “sonho”:

(...) a Gerente também vem tendo estes sonhos de começar a fazer um trabalho mais específico para adolescentes na Unidade e vem conversando comigo sobre isto. (E1)

As mudanças dos gestores no nível decisório da Unidade informam algumas importantes reflexões, uma primeira, dirigida ao aspecto de uma possível vulnerabilidade do serviço diante da descontinuidade no processo de gestão, que poderia se estender às políticas, programas e ainda às equipes de trabalho.

Outro aspecto a ser considerado refere-se a que, na ausência de um programa pouco institucionalizado, como o relativo à atenção à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes no âmbito municipal e da própria unidade de estudo, as decisões para implantação e/ou seguimento de um programa desta natureza terminam por situar-se na dimensão do sujeito individual e seu micro-poder decisório.

Com a fragilização do Prosad – Programa de Saúde do Adolescente, enquanto uma política nacional que balizava a ação da saúde para o segmento adolescente, com capilaridade para a Rede Básica de Saúde, a existência de ações e programas tem-se inscrito na lógica do

voluntarismo pessoal e dos compromissos individuais informados por trajetórias pessoais e/ou profissionais que aproximem, gestores e/ou profissionais, de determinadas temáticas.

(...) então, a Secretaria existe a política, mas eu não vejo assim o suporte, por mudanças de administração, e assim a coisa se perdeu no tempo, porque tinha as reuniões que aconteciam para discutir como está sendo o atendimento do adolescente aqui no posto, como está sendo em outra unidade, mas, depois disso, se perdeu, e aí é muito a questão da prática que a gente vem desenvolvendo. (E10)

Eu acredito que essa questão parte da formação de cada um de nós profissionais (...), mas não existe nada de oficial e escrito para nortear essa conduta nem na Unidade e nem na Secretaria da Saúde. É uma questão mais particular de cada profissional. Por exemplo, eu, como assistente social, tive uma formação específica para atender esses adolescentes. (E3)

No meu caso, o trabalho com o adolescente é uma motivação, é uma questão de querer experiência. (Ex- gerente da Unidade)

Para finalizar este conjunto de sentidos atribuídos à inespecificidade da atenção ao adolescente na Unidade, deve-se considerar a justificção apontada de estarem as concepções e percepções preconcebidas sobre o adolescente por parte dos profissionais colaborando para a indistinção do atendimento.

Acho que porque tem um preconceito sobre o adolescente, ou alguma experiência que já tenha ocasionado em não resultar bons trabalhos (...). (E7)

As produções discursivas dos profissionais de saúde desta investigação acerca de adolescência e adolescente estão deslizando entre operações identitárias ambivalentes conferindo sentidos distintivos entre conceito e sujeitos reais.

O primeiro, adolescência, aparece revestido numa tendência de confirmação de sua matriz universalizante – fase de transição entre a infância e a vida adulta; fase de alterações hormonais e de comportamento –, que, apesar de sua lógica de naturalização, resguarda conotações mais positivas, diferentemente do que vem sendo associado aos sujeitos adolescentes reais que circulam e são usuários da Unidade, apresentados, na maioria das narrativas, como irresponsáveis e carentes.

A carência econômica do contexto social de inserção destes usuários adolescentes passa a aderir aos sujeitos, conferindo-lhes uma mesma identidade, sujeitos e contextos como instâncias monolíticas, indissociadas.

A pobreza e os seus significados sociais constituídos conferem aos adolescentes uma identidade específica, e é esta marca identitária que tem conformado um papel importante nas representações que os profissionais têm construído acerca destes adolescentes. Elas se atualizam no olhar sobre seus comportamentos, com especial ênfase ao campo da sexualidade, conforme veremos no próximo capítulo, onde esta discussão sobre adolescência e sexualidade será mais detalhada.

A diferenciação entre “eles” (adolescentes) e “nós” (profissionais de saúde) torna-se emblemática, estando a identidade do profissional de saúde a gozar de legitimidade e autoridade, por se situar no lugar da identidade referência – homens e mulheres de classe média urbana, alta escolaridade, alguns, como os médicos, com acúmulo de capital simbólico – que os licenciam a produzir sentidos sobre estes outros, nas suas diversas identidades.(...) são as identidades que se diferenciam do padrão (...), que se tornam marcadas e que são constituídas como “o outro” (LOURO, 2004:206).

O inespecífico da atenção ao adolescente se articularia aos limites de reconhecer e atribuir ao “outro”, que não compartilha pertencas identitárias com os profissionais de saúde, o estatuto

de sujeitos sociais, que se constituem sobre modelos culturais e sociais mais amplos que organizam a sociedade brasileira, transversalizado por múltiplas pertenças, que vão conferindo matizes distintos e reconfigurando matrizes supostamente hegemônicas.

A atenção torna-se inespecífica por não dar status de reconhecimento, as especificidades destes sujeitos adolescentes, que não sendo mais crianças e não ainda adultos, tornam-se destituídos de uma identidade própria que dê conta de entender como a vivência de ser adolescente se desdobra, em contextos sociais e culturais específicos, com conformações distintas em suas demandas e necessidades.

(...) eles são nivelados por baixo igualmente, parece até um “caminhão de japonês”.
(E5)

Por outro lado, o inespecífico não se confirma quando se trata da sexualidade do adolescente. Esta é ainda percebida, para a maioria dos profissionais de saúde, como um domínio da vida adulta, que, em sendo exercida pelos adolescentes, o é de modo errôneo, irresponsável, correlacionada a formas desviantes de comportamento, que subvertem a “ordem”: *ser muito novo e já ter iniciado a vida sexual, não ter maturidade emocional e estrutura e engravidar na adolescência, “transam por transar”, as meninas, hoje, são mais liberais, com muitos parceiros.*

Esta perspectiva engendra aos profissionais práticas de normatização como as expressas na perscrutação dos comportamentos e sinais da sexualidade feminina, a maior demora e indagações quando da presença de adolescentes nos Serviços de Atenção Sexual e Reprodutiva, nas atitudes de deter o saber, inclusive moral, que os permitem agir como “conselheiros”, reafirmando práticas históricas da saúde em regular e prescrever condutas.

As barrigas que desfilam no corpo das adolescentes e os bebês que andam em seu colo desafiam estas normatizações, desafiam o novo ideário de juventude, para o qual a vida sexual é possível, contanto que não manifesta em uma gravidez (HEILBORN, 2004). As barrigas e os bebês nos dizem sobre o sexo, o mais gozar dos adolescentes. Em suas barrigas desnudas, as adolescentes nos falam sobre suas escolhas, que, por mais supostamente interditas pelos adultos, se reafirmam e encontram outras trajetórias em seus desejos pessoais.

CAPÍTULO IV: O OLHAR DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A SEXUALIDADE ADOLESCENTE: ENTENDENDO SEUS SUJEITOS, CONCEITOS E MODOS DE EXPRESSÃO.

(...) em sociedades com condições de vida precárias, a sexualidade continua a ser “uma das poucas avenidas de intimidade e de um concomitante senso de valor próprio e dignidade (...)”¹⁷.

Van Nieberk, 2002.

4.1 Adolescência e adolescentes: entre conceitos e sujeitos reais.

Compreender a sexualidade do/a adolescente usuário/a da Unidade de Saúde pesquisada, A partir do olhar dos profissionais de saúde, requeria recuperar, nas narrativas, de que sujeitos adolescentes se está falando, como são apreendidos seu modo de estar no mundo, considerando inclusive este no plural, os mundos, os contextos de inserção dos/das adolescentes informando ou não diferenças nos sentidos atribuídos a estes.

Na quase totalidade das entrevistas, adolescência foi conceituada como uma fase, uma etapa, em geral, adjetivada por denominações como transição, descobertas, intermediária, mudanças.

Adolescência é a fase intermediária, é a fase entre a infância e o adulto. Estar na fase que não amadureceu totalmente, uma fase que está ainda em desenvolvimento (E2).

É uma fase de mudança de corpo, de formações de personalidades, de desenvolvimento, de inserção social e muito desejo de liberdade. Eu vejo a adolescência como uma fase de firmar seu padrão de personalidade (E7).

¹⁷ Van Nieberk, 2002 apud Herzilch, C., 2004, p. 384.

Eu vejo adolescência como um período de transição entre a infância e a vida adulta, é um período muito especial (...) é na adolescência que se começa o preparo para investir na vida adulta (E4).

Nas narrativas, anuncia-se um enfoque de associar adolescência como uma etapa preparatória para a vida adulta, uma espécie de ensaio geral – no corpo, na personalidade, nos hormônios, no comportamento – que ajustaria o indivíduo para seu ingresso na adultez.

Presume-se, a princípio, parecer ser a vida adulta então, o marcador etário de excelência nas trajetórias humanas, que se colocado neste lugar, qualquer outra etapa etária já é apreendida como de menor valor, ou de menor qualificação social em termos comparativos. Em algumas narrativas, este significado parece estar implicado:

Ele está partindo para a fase adulta, não está tendo nas idéias, na formação do próprio desenvolvimento do modo geral, não está assim já, como pra dizer, que tá uma pessoa adulta, ainda esta pré, ainda esta começando, não está assim aquela pessoa formada tanto no seu desenvolvimento corporal quanto no mental (E2).

Ser adulto é a pessoa passar a assumir as responsabilidades em relação ao futuro e a sua vida profissional, e geralmente o adolescente não tem responsabilidades (...) se ele não tem responsabilidade, conseqüentemente, não pode ter autonomia (E5).

A adolescência elaborada enquanto transitoriedade e qualificada de menor valor em relação ao ser adulto, apresenta-se ainda, quase hegemonicamente, como um período de particularidades que a definiriam essencialmente, transitando entre as modificações biológicas, psicológicas e de papel social.

(...) então a adolescência, no meu conceito, ela é marcada por estas alterações que a gente já conhece, que são as alterações hormonais, são alterações do comportamento e que a nível social elas terão implicações na vida futura das pessoas (E9).

É uma fase de mudanças, mudanças físicas (...) na sua mente, então eu considero assim uma fase por conta disso, pelas mudanças que estão acontecendo (...) é muita

coisa junta, é mudança de pensamento, é mudança do corpo, é mudança do jeito das pessoas tratarem ele (...) (E10).

Similarmente ao encontrado nesta pesquisa, Pimentel (2001), numa investigação junto a técnicos de um Centro de Referência do Adolescente em Salvador, afirma estarem os profissionais pesquisados conceituando adolescência, como um período justificado por suas transformações biopsíquicas individuais, corroborando, ambos os estudos, a assertiva de Ayres (1993) em que:

Quer enfatizando as mudanças biológicas do corpo, quer as transformações psicoemocionais, ou ainda se referindo às situações diversas do indivíduo frente à sociedade, as definições de adolescência situam sempre como seu espaço objetal o indivíduo, nos limites do seu corpo, de sua consciência ou de seus papéis sociais. A infância e a maturidade (e a adolescência, portanto) assumem o estatuto de uma condição abstrata, de significados imanentes, mais ou menos transitórios (pg 145).

Poucas narrativas introduzem, mesmo sem abrir mão do enfoque biologicista, a perspectiva de uma historicidade ao conceito de adolescência, imputando-lhe variabilidades a depender do momento histórico e de seu contexto de inserção.

Eu acho que em todas as épocas há modos diferentes de viver a adolescência, mesmo dentro de uma mesma cultura, dentro de uma mesma classe social, dentro de uma mesma família (...) (E1).

Acho que sim, vai depender muito da cultura, da família, de onde você mora, a questão de diálogo com seus pais, a escola (...) (E10).

Persiste, de todo modo, a visão de uma adolescência indiferenciada, que afeta a todos de modo indistinto, reificando a adolescência na forma de um status próprio, a qual todos os indivíduos passam sem significativas distinções.

(...) pelos adolescentes que eu vejo não há muita diferença, eu acho que adolescente é adolescente em qualquer lugar com suas necessidades orgânicas, naturais e sociais. Primeiro, que não existem comparações, cada um tem seu individual, agora claro que há adolescentes que têm mais oportunidade na vida e que aproveitam essas oportunidades (...) (E4).

Pelo fato de serem todos adolescentes, a questão do modismo, do ficar, do machismo, manter várias relações, a questão da valorização, da espontaneidade de se relacionar, entre outras coisas, então acredito que seja igual. Essas características acontecem independente de qualquer classe (E8).

Peres & Rosenberg (1998) discutem os efeitos desta visão no campo da saúde, que tende a reiterá-las, a partir da padronização em termos de parâmetros pré-estabelecidos, que desconsidera a realidade vivida, as possibilidades e oportunidades diferenciadas nas trajetórias de cada sujeito.

No tocante à questão das oportunidades e possibilidades informando diferenças no modo de viver a adolescência, para alguns dos profissionais pesquisados, embora a adolescência deva ser igual para todos, para os adolescentes de classe média seriam agregadas vantagens. O recorte de classe não deixa, portanto, ao que sugerem as narrativas, de atualizar distinções num conceito aparentemente imutável.

Há diferença sim, apesar de que os conflitos sejam os mesmos, se vê que os adolescentes de classe média alta não têm a carência financeira claro, já os jovens daqui, por exemplo, pedem o preservativo por não terem condições de comprá-los, enquanto que um menino de outro patamar social tem outra condição de família e condição financeira também (...) (E3).

Eu percebo muitas diferenças entre esses adolescentes de classes opostas, vamos dizer assim. Há diferença entre aquele adolescente que tem estudo e aquele que não tem, entre aquele que tem dinheiro e aquele que é pobre, os mais favorecidos são

muito mais incentivados (...) mas, acredito que as necessidades são as mesmas, só que alguns podem supri-las e outros não (E8).

Emerge ainda de algumas falas, a associação de adolescência com valores positivos como liberdade e autenticidade, consoantes a um ideário moderno de uma cultura adolescente altamente hedonista (KEHL, 2004).

Ser adolescente é uma das fases mais bonitas da vida (...) eu acho que o adolescente de hoje tem mais liberdade, até mesmo, liberdade de expressão (...) (E3).

(...) eles são melhores que nós, eles estudam mais, eles se preparam mais e eles assumem mais riscos, eles assumem mais as coisas que são “repugnadas” pela ordem social (...) (E4).

Enquanto adolescência se relaciona ao processo de desenvolvimento humano e adolescente implica o sujeito que experencia esta fase (PERES & ROSEBURG 1998), ao retomar a discussão sobre as diferenciações do modo de viver a adolescência, primeiramente vê-se uma inflexão importante do discurso dos profissionais quando do falar sobre os/as adolescentes que freqüentam a Unidade de Saúde. Em geral, os adolescentes são percebidos/vistos como um bloco monolítico e homogêneo, essencialmente portadores de uma identidade negativa, capturados (e aprisionados) na teia da pobreza como justificção de potenciais anormalidades.

São adolescentes de renda per-capita baixa, pessoas mal orientadas, com uma educação não priorizada, assumem compromissos sociais que não condizem com a sua conduta, agem um pouco de forma inconsciente, entre outras coisas (E4).

Inconseqüentes, inconscientes, irresponsáveis, quase indistintos entre si, os adolescentes usuários/as da Unidade aparecem nas falas dos profissionais, que os atendem em suas necessidades de saúde, como vítimas (da família desfeita, da falta de recursos e oportunidades, da falta de perspectivas de futuro, da mídia que forma e deforma) ou como réus (falta de projeto de vida, marcianas, altamente erotizados, etc).

Homogêneos e indistintos, desamparados pelo apoio familiar e pelas condições estruturais, os/as adolescentes usuários/as da Unidade, sujeitos reais que portam experiências concretas atravessadas pelos seus lugares de classe, gênero, de configuração familiar, tendem a ser percebidos em suas faltas, imagens contaminadas por preconceitos justapostos, que se atualiza no olhar sobre suas sexualidades.

4.2 Sexualidade dos/as adolescentes: percepções mediadas pela classe e gênero.

A produção de discursos acerca da sexualidade, em geral, nos leva a adentrar em sentidos que transitam entre o lugar biológico, as noções construídas e apreendidas do campo científico e as representações sobre como viver a sexualidade, suas permissões e interditos, que se já complexas quando se trata de falar de e sobre os próprios sujeitos, torna-se uma rede de múltiplas transversalidades quando o discurso é sobre os outros.

Nas narrativas desta investigação, que se produziram nas entrevistas, assim como nas falas registradas durante as observações, o discurso sobre a sexualidade do/a adolescente, se coloca em distintas significações, algumas ambivalentes, e informadas pelos eixos de classe de relações de gênero.

Estes eixos se articulam para ratificar a desnaturalização do construto sexualidade, inscrito numa ordem onde sua expressão é sempre situacional, apresentando-se de forma distinta em diferentes contextos culturais; ela é múltipla e complexa, envolvendo dimensões como amor, atração erótica, práticas sexuais, moral sexual e representações (TORRES, M., 2002:51).

A sexualidade do “outro” - estes e estas adolescentes que se encontram num marcador etário e de classe social diferenciado dos/as profissionais - se presentifica nas falas destes últimos, acentuadamente simbolizada com conotações negativistas, instaurada no lugar do desvio. Ela é, inegavelmente, associada à concepção de uma adolescência pobre, produtora e reprodutora de comportamentos que se diferenciam de um suposto padrão de normalidade frente a uma sexualidade, que deve ser responsável, adulta e legitimada por sua inserção em vínculos afetivos.

(...) eles não namoram mais, eles ficam sem responsabilidades e sem criar vínculos (...) (E4).

O livre que eu falo é a ausência de regras (...) é mais a questão do explorar por explorar o corpo sem criar vínculos, sem ter aquela responsabilidade e sem muito amor (E3).

A produção narrativa da maioria dos/as entrevistados/as fez emergir um padrão discursivo que posiciona associativamente uma sexualidade adolescente irresponsável e precoce às condições estruturais e sociais de pobreza e degradação familiar a que os/as adolescentes do contexto social de inserção da Unidade de Saúde estão supostamente inseridos.

O padrão discursivo segue um modelo de representação da realidade e organização do mundo, construída pelos profissionais, atrelado a concepções de causa e efeito, que explicariam linearmente o modo como adolescentes concebem e vivenciam sua sexualidade.

As narrativas abaixo exemplificam como as representações constituídas sobre os contextos sociais e familiares dos adolescentes usuários/as se repetem para gerar, junto aos mesmos sujeitos de discurso, as argumentações de uma sexualidade hegemonicamente polarizada em seu aspecto negativo:

A família dos adolescentes que frequenta aqui o Centro tem baixa renda, o pai trabalha o dia todo, então não há aquela preocupação com a educação do lar, falta atenção e diálogo (E5).

Acho que elas estão desencontradas, são pouco orientadas, elas vivem a sexualidade de maneira aleatória e, além disso, vivem erradamente (E5).

Hoje as famílias não se dedicam tanto à educação do lar, os pais já não tem mais tempo de orientar seus filhos (E6).

A liberdade está ligada à sexualidade dos jovens de hoje, crianças de doze a treze anos que engravidam sem nem saber o que é menstruação, principalmente aquela de classes mais popular (E6).

A ausência de diálogo e orientação familiar surge, nas falas, para explicar as motivações de uma sexualidade vivida sem informações e sem instâncias de controle e possíveis interdições, constituindo uma referência de família atribuída de significações que remetem a múltiplas faltas.

As faltas estariam, possivelmente, se desdobrando para além da escassez de recursos materiais e monetários, se inscrevendo na falha, das famílias pobres, de não cumprir seu papel de preparar os filhos/as adolescentes, dando-lhes condições “adequadas” – orientação, informação, estudos, projetos de vida que deveriam incluir, inclusive, a postergação da vida sexual - para a entrada na vida adulta.

Os adolescentes que vem aqui ao Centro são oriundos de famílias de baixa renda e a estrutura familiar é muito carente em si. É uma família que nem sempre tem pais empregados, tem muitos componentes, muitos irmãos, uns estudam, outros não, porque não querem, ou por não terem condições, eu vejo que as famílias são muito desorganizadas e mal estruturadas (E7).

Eu vejo que o núcleo familiar não tem nem ao menos estrutura para passar esses valores para a formação do adolescente e então eles ficam muito soltos, sem muito com o que se preocupar (E8).

Desregradamente, eles não estão nem aí. Meninas engravidando, abortando, fazendo uso indiscriminado de anticoncepcionais, começam a vida sexual cada vez mais cedo, existe uma série de fantasias, e o que é pior, isso tudo acontece de uma forma irresponsável (E8).

Diferentemente dos sentidos atribuídos à relação filhos e família nas camadas médias, no qual os (...) filhos seriam, primordialmente, os receptores de todo um conjunto de investimentos materiais, emocionais e simbólicos dos pais (BILAC, E.D., 1995:52), nas camadas populares, para a quase totalidade dos profissionais pesquisados, a estrutura familiar porta a significação de ausências que dêem conta de apoiar e preparar seus membros adolescentes, que vivendo num ambiente “desregulado” e “fracamente normatizado”, experenciam uma sexualidade errônea, desviante e precoce.

(...) cada seio familiar ela tem sua estrutura própria (...) a classe média tem uma cultura familiar, tem uma forma de reagir a isso, tem uma forma de controlar, tem uma forma de dar apoio, e a classe baixa já não tem (...) (E9).

O jovem, o adolescente realmente da classe baixa, que frequenta os nossos Centros de Saúde, as nossas emergências, ele traz na sua expressão, na sua conduta as marcas dessa discrepância social. São jovens, que geralmente são, infelizmente muitos deles, filhos de pais separados (...) o jovem que chega no Centro de Saúde é um jovem carente. No nosso Centro de Saúde, a gente pega muitos jovens com doenças sexualmente transmissíveis, infelizmente que são jovens que começam a vida sexual, de uma forma ao meu ver, precoce, por volta dos 11-12 anos. Temos mães solteiras na adolescência, que a gente sabe que é uma gravidez de risco (...) ela não teria que se instalar nesta idade que é uma idade de maturação (E9).

A concepção circulante nestas falas aproxima sexualidade de banalização, que poderia estar pressupondo, em seu contraponto, uma sexualidade sacralizada, investida do ideário do amor e realizada em contextos relacionais de mais estreitas vinculações afetivas.

Estas concepções, correspondentes e integrantes do ethos ideológico das camadas médias urbanas¹⁸, as quais os profissionais de saúde pesquisados estão inseridos, podem estar concorrendo para mediar a visão de mundo sobre estes outros/outras.

Para os/as profissionais que expressam estes sentidos, a sexualidade do/a adolescente, em sendo estes “novos” e pobres, parece não estar orientada para a obtenção do prazer. A

“precocidade” nas relações sexuais e as múltiplas parcerias podem também estar representando, para os/as adolescentes, a busca de experiências individuais, subjetivamente significativas e prazerosas, que terminam por não ser assim valoradas e interpretadas pelos adultos.

Os achados desta pesquisa em apontar um discurso generalista e homogeneizante acerca da sexualidade dos/as adolescentes das classes populares, produzido pela maioria dos sujeitos pesquisados, num registro representacional entre o desviante e a banalização, dialogam com os resultados de uma investigação realizada por Moraes, ^a F. (2002) ¹⁹.

Segundo Moraes, A. F. os resultados da pesquisa demonstraram que as classificações em torno da sexualidade masculina e feminina jovem são operadas com a idéia matriz de que suas experiências são, homogeneamente, de aviltamento e degradação. Nesse modelo de representação da sexualidade de uma juventude pobre estão obscurecidas outras dimensões, como o prazer e a escolha (2002: 92).

Em que pese às diferenças institucionais e do perfil mais específico destes adolescentes e jovens – meninos e meninas de rua – os achados permitem comparações de como profissionais vinculados a instituições de diferentes naturezas, tem construído significados frente à sexualidade do/a adolescente, que em sendo estes pobres, vem atribuída de sentidos mediados pelos marcadores de classe e gênero, além do étário.

Num estudo empreendido por Calazans (2005) acerca dos discursos acadêmicos sobre a gravidez na adolescência na década de 1990, também podemos encontrar paralelos nos significados constituídos para a sexualidade dos/as adolescentes, que comumente era significava como irresponsável, descontrolada, imatura, e em contextos sociais de pobreza, ocorria uma interpretação da potenciação da sexualidade juvenil, associando-a a lassidão moral.

¹⁸ FONSECA, C. (1995).

¹⁹ A pesquisa citada foi realizada no Rio de Janeiro, junto a três tipos de instituições de atendimento a “meninos e meninas de rua”, caracterizadas como de regime aberto: uma ONG (Organização Não-Governamental) de orientação religiosa católica; um programa de iniciativa governamental, que funciona em convênio com uma ONG; um programa de iniciativa não governamental. O objetivo desta pesquisa estava assentado em compreender como as mudanças de visões e de classificações acerca destes meninos e meninas de rua vem interferindo nas definições dos profissionais sobre a sexualidade desses(as) jovens, e também como uma certa noção de cidadania para a infância e adolescência reivindicada nesse novo modelo estaria repercutindo e se articulando com o campo da sexualidade.

Se o prazer parece estar fora e os vínculos relacionais também, a sexualidade dos/as adolescentes tende a ser vista como se instaurando na égide do impulso biológico, sem a necessária intermediação do pensamento racional, que estabeleceria os parâmetros limítrofes acerca do momento de iniciar-se sexualmente, número e escolha de parceiros, e em que tipo de parceria esta sexualidade seria experienciada.

Sem os limites do grupo familiar e sem os limites da razão, a sexualidade é vivenciada sem controle, requerendo a instalação de outras instâncias de intermediação para preparo e orientação, papel que o campo de saúde não tem se furtado de ocupar, assumindo, presumivelmente, os profissionais de saúde a tarefa de especialistas.

Paiva, V. (2000), ao abordar as elaborações de Parker, R. (1991) acerca da construção social das sexualidades brasileiras, assentadas em cinco subsistemas, aponta a coexistência de múltiplos discursos circulantes, dos quais entra em jogo o discurso da ciência moderna do sexo, com privilégio da informação científica, para justificar o pretense saber instituído aos psicólogos e médicos - são mais objetivos e estão mais confortáveis ao abordar a sexualidade (PAIVA, 2000, p.42).

Um outro conjunto de representações acerca da sexualidade do/a adolescente emerge das narrativas “nativas” e que se posicionam naquilo a que denominarei como categoria de sexualidade induzida. Nesta categoria, a construção da sexualidade adolescente, com especial ênfase ao momento da iniciação sexual, se referiria a uma exterioridade imposta, alheia a um processo de escolhas e decisões conscientes e mediatizadas pelo desejo, pela decisão de ser o “momento” e a “pessoa certa”, pela condição de sujeitos também marcados pelo ethos individualista e pela apreensão da sexualidade nos domínios do projeto reflexivo do eu²⁰.

As classificações extraídas das narrativas acerca da categoria sexualidade induzida a posicionam em três eixos, que podem apresentar-se interrelacionados: indução dos pares e/ou dos objetos afetivo-sexuais; indução da mídia; e o “aliciamento”, que aproxima os construtos sexualidade e violência.

²⁰ Conceito apresentado por Giddens, ^a (1993) como a condição de se relacionar com outras pessoas de um modo igualitário (pg 206).

No eixo “indução dos pares e/ou dos objetos afetivos sexuais”, os discursos produzidos tentam estabelecer correspondência entre os comportamentos sexuais dos/as adolescentes e a capacidade de influenciamento de seus pares na socialização da sexualidade e nas condutas sexuais.

De acordo com a literatura²¹, adolescentes relatam o início da vida sexual também motivada por pressões do grupo, parceiros ou pares, na observância de que num determinado momento da vida adolescente, a manutenção do padrão de virgindade passa a ser um código de discordância com o grupo, que precisa ser reparado.

Elas falam que foram induzidas por outras amigas, por curiosidade, às vezes são promessas que o outro faz (E5).

(...) mas chega o momento da transa, quando muitas vezes já é o momento certo, isso é muito importante, não ser pressionada pelas colegas, pelo namorado, que as vezes é ruim, porque não chegou o momento certo, mas por ser namorado ela acaba cedendo (...) (E1).

Parte dos profissionais pesquisados concebem que as relações de maior pressão e indução para a vivência da sexualidade ocorrem dos meninos para as meninas adolescentes, que pouco afeitos a uma sexualidade associada ao afeto, estariam reproduzindo padrões mais tradicionais da cultura sexual brasileira, na perspectiva de viverem uma sexualidade orientada para os impulsos sexuais, a quantidade e múltiplas parcerias.

Estas concepções vão ao encontro das afirmações de Rieth (1998), de que (...) a iniciação sexual nos homens assume o caráter de experimentação e afirmação da masculinidade, não se comprometendo com relações mais “sérias” (pg 18). Sexualidade e afeto na cultura sexual masculina adolescente seriam, na concepção dos profissionais de saúde pesquisados, campos distintos de vivência, exceto quando do encontro com a “pessoa certa”.

Os meninos, quanto mais meninas eles tiverem, mais homens eles vão ser, eles tem que mostrar isso para os amigos, tem que mostrar isso para a sociedade, só quando eles gostam mesmo daquela menina que é a menina dele, mesmo que eles não tenham como assumir uma relação, mas eles ficam ali juntinhos, são fieis (E10).

²¹ BORGES, ^a L. V. (2004); RIETH, F. (1998).

Compondo o quadro de fatores de indução para a vivência da sexualidade, encontrei nos discursos, embora não majoritariamente, a citação da mídia, ora como produtora de um protótipo de adolescente, ora como instância incentivadora da sexualidade adolescente, que passa a ter ancoragem nos mecanismos de consumo: objetos atraentes para consumo – corpo; descartabilidade e constante substituição dos objetos - colocação do produto em diferentes nichos de mercado – troca de parcerias e/ou parcerias concomitantes.

A questão da mídia que é muito influenciadora, o tempo todo é o namoro entre os adolescentes, o culto ao corpo, as roupas e a imagem em geral, e na verdade a mídia exerce um papel de alçadora da sexualidade desse adolescente (...) (E6).

Segundo Costa (2004), consumo é uma metáfora que alude à rapidez com que adquirimos novos objetos e inutilizamos os velhos (pg 78), para atendimento a reais necessidades psicossociais, derivadas, entre outros elementos, daquilo, a que o autor denomina da nova moral do trabalho e nova moral do prazer.

Na nova moral do trabalho, as transformações econômicas ocorridas a partir da segunda metade do século XX acentuaram os contextos de competitividade e pouco emprego, alterando as significações dadas aos/nos sujeitos em sua imagem de “trabalhador” e pessoa. Os indivíduos passam a ter, como suas maiores atribuições, sua capacidade de flexibilidade, e de desapego a vinculações sólidas, seja com pessoas, lugares, tradições (COSTA, 2004).

Possuir coisas e objetos diferencia os indivíduos socialmente, garantindo prestígio social cada vez mais alto para quem acumule mais signos de distinção: dos objetos concretos a pessoas reais.

Segundo Costa (2004), nosso atual momento histórico elegeu o ideal do prazer corporal como a marca privilegiada das condutas e da constituição das subjetividades, passando a se tornar um ponto nodal na formação das identidades pessoais, assim como cumprindo um papel relevante na dinâmica da demanda por objetos descartáveis.

Na nova moral do prazer, a diversidade e constância dos objetos garantem a possível permanência do prazer físico, que, portanto, somente pode ser mantido, se forem permanentemente substituídos seus estímulos. O gozo sexual precisa, deste modo, manter-se em alta intensidade, mas originado de diferentes fontes de estímulo, renovadas incessantemente na descartabilidade de parceiros/as sexuais.

A maioria não se contenta só com uma relação estável, trocam muito de parceiros e muitas não usam preservativos (E5).

O estabelecimento de conexões da vivência da sexualidade do/a adolescente enquanto uma possível produção da sociedade de consumo, pode estar jogando um papel significativo na interpretação que os profissionais de saúde tem da sexualidade dos/as adolescentes. Uma sexualidade, em geral, percebida como mais voltada à busca do prazer, em detrimento dos vínculos relacionais, diversificada no tocante aos seus objetos afetivo-sexuais, e simbolizada no corpo, quase como sua única possível expressão de sentidos.

As narrativas dos sujeitos da pesquisa em relação ao corpo adolescente seguem uma tendência, quase unânime, de interpretar este objeto, colocando-o aderente às representações de erotização e sexualidade.

Não percebo assim uma preocupação com o corpo, as meninas (...) o que percebo que elas se vestem de uma forma bem exposta, bem essa coisa de se expor, saias muito curtas, shorts muito curtos. Aqui no Posto, as adolescentes tem essa forma de vestir blusas bem decotadas, na verdade é uma forma erótica de se vestir (...) (E1).

Isso se mistura muito com a sexualidade, aqui no Centro mesmo a gente percebe que as gestantes são pessoas de baixa idade, chega até a se ver uma adolescente que tem 15 anos que já tem três filhos, e isso tem haver com a erotização (E7).

(...) eles usam o corpo como forma de exposição da sexualidade e de certa maneira também do se sentir adulto (...) (E4).

Do modo como expressam suas representações acerca do corpo adolescente, os sujeitos da investigação tendem a formulá-las significando este corpo como um fetiche, uma imagem a serviço de novas e recorrentes possibilidades de interações sexuais e/ou sociais

Acho mais que em termos de sexo, de ter um relacionamento com alguém (...)(E2).

(...) a maioria dos adolescentes tem uma musculatura desenvolvida, que é uma forma de chamar à atenção das meninas (...)(E1).

Esta última narrativa aproxima o sentido do corpo adolescente como objeto de imagem, reafirmado por outra das falas:

O corpo para eles é uma imagem, sempre estão preocupados com a aparência, as meninas usam roupinhas curtas e os meninos sempre andam malhando. Então o corpo é isso mesmo aquela coisa da exposição, é a valorização da estética e da imagem (E7).

Os/as adolescentes que vivem nos dias atuais estão submetidos a processos referenciais de pensar-se e pensar o outro como objeto, do consumo narcísico do corpo, que passou, pelo culto da imagem midiática, a se constituir, na atualidade, na expressão mais valorada do eu e da identidade de pessoa.

Com uma inserção postergada nos mecanismos de produção, na qual não detém funções econômicas, aos adolescentes, na sociedade capitalista moderna, foi imputado um significado de cidadania associado a consumo, uma nova fatia de mercado, destinada a recepcionar diferentes mensagens de consumo, especialmente para dois de seus mais importantes significantes – corpo e sexualidade.

Segundo Takiuti (1997), aos meios de comunicação tem cabido o papel de estimular comportamentos direcionados ao erotismo, o culto ao corpo e ao prazer físico, donde sexo se assemelha a artigo de consumo, sem a ocorrência, contudo, de uma contrapartida desta mesma sociedade, em disponibilizar garantias para o exercício da sexualidade.

Entretanto, de que modo pode-se pensar a ação da mídia criando tipos e tendências comportamentais, especialmente para adolescentes e jovens, sem localizá-las num momento social e histórico em que o modelo econômico vigente não cria condições adequadas para emprego e inclusão destes novos segmentos populacionais, especialmente os de baixa renda e baixa escolaridade, que possivelmente terão dificuldades de constituírem identidades valoradas, via mecanismos de inserção no mundo do trabalho, ou ainda em projetos de alta escolarização.

O corpo e o sexo terminam, possivelmente, por se constituírem para os/as adolescentes nos poucos nichos de valor, de criação de uma imagem pessoal positivada, constituindo o corpo um sinal de status e apresentado como um objeto a construir segundo a moda, como o revelador de nossa personalidade, como a imagem que os outros encontram e escolhem (MARZANO-PARISOLE, 2004).

(...) usam mais o corpo para se mostrarem, o que não deixa de ser uma forma de se mostrar presente, de avisar que existe e não têm vergonha de se exporem independente de padrões de beleza. É uma forma de se colocar diante do mundo (...) (E8).

Completando o conjunto de fatores explicativos da *sexualidade induzida*, apreendidos nas narrativas, tem-se a justaposição dos construtos sexualidade e violência, que surgem associados à vivência da sexualidade feminina e comportamentos homo eróticos.

(...) as meninas, elas sofrem uma influência maior de alteração, por que pela própria questão da violência sexual, do assédio feminino, as meninas hoje, na adolescência, já são aliciadas, alguns homens mais velhos eles aliciam, conversam e tira na verdade essa fase que é importante (E9).

(...) o que a gente vê infelizmente são pessoas que realmente aliciam, sejam vizinhos, sejam familiares, às vezes as meninas tem um início da vida sexual de uma forma violenta, realmente a vida sexual ela existe marcadamente na vida feminina (...) (E9).

Olhe, aqui na unidade feminina eu não tenho casos que cheguem de homossexual, rapazes sim no programa de DST, sim, eu acho normal, eu só

acho que tem ter cuidado, se preservar, ver bem as pessoas, pessoas que não sejam latrocidas, veja com quem você vai estabelecer uma relação, essa questão de se preservar contra possíveis violências (...) (E1).

Entendendo a violência como uma construção conceitual histórica e social, que, portanto assume ou não esta denominação a depender dos grupos sociais ou do momento histórico em que esteja ocorrendo, que lhe atribuirá sentidos distintos, Seffner (2004) discute a violência como um complemento fundante de articulação entre diferentes relações sociais: étnicas, sexuais, de classe, de gênero, etárias, etc.

A violência expressando conflitos entre grupos sociais mais do que entre indivíduos isolados, permitiria compreender que ela pode se manifestar na disputa da dominação de um grupo social sobre outro, no caso, por exemplo, da dominação masculina nas relações de gênero.

Poderíamos ainda considerar, a instauração da violência, inclusive simbólica, no jogo de forças relacionadas à vivência de uma sexualidade que escapa, em algum de seus vetores, ao modelo de sexualidade hegemônica: masculina, heterossexual, adulta e dirigida à reprodução.

Considerada fora do padrão de legitimidade do modelo de sexualidade hegemônica, a sexualidade feminina e a homossexualidade integram os grandes *conjuntos estratégicos*²², para os quais se passou, desde o século XVIII, a se desenvolver dispositivos específicos de saber e poder (FOUCAULT, 1988).

Corpo integralmente saturado de sexualidade (FOUCAULT, 1988, p. 99), o corpo da mulher, assim como a orientação sexual homossexual, tem sido significadas em produções discursivas que as aproximam de comportamentos desviantes e patológicos, que sob a égide do desejo e do descontrole, podem estar incitando inferências, por parte de alguns dos profissionais de saúde, de que sexo e crime encontram-se atuando sob o mesmo registro de atribuições.

As falas dos/as profissionais acerca de comportamentos homossexuais dos/as adolescentes, ora negam a possibilidade destes se constituir como uma identidade, ora afirmam o direito de escolha. Na primeira perspectiva, a idéia de uma homossexualidade transitória para experimentações emerge

²² Termo utilizado por Foucault, M. (1988).

(...) não é nada definitivo, então eles não são pessoas ainda prontas, até a gente não está pronto ainda, então eles estão em busca e acontece de ter relacionamentos com pessoas do mesmo sexo, se isso vier a perdurar, eles tem que ter um apoio, um suporte, para que isso futuramente não lhe traga problemas (E10).

(...) as manifestações de homossexualidade se dá mais nos jovens de idades mais elevadas, e eles vêm freqüentemente buscar o preventivo por já terem mais aquela noção de prevenção(E3).

A idéia de uma homossexualidade transitória surge, também associada, em uma das narrativas, com um comportamento errado e desviante, que requer a intervenção de outras instâncias, para se recolocar no lugar da normalidade.

Não aí ele tem que ter orientação dos pais. Tem que ter a orientação dos pais, por que ele pode achar que deve seguir daquele jeito, mas pode ser de um jeito incorreto, então tem que caber aos pais orientar que aquele jeito que ele ia seguir não está correto, não é daquele jeito que ele deve seguir, deve fazer (...) eu acho que pode ser uma experiência que eles tem diferente, que aconteceu, que eles quiseram provar assim como o tóxico, de provar, ver como é que era, curiosidade (...) experimentar, só que tem esse problema, que pode gostar e continuar (E2).

Por outro lado, também estão presentes em duas das falas a idéia da identidade homossexual se instaurar como direito intrínseco ao indivíduo, resguardando-se aos/as adolescentes, a possibilidade de autonomia neste processo de construção identitário.

(...) a gente tem que respeitar o outro (...) não é em função das suas opções sexuais, a questão da sexualidade é uma questão de opção, que é uma questão de como você vai auferir prazer, como você vai dar e receber esse prazer, então você escolhe quem você quer e as formas que você quer então ser, se é o homossexual, se é o heterossexual, não cabe a nós da nossa área médica, ou psicólogo, não cabe a nós seres humanos de forma indistinta questionar isso (...) (E9).

Eu vejo essa realidade de forma natural, é uma escolha sexual que é um direito de qualquer ser humano. Em relação à freqüência, eu acredito que seja quase nula, para lhe falar a verdade eu nunca presencie nenhum atendimento aqui com pessoas que tenham parceiros do mesmo sexo (E4).

Esta última narrativa acresce, contudo, um elemento que perpassou quase todas as entrevistas, que se relaciona a uma relativa invisibilização da homossexualidade dentro da Unidade de Saúde, expressa em falas que, identificam com mais recorrência parcerias heterossexuais do que homossexuais, naquilo a que podemos nomear, tomando de empréstimo a concepção de Maksud (2004), do apagamento simbólico das parcerias homossexuais no SUS.

(...) o que a gente vê mais aqui é a parceria entre heterossexuais, mas se observa mais casal homossexual masculino que feminino, nos meus atendimentos a realidade que percebo é mais heterossexual (E8).

Difícilmente se encontra aqui, pelo menos que eu tenha atendido, que sejam homossexuais (...) (E3).

4.3 Iniciação sexual

Nas análises das narrativas dos sujeitos pesquisados, verificou-se, por parte da maioria dos profissionais, uma clara oposição à idéia da iniciação sexual na adolescência, interpretada como um contrasenso, por ocorrer numa idade que não se mostra a mais apropriada, pela ausência de uma estrutura de orientação e apoio e pela quase inevitabilidade da “penalização” a ser vivida – uma gravidez precoce.

Eu acho que eles estão iniciando muito cedo a terem relação sexual e ainda assim uma certa imaturidade, e tem muitas que não sabem escolher o parceiro, como se fosse assim, não quer nem saber, só quer se relacionar, não escolhe, não sabe se aquela pessoa é a pessoa certa, se é o momento certo, entendeu, é de qualquer jeito, de qualquer maneira (...) (E2).

Eles realmente começam muito cedo e o que eu oriento é sempre que elas se preservem, tenham cuidados com a vida sexual, aconselho, mas nem sempre elas o seguem (E5).

Sugere-se nas falas um julgamento valorativo acerca do comportamento dos/as adolescentes frente à iniciação sexual, realizada segundo interpretação dos pesquisados, de forma

impensada e irracional. Opera ainda nestas concepções, a idéia de uma irracionalidade a serviço de impulsos, que aproximariam mais ainda a sexualidade adolescente de sua natureza biológica e determinada pelos (...) hormônios á flor da pele (E3). Segundo Paiva (2000),

(...) a descrição da sexualidade adolescente como fase de “explosão hormonal” é integrada de forma perversa. Essa tese confunde a adolescência com um evento biológico que não varia de cultura para cultura, de grupo para grupo ou com as idéias sobre os gêneros (...) quando se referem á atividade sexual, nossas pesquisas têm confirmado que essa definição da sexualidade adolescente é, antes de tudo, a descrição do sentido e do significado atribuído às vivências sexuais masculinas (...) (pg 144).

As representações constituídas tendem, ora a generalizar este comportamento irracional para meninos e meninas adolescentes, ora imputando a um dos gêneros as caracterizações de uma sexualidade iniciada sem contextualização e significados.

De algum modo, percebo uma tendência, por parte dos profissionais de saúde pesquisados, a reconhecer este comportamento nos meninos adolescentes como o não ideal, mas esperado, e uma certa censura ao comportamento feminino, que estaria, de algum modo, se aproximando ao modelo da cultura sexual masculina brasileira tradicional: experimentações, atendimento ao prazer físico, parcerias múltiplas.

Estas tendências poderiam ser melhor exploradas em outros estudos, de modo a verificar, em que medida, a fixação de representações sobre um modelo idealizado de conduta sexual para as meninas adolescentes, justificam concepções que culpabilizam e negativizam tanto o olhar sobre a sexualidade feminina, quando elas se inscrevem “fora” dos roteiros de gênero tradicionalmente estabelecidos.

Contrária às percepções dos profissionais de saúde que apontam a ocorrência da iniciação sexual num contexto de realização de impulsos desenfreados, Borges (2004) encontrou num estudo acerca do inicio da vida sexual de adolescentes da zona leste da cidade de São Paulo, que o fator mais associado à iniciação sexual de adolescentes entre 15 e 19 anos se refere ao namoro.

Rieth (2002), numa pesquisa etnográfica realizada com adolescentes no Rio Grande do Sul, e Monteiro (2002), num estudo desenvolvido no Rio de Janeiro junto a jovens em Vigário

Geral²³, também atestam a existência de vínculos amorosos como o contexto mais experienciado para a iniciação sexual, especialmente para as meninas.

De algum modo, os achados desta minha investigação podem estar indicando uma cristalização de concepções por parte dos profissionais de saúde, que deixam de apreender os significados que estão em jogo na vivência da sexualidade dos/das adolescentes usuários/as da Unidade de Saúde, inscrita num contexto social concreto.

Estas possíveis cristalizações podem também concorrer para dificultar uma leitura acerca de mudanças sociais nos modos de iniciar e viver a sexualidade por parte dos/as adolescentes, operadas nas últimas décadas.

Existe, hoje, um contexto social de maior tolerância à eclosão das primeiras experimentações sexuais nesta etapa da vida, um relativo desprestígio da virgindade como atributo valorado da conduta feminina, e uma assunção de pautas que reivindicam o prazer e a possibilidade de escolhas dos objetos, afetivo e sexuais, por parte das mulheres, inclusive adolescentes.

Estas concepções dos profissionais, de algum modo informam, que as relações de gênero, assentadas em modelos e papéis assimétricos constituem uma dimensão que funda o olhar sobre a sexualidade, guardando expectativas diferenciadas sobre como meninos e meninas adolescentes deveriam se comportar.

A justificção dada pelos profissionais de saúde em valorar negativamente a iniciação sexual na adolescência, pelo viés da ausência de estrutura e apoio, parece informar que a idéia de oposição à iniciação sexual na adolescência se realiza, também, em função do recorte de classe.

(...) então ter um adolescente com esse anseio de iniciação sexual com 14, 15 e 16 anos, e não se ter uma estrutura de educação e apoio, que dê essa retaguarda caso venha a ter uma gravidez ou que não se adquira mais, que tenha uma sexualidade sadia, é um contra senso que existe na nossa sociedade (...) (E9).

²³ Favela denominada Parque Proletário de Vigário Geral, situada ao norte do município do Rio de Janeiro no bairro do mesmo nome (Monteiro, S., 2002, pg 55).

Eu acho que tem diferença sim, o de classe média já tem assim o meio que influencia nisso aí, ele pode também ter mais conhecimento do que o adolescente de classe mais baixa, ao meu ver (E2).

Outros profissionais pesquisados, embora minoria, apresenta uma perspectiva mais positiva e valorada da sexualidade do/a adolescente, reconhecendo-lhes autonomia nas decisões referentes ao sexual. Vêem nesta perspectiva, que o papel dos/as profissionais é o de orientação e apoio para as decisões dos/as adolescentes.

(...) também em relação à sexualidade eles podem decidir com autonomia, acredito que não pode ter ninguém que norteie quando vai ser o início da vida sexual e outras coisas relacionadas à vida particular desse adolescente, mas ele precisa estar preparado (...) (E7).

4.4 Gravidez na adolescência: fragmentos de olhar sobre o visível da sexualidade adolescente

No conjunto de percepções dos informantes em torno da iniciação sexual adolescente, salienta-se a narrativa que expressa uma relação mais associativa entre iniciação sexual precoce e reprodução, da qual não escapa ainda uma visão punitiva, expressa na gravidez, como consequência de um comportamento inadequado.

(...) realmente, eles estão iniciando cada vez mais cedo essa vida sexual, e às vezes sem uma estrutura como se aquilo fosse normal, fosse natural, e é preocupante, eu como profissional de saúde, eu me preocupo por conta dos problemas que podem vir a gerar uma gravidez tão precoce, sabe que uma menina de 12, 13 anos, fisicamente não está ainda completa para ser mãe, imagine emocionalmente e tudo mais, então minha preocupação é essa, como é que esse adolescente vai passar por uma situação dessa, como ele vai passar por isso. (E10).

Infelizmente, na adolescência, elas não têm o conhecimento da fisiologia, ela não tem o conhecimento dessa ciência biológica, de desenvolvimento para ela, e suas atitudes se mostram de forma intempestiva e inconseqüente. Então, a penalização vai ser claro para ela (...) (gravidez na adolescência) (E9).

O acompanhamento das produções narrativas dos entrevistados, acerca da gravidez na adolescência, além de oferecer uma visão sobre o fenômeno em geral, tem, para efeito desta investigação, o objetivo de retratar instantâneos da sexualidade do/a adolescente, aderentes às concepções de gravidez na adolescência. Capturar na fala sobre a gravidez, os sentidos atribuídos à sexualidade de seus agentes.

Das dez entrevistas realizadas, oito informantes se posicionam contrários à ocorrência da gravidez na adolescência, qualificando-a como errada ou, ao menos, como se manifestando no momento menos ideal da vida dos/as adolescentes.

De todo modo, dois destes oito informantes guardam uma perspectiva ambivalente em torno do tema: a gravidez é relativizada se inscrita em vínculos afetivos já estabelecidos e, considerada mais problemática por seus efeitos surtirem em sujeitos com pouca disponibilidade de recursos.

(...) eu não digo assim de conhecer um carinha hoje e já engravidar, mas se ela tiver uma relação mais ou menos estável com aquele namorado, provavelmente ela vai engravidar (...) por isso que a criança, a gravidez é que vai fortalecer esse vínculo, eu vejo isso muito nas meninas (E10).

(...) só que a classe média tem meios de fazer um tratamento mais rápido, tem que manter uma gravidez faz mais facilmente esse sustento, já os das classes populares apresentam mais carências de informação, de gastos financeiros, entre outras coisas (...) (E4).

Nas narrativas que se opõem á gravidez na adolescência, a maior parte delas, justifica este posicionamento baseado na imaturidade dos/as adolescentes, e na ausência de condições estruturais e financeiras dos/as adolescentes pobres, usuários/as da Unidade.

Porque na adolescência, as meninas ainda não têm maturidade para ser mãe, não consegue ainda compreender o que é ser mãe, ainda porque elas não se conhecem plenamente (...) (E1).

(...) ela ainda não esta preparada fisicamente, emocionalmente para ser mãe, na maioria dos casos (...) (E10).

A hora certa para engravidar é quando você tem uma base, e que base é essa é ter um emprego, um local para morar, para que se possa sustentar e dar segurança a esse novo núcleo que vai se formar. Fora isso é a hora errada, e o no caso da classe popular é ainda mais difícil por não terem condição de sustento (E5).

A imaturidade transitaria por entre as dimensões biológicas, mas mais acentuadamente pela falta de preparo emocional para lidar com a gravidez e, especialmente com a responsabilidade de criar um filho. Esta concepção dos profissionais pode estar consoante às transformações dos discursos públicos acerca do fenômeno, que a partir da década de 70, passam a ser mais inflexionados pela discursividade psi - em substituição à biomédica - cujo foco se dirige a propalar os riscos psicossociais de uma gravidez “precoce” (HEILBORN, 2004).

A imaturidade psicológica e fisiológica do corpo e das emoções dos/as adolescentes aparece conjugada com a liberalização das vivências sexuais entre estes. A gravidez seria o resultado de uma vida sexual irresponsável, não orientada para o planejamento – do momento, da pessoa, da escolha dos métodos contraceptivos.

Como uma sexualidade vivida “irresponsavelmente” encontra-se sujeita a riscos e, portanto, passível de ser categorizada como problemática, suas manifestações também tenderiam a esta mesma denominação.

As percepções dos profissionais tendem a seguir a vertente interpretativa da gravidez na adolescência como problema, associando sua ocorrência ao abandono precoce dos estudos. Afirmam, ainda, uma atitude pesarosa frente ao fenômeno, por uma possível perda, pelos/as adolescentes, de um futuro idealizado na “busca de novos horizontes” ou um presente sem responsabilidades.

No momento em que você engravida na adolescência principalmente na parcela mais necessitada, o que vai acontecer é o abandono dos estudos para se dedicar ao

sustento de filho (...) acredito que não seja o ideal por achar que o adolescente tem que buscar outros horizontes (...) (E3).

(...) eu não acho certo engravidar na adolescência, por que eu acho que tem que curtir ao máximo a vida, viver, gravidez na adolescência não sai mais, por que modifica, não é o modo de viver como antigamente, aí ela vai ter mais responsabilidade, um filho, a vida vai ser outra, não vai ser a mesma coisa que ela tinha anteriormente (...) (E2).

Emerge ainda nos discursos, uma visão dos profissionais acerca da inevitabilidade do filho, com uma clara negação dos profissionais a outro desfecho da gravidez que não seja sua vigência a termo.

Veja só, eu acho assim, uma adolescente engravidou, a gente não pode interromper, ao meu ver não seria de acordo com o aborto, se acontecer de uma adolescente engravidar é ir até o final e fazer no caso o programa para ser orientada, para evitar uma nova gravidez, mas uma vez que aconteceu dela engravidar, à adolescente esta grávida, é deixar ir a termo (...) (E2).

É uma coisa complicada, mas ao mesmo tempo já está ali, então o que tem que se fazer é orientar a adolescente a fazer o pré-natal e de continuar se prevenindo, e aí eu fico arrasada porque a gente sabe que é um caminho sem volta, que filho é pra vida toda (E8).

De todo modo, as falas de alguns poucos informantes guardam ambivalências, que permitem questionar a construção hegemônica da gravidez na adolescência como problemática, e apartada de um possível processo de escolha pessoal, orientada pelo desejo e por significações positivas do contexto de inserção dos/das adolescentes.

Muitas vezes, quando se conversa com a adolescente, nós sempre perguntamos se ela estava usando algum método contraceptivo, e elas sempre respondem que foi um acidente, ou, muitas vezes, elas dizem que engravidaram por opção, até pela coisa do instinto de querer ser mãe ou por querer ficar com o namorado, e ver nele a possibilidade de constituir uma família. Então, são nesses casos que eu digo indesejada para quem? Porque, às vezes, para a adolescente não é indesejada, muitas vezes, essa gravidez se deu através de uma relação de amor e de carinho (E3).

Compartilhando com as concepções de Lê Van (1997) ao afirmar que o fenômeno da gravidez na adolescência está, na atualidade, informado por um conjunto diverso de determinantes, outras autoras²⁴ discutem a heterogeneidade desta experiência, tanto em termos de suas causas – reconhecimento social, mudança para um status social adulto mais valorado, estreitamento de vínculos com os/as parceiras – quanto, em termos de suas consequências – trajetórias escolares podem ter sido abandonadas anteriormente à gravidez, ou resignificadas pela possibilidade de oferecerem um projeto de vida, que precisa ser melhor para a nova família constituída.

As representações que os profissionais de saúde tem dos comportamentos de meninos e meninas adolescentes, com relação à gravidez na adolescência, revelam formas hierarquizadas de pensar as relações de gênero e o próprio exercício da sexualidade.

Completamente, até pela própria questão do ser homem e do ser mulher, as mulheres ainda têm que se comportar diante de uma conduta mais recatada, e já o homem pode tudo por ser macho e por ser homem, tem aquela questão do sexo que a menina não pode se relacionar porque vai se envolver vai engravidar (...) (E8).

O menino acha que determinadas coisas nunca vão acontecer com ele, quando se fala em prevenção com os meninos eles sempre fazem descaso, riem, já as meninas têm mais iniciativa de ir a Unidade de Saúde, de procurar o preventivo e de procurar o planejamento familiar, até mesmo por ter consciência dos prejuízos que uma falta de proteção pode causar na vida de uma mulher. E, como se vê cada vez mais freqüente a entrada de meninas na unidade de saúde que estão grávidas e que assumem seus filhos sem o apoio do menino (...) (E3).

Os meninos adolescentes aparecem nas falas como sujeitos distanciados das decisões e responsabilidades concernentes à contracepção e paternidade, cabendo às mulheres atuar tanto numa possível evitação/ reação aos impulsos “desenfreados”, a partir de sua “conduta mais recatada”, quanto assumir um papel proativo no comportamento contraceptivo.

Os lugares diferenciados entre homens e mulheres nas sociedades ocidentais modernas estabeleceram pautas diferenciadoras acerca da vivência da sexualidade para o masculino e feminino, tendo assumido até meados do século XX uma função preponderante: a sexualidade

²⁴Aquino (2003), Cabral (2003), Heilborn (2004), Pantoja (2003).

exercida para a reprodução, o que perpetuou o controle da sexualidade feminina (FOUCAULT, 1988; CORREA, 1994).

As expectativas dirigiam-se ao exercício da sexualidade masculina desde cedo, realizado fora do âmbito familiar/reprodutivo. Para a sexualidade feminina, destinou-se a reprodução, e no século XX, o controle da reprodução. Para Cabral (2003), a preocupação com a contracepção e a responsabilidade (quase que direta sobre esta) tem reiteradamente caído sobre as mulheres (pelo menos nos últimos trinta anos com o advento do anticoncepcional oral) (pg8).

(...) é muito comum os meninos acharem que um filho é responsabilidade da mãe, e da família da mãe, é muito comum esse comportamento de não assumir completamente (...) (E1).

(...) os meninos mesmos não tem acesso ao planejamento familiar, por que o planejamento familiar, é incrível, a gente diz que não é só uma decisão da mulher, mas a gente não abre as portas para os meninos, as matrículas acontecem com as meninas, quem vêm buscar os métodos são as meninas, até os preservativos (...) (E10).

Como agente de controle do exercício da reprodução/ contracepção, o campo da saúde atualiza, pelas suas práticas e sujeitos de atuação, as lógicas correntes que fazem parecer à reprodução e filhos um assunto de mulher. Segundo Paiva (2000), em contrapartida, (...) o corpo masculino fica sem importância do ponto de vista da reprodução e acaba desaparecendo da imaginação (pg 166).

4.5 Serão elas marcianas²⁵? perspectiva de gênero no discurso dos/as profissionais

As meninas são, em geral, como eu posso dizer, assim como marcianas, são mais distraídas, transam por

²⁵ Citação extraída da narrativa de um dos sujeitos da investigação.

transar, são influenciáveis, são meninas de cabeça vazia, raras são aquelas que são conscientes, e essa realidade é freqüente aqui (E5).

Marciano, concernente ao planeta Marte, suposto habitante desse planeta.²⁶ Ser marciano, e neste caso, marciana, alude-se a um ser não pertencente ao planeta Terra, estranho, alienígena, o que não está inscrito sob a mesma ordem simbólica e cultural que nos preside e nos identifica.

Tomando a análise desta narrativa do lugar de quem fala - um homem, com nível superior de escolaridade e médico – já se pode presumir o “estranhamento” deslizando para evidenciar as diferenças que existem entre este e entre estas “marcianas”: elas são mulheres adolescentes pobres. A dimensão de gênero se instaura para demarcar distinções e atribuir sentidos.

Os significados construídos pelos sujeitos da pesquisa frente ao lugar do feminino e do masculino na vivência da sexualidade adolescente, foram apropriados a partir de sua colocação em dois eixos analíticos – especificidades de gênero e equidade de gênero - tomados de empréstimos das contribuições de Barker (2003) e Nascimento (2004).

No eixo relacionado às especificidades de gênero interessava resgatar, nos discursos dos profissionais de saúde, como estes apreendem e valoram os modos de socialização de meninos e meninas frente à sexualidade e relações de gênero, que vem orientando a condutas destes, no âmbito das relações afetivo-sexuais, e nas decisões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

O segundo eixo proposto direciona-se a compreender como as percepções dos profissionais pesquisados estão, mais ou menos orientadas, pela perspectiva da equidade de gênero. Por esta, toma-se para efeito desta análise, as concepções que reconhecem iguais direitos para homens e mulheres, incluindo a dimensão do desejo sexual e exercício sexual equitativo para ambos. Compreende, ainda, a percepção mais igualitária da participação e compromisso de

²⁶ Definição encontrada no Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa e no Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa.

homens e mulheres nos assuntos de reprodução e contracepção e a capacidade de capturar as novas tendências nas relações de gênero.

Relacionado aos achados ordenados no eixo das especificidades de gênero, parte dos profissionais reconhece, no comportamento dos/as adolescentes, pautas informadas pela divisão tradicional dos papéis masculino e feminino, com atributos diferenciados para meninos e meninas.

Hoje, não existe tanta diferença quanto ontem, vamos dizer assim, mas ainda há o preconceito social de separar o que é para meninos e o que é para meninas. Na teoria, se diz que é todo mundo igual, mas na prática não é bem assim, ainda há separação entre os dois sexos (E7).

As diferenciações de gênero estariam, para alguns destes profissionais, presentes desde o momento de socialização para a sexualidade, que ordena os roteiros sexuais esperados de serem cumpridos para um e outro gênero, e a socialização para a divisão do trabalho, hierarquizado por gênero, que continua a pensar as mulheres no domínio do privado e os rapazes no domínio do público.

Eu acho que até hoje ainda existe diferença na criação, dos meninos e das meninas, os meninos ainda são incentivados a namorar, a ter a relação sexual quanto mais cedo a sociedade aplaude e aprova, já com as meninas não, as meninas mesmo no grupo delas, e entre os meninos, se uma menina começa a namorar mais de um, vai a uma festinha e fica com mais de um, ela vai ser taxada de galinha, de piriguete. Em casa mesmo, os meninos não ajudam nas questões domésticas, a menina já é preparada para isto, para cuidar do lar, cuidar do filho, para ser uma boa mãe, então eu acho que isto ainda persiste (E10).

Os roteiros sexuais esperados para meninos reafirmam as idéias de uma sexualidade precoce - socialmente estimulada pelas instâncias de socialização, como a família – e orientada para a descartabilidade dos objetos sexuais.

É como eu disse, os meninos estão preparados para a iniciação, quanto mais cedo tem mais apoio, e os próprios pais incentivam isso, as meninas não, embora eu ache que isso já esteja mudando mais (E10).

Outra coisa notória é que as meninas amadurecem mais cedo, já os meninos exploram mais a sua sexualidade precocemente, até mesmo pela questão do “ser macho” (E3).

As meninas, em termos de seus roteiros sexuais, são percebidas, pelos profissionais pesquisados, como dispendo de mais seletividade e recorrência ao afeto, enquanto recursos mediadores para a vivência da sexualidade. Ambos elementos permitiriam condutas mais recatadas, postergação das primeiras experiências sexuais e menor variabilidade de parcerias, que se confirmam com as afirmações de Paiva (2000) de que para parte considerável das famílias brasileiras, o “sexo feminino” ou a sexualidade das mulheres jovens deve ser menos impulsiva, menos importante, menos urgente e elas devem sempre dizer não (pg 144).

(...) ele não busca se apaixonar, ele quer ter várias experiências, hoje acontece muito isso até por que pra ser igual aos colegas ou bater recordes (...)
(...) as meninas, são mais românticas, mais seletivas (...) (E1).

Encontra-se, contudo, em algumas das narrativas, a instalação de concepções ambíguas frente ao cumprimento de papéis tradicionais de gênero. Estas narrativas analisadas sob a ótica da equidade de gênero, permitem categorizar as representações dos/das profissionais, e concluir em que medida pode estar mais próximos ou distanciados deste eixo de análise.

As meninas cada vez mais precoces, hoje se busca o ficar, o se conhecer, há algum tempo se buscava o se conhecer, mas na intenção de se criar um vínculo com a pessoa, de aprofundar a relação com o tempo (...) tanto os meninos quanto as meninas estão gozando de uma liberdade muito grande até mesmo a liberdade de sexual (...) (E3).

Em geral percebidas como atuando numa conduta mais “recatada”, as meninas, para alguns profissionais, numa perspectiva mais valorada da sexualidade feminina, estariam, na atualidade, também tendo acesso e se comportando de acordo com as novas tendências de comportamento sexual mais igualitário, no qual é permitido a ambos o sexo, experimentações sexuais múltiplas, não necessariamente vinculadas ao afeto.

Segundo Paiva (2000), na atualidade, a socialização da sexualidade feminina, inclusive das comunidades populares engendra ambiguidades, através das quais convivem pautas tradicionais, e outras que permitem menos controle e o desvelamento do silêncio de uma sexualidade que não precisa ser mais tão passiva e de ocultamento do desejo.

Antes, os meninos tinham bem mais liberdade que as meninas, eles namoravam mais cedo, tinham o conhecimento de sexo mais cedo, já a menina não, e se as meninas assumissem de certa forma essa conduta que condizia a vida masculina era um “Deus nos acuda”. Hoje não, as coisas são mais naturais (...) (E4).

Por outro lado, parece vigorar a tendência de localizar a conduta sexual masculina, numa perspectiva monolítica e imutável frente ao modelo hegemônico, patriarcal e machista.²⁷ As percepções dos profissionais parecem sugerir, que as novas tendências de liberalização sexual, ao invés de estarem colaborando á construção de relações mais eqüitativas no que tange a vivência da sexualidade entre meninos e meninas, criaram facilitações para que os meninos adolescentes permaneçam liberando incessantemente seus impulsos.

Para um menino, primeiro em termos sexuais, porque hoje ele tem uma facilidade muito grande, porque como menino, a sociedade machista leva o menino a ter este impulso e ele tem que liberar este impulso sexual, mostrar que ele é homem, hoje tem mais facilidades de encontrar parceiras (...) até porque as meninas estão mais liberais (...) (E1).

Do mesmo modo, ainda parece circulante, entre alguns dos profissionais, a idéia de uma sexualidade feminina atrelada ao papel de concessão e passividade frente à sexualidade masculina.

Este modo de pensar sobre a realidade da vida sexual dos adolescentes parece atualizar atributos de gênero, diferencialmente distribuídos: aos homens associa-se o prazer e a dominação pela atividade sexual, que levaria as mulheres a colocar-se como fragilmente ativas frente a este desejo masculino, inclusive em suas estratégias de proteção á saúde sexual reprodutiva.

²⁷ Utilizo aqui a expressão machista, entendida conforme conceituação proposta por Heilborn (1997): *A categoria machismo registra a idéia de prestígio e extremado poder masculinos, cujo exercício está no controle da moral feminina. A plenitude da masculinidade deriva da capacidade de cada sujeito em manter sua honra, o que é relacionalmente dependente da conduta do grupo de mulheres ao qual esse homem está vinculado. Das*

(...) quando você vê uma menina de 14 anos com um rapaz de 21-22 anos que já tem uma vida sexual, ele induz o ritmo dele, ele sugestiona tudo, e às vezes ela pelo envolvimento emocional, ela cede um relacionamento sem a proteção devida, tem o risco aumentadíssimo de contrair essas doenças, da própria gravidez (...) (E9).

As representações constituídas por estes profissionais estariam, parecem emergir nas falas, atreladas aos parâmetros do tratamento cultural da sexualidade brasileira, na qual reserva-se às mulheres controle e limitação, e à sexualidade masculina, incitação e encorajamento, termos apresentados por Parker (1991) ao considerar como o universo sexual brasileiro tem sido estruturalmente assentado em desigualdades e diferenciações, repetidamente reproduzidas.

À guisa de conclusões percebe-se nas narrativas e observações extraídas da pesquisa, uma recorrência a representar a sexualidade adolescente num registro de banalidade e impulsos desenfreados, portanto sujeitas ao imperativo do biológico.

Se em geral concebidos, pelos profissionais, não pelo que são, mas pelo que ainda não se constituíram – identidade adulta, esta sim, pelo olhar dos sujeitos, como o marcador privilegiado da consolidação da cultura, com suas possibilidades e interditos – dos adolescentes e de sua sexualidade, esperava-se que pudessem adiar a vivência sexual, adiar a gravidez, adiar as escolhas por uma identidade sexual não hegemônica, adiar, pelas meninas, um comportamento sexual mais desejante e ativo.

Entretanto, os/as adolescentes não postergam, e aos profissionais de saúde resta dar conta de atender estes adolescentes no serviço de saúde, numa complexa interação entre realidade e concepções marcadamente assimétricas.

As concepções dos profissionais de saúde pesquisados guardam contradições e ambivalências, ora transitando por perspectivas de maior reafirmação dos modelos hegemônicos de sexualidade e relações de gênero, ora instaurando um olhar mais permeável às mudanças nos papéis sexuais e concepções mais igualitárias frente aos adolescentes, e sua capacidade de autonomia nas decisões relacionadas ao campo da sexualidade.

mulheres, portanto, é esperado um comportamento recatado e submisso perante a autoridade masculina (...) (pg 327).

Entretanto, prevalece, no geral, a primeira perspectiva. As representações dos profissionais de saúde sugerem, uma manutenção de atributos mais tradicionais acerca do feminino e masculino, nas considerações acerca da sexualidade do/a adolescente.

De todo modo, é frente á sexualidade feminina adolescente que se verificou, de forma mais contundente, a reprodução das ideologias de gênero e de sexualidade, que organizam as relações na cultura e sociedade brasileira. A sexualidade das meninas adolescentes foi comumente significada num patamar de ambigüidades, entre o recato e a liberalização, ora para atender a padrões tradicionais, ora para se adequar, de forma “irresponsável”, aos novos modelos de exercício da sexualidade.

As meninas adolescentes aparecem como sujeitos necessitados de atenção, de um olhar mais atento, de uma possível regulação. Não à toa, a sexualidade feminina ocupa um lugar central nas políticas, programas e discursividade do campo da saúde, e na própria Unidade de Saúde pesquisada.

A alusão às “marcianas”, em que pese seu caráter extremado e quase caricatural de apreender a vida das meninas adolescentes, deixa escapar sentidos acerca da sexualidade feminina, que com mais ou menos acento, circulam nas percepções dos/as profissionais pesquisados: o potencial sexual da mulher como perigoso e ameaçador, que não foi controlado, culturalmente moldado em seus contextos de inserção, de acordo com os padrões tradicionais dominantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao me debruçar sobre as conclusões deste estudo me remeto ao seu início, quando me perguntava que lugar ocupava o/a adolescente e sua sexualidade, nas representações e práticas dos/as profissionais de saúde, num serviço de atenção básica, na porta de entrada do sistema público de saúde do país. Pressupunha um lugar de inespecificidade, que a prática da pesquisa veio a confirmar. No serviço pesquisado, junto aos sujeitos de pesquisa verificou-se a ausência de um lugar específico para o/a adolescente dentro do serviço, tomando em consideração que a conformação de uma especificidade perpassa por um conjunto de elementos, aqui a serem analisados pela sua falta ou fraca presença.

No decorrer de todo o período de trabalho de campo, a Unidade não dispunha e não passou a constituir políticas e/ou programas mais específicos de atenção à saúde sexual e reprodutiva do/a adolescente. A desinstitucionalização do PROSAD, e a falta de outra política que a substituísse, ao menos no nível programático da Secretaria Municipal de Saúde, durante o período de coleta de dados, permitiam a instalação de um vácuo institucional, propício ao surgimento de ações que se mantinham mais pela força do voluntarismo pessoal de alguns dos/as profissionais.

No âmbito programático, a Unidade de Saúde disponibilizava de um espaço físico pouco adequado às ações dirigidas a adolescentes. Esta inadequação se instaura tanto na ausência de espaços para atividades coletivas, quanto na dinâmica dos atendimentos, repetidamente interrompidos e em alguns serviços, sendo compartilhados por profissionais distintos, para atendimento a populações diferenciadas. A possibilidade de assunção de um diálogo dirigido à intimidade e as diferentes dimensões da vivência do sexual, entre os/as adolescentes e profissionais de saúde encontra limites claros de ser exercido. Um outro diálogo não se torna possível, e a recorrência ao discurso técnico, na esfera do biológico se reafirma.

Seria sumamente superficial afirmar que a dificuldade de instauração de um diálogo mais relacional entre profissionais e adolescentes é tributário das questões relacionadas ao espaço físico e a organização de agenda de trabalho dos profissionais. As restrições a um encontro mais dialógico entre profissionais e adolescentes parece assentar-se em significados mais

complexos, que transitam das dimensões institucionais às visões internalizadas de um determinado modelo de sociedade, numa rede de elementos justapostos: o discurso dos sujeitos no campo da saúde, as visões estereotipadas acerca da pobreza e dos seus sujeitos de inserção, as percepções e atribuições de lugares diferenciados para meninas e meninos, o distanciamento entre conceitos de adolescência e os adolescentes reais, usuários/as da unidade.

Mesmo buscando se orientar por uma produção discursiva que tende a conceber o sujeito das práticas em saúde, como um ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular (AYRES, 2001,p.65), o campo da saúde tem, em muita das vezes, falhado neste propósito. Aprisionado num discurso hegemônico, essencialmente técnico, o campo da saúde tem, com raras exceções, vistos seus públicos como objetos portadores de patologias dos quais não interessa saber muito mais do que a explanação de sintomas.

Com o foco mais na patologia do que nos indivíduos, o destino final do encontro não poderia ser outro que um corolário de prescrições, que não consegue capturar a vida real dos/as adolescentes, e aproximar-se das redes de significados da gramática cultural e sexual destes.

Os/as adolescentes estão na Unidade, fazem demandas, inclusive as que se destinam a um campo mais relacional com os profissionais, segundo depoimentos de alguns destes. Os estereótipos de grande parte dos/as profissionais frente aos públicos em geral e, acirradas para os/as adolescentes pobres usuários/as da Unidade, atualizam as assimetrias e fortalecem os abismos entre eles.

As categorizações dirigidas aos/as adolescentes usuários/as da Unidade os concebem em valorações negativas, muito além do que já comumente se usa para falar da adolescência e seus sujeitos abstratos. Quando localizados numa inserção social concreta, a das camadas populares, os/as adolescentes, ao menos para a grande maioria dos profissionais de saúde pesquisados, tem seus atributos mais desqualificados. A visão dos/as profissionais acerca dos/as adolescentes usuários/as da Unidade de Saúde tendem a localizá-los como indivíduos que reverberam, em seus comportamentos e condutas, as condições de pobreza em que estão inseridos.

Operações de similaridades identitárias são constituídas: os/as adolescentes são a revelação, a face exposta, da pobreza e suas faltas. Vistos para a grande maioria dos sujeitos da pesquisa como portadores de uma identidade negativa, que justificaria, a princípio, seus comportamentos, estes adolescentes terminam por não ser percebidos enquanto sujeitos sociais portadores de singularidades positivas, com capacidades de alicerçar projetos de vida se encontrarem escuta, apoio e respeito às suas escolhas.

O contexto de inserção dos/as adolescentes quando percebido, o é na perspectiva de um destino, que de antemão organizaria as possibilidades e oportunidades, restritas, de futuro. Pouco se verificou nas falas quanto nas observações, o contexto de inserção dos/as adolescentes informando aos/as profissionais mediações para compreender como, porque, com quem os/as adolescentes constroem seus scripts sexuais, e que instâncias estão se colocando como facilitadores ou de interdição para uma vivência mais segura e saudável da sexualidade, levando em conta a autonomia de escolhas destes.

As representações relacionadas à sexualidade do/a adolescente pelos/as profissionais de saúde parecem agravar o olhar sobre as faltas e as diferenças. Faltam aos/as adolescentes pela visão da maioria dos sujeitos informantes, condições estruturais, apoio, orientação, em geral, não viabilizadas pela família, para a vivência da sexualidade.

A ausência de uma base familiar adequada, segundo as percepções levantadas, parece colaborar a conformação de uma sexualidade banalizada, vivida sem enquadrar-se num projeto de cuidados, que permitiriam postergar a gravidez ou evitar doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo.

A literatura tem informado que os modos de apreensão da sexualidade, enquanto objeto de estudo e enquanto experiência vivificada nos corpos de cada sujeito da história, vão se reconfigurando nas interrelações estabelecidas com os marcadores de gênero, de classe, étnicos e etários. Estes informam atributos distintos, assim como diferenciados arranjos da experiência do sexual.

Atravessada por este conjunto de marcadores, que podem se expressar individualmente ou justapostos, e atualizada em seus valores por novas pautas culturais, como a intimidade e o

direito ao prazer, a sexualidade pode reverter-se de significados distintos a depender de quem fala sobre ela e a depender sobre quem se fala.

No estudo empreendido verificou-se, que nas representações dos sujeitos informantes a sexualidade adolescente é informada pelos eixos de classe e gênero, que ordenam visões diferenciadas do masculino e feminino. Os/as adolescentes usuários/as de sexo masculino, comumente são vistos como detentores de uma sexualidade orientada para a multiplicidade de parcerias, sem maiores compromissos com a contracepção e com os afetos.

Para as meninas adolescentes, as ambigüidades se afirmam com mais contundência, ora reafirmando padrões tradicionais de sexualidade associada a afeto, ora como detentoras de sexualidade quase desvinculada de qualquer responsabilidade, que ainda pode ser punida com uma gravidez. Os acentos sobre este discurso se acentuam ou se diluem em matizes menos severos, a depender do/a profissional, entretanto, persiste um olhar mais acurado do sexual quando este se relaciona ao feminino.

Frente a um/a adolescente vivendo uma sexualidade desenfreada e banal, encontrou-se na postura dos/as profissionais mais afeitos a esta concepção, condutas que resvalavam no paternalismo e na colocação do discurso científico como a instância última de legitimidade para orientar as escolhas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Entretanto, este padrão quase hegemônico, comportou diferenças de posturas em alguns dos/as profissionais. Para alguns destes, os/as adolescentes na atualidade encontram-se mais preparados para rupturas de padrões tradicionais de comportamento, são mais bem informados, fazem escolhas mais voltadas à consecução de projetos individuais. Este olhar ainda coincide com a afirmação da autonomia para as escolhas afetivas sexuais, para o momento de iniciação sexual e ainda, comportou questionamentos acerca da visão da gravidez na adolescência como problemática.

De todo modo, as reflexões da maioria dos profissionais refletem pouco a questão de que os/as adolescentes, mesmos estes de camadas populares, são atores num mundo em transformação, especialmente no que diga respeito à sexualidade.

Sujeitos de um momento histórico onde se convive simultaneamente com padrões tradicionais da sexualidade, junto às novas pautas que consideram as experimentações, o acesso ao prazer e uma maior licenciosidade para o início da vida sexual um ideário moderno, os/as adolescentes terminam por serem vistos, sem levar em consideração estes elementos.

As diferenças sociais e culturais que se instauraram nas últimas décadas deveriam ser percebidas como elementos importantes a marcar o modo como as novas gerações de adolescentes se comportam e, que são distintas das que orientavam adolescentes há vinte ou trinta anos atrás.

No escopo deste estudo, a percepção de como os profissionais de saúde pesquisados se dirigem aos/as adolescentes usuários/as e sua sexualidade, mais do que demonstrar preconceitos circulantes, nos interessa por revelar como estas representações distanciam o/a profissional do seu sujeito de atendimento. O modo de percepção constituído pelos profissionais sobre estes sujeitos se antecipam a eles próprios e suas histórias.

Atitudes paternalistas, discurso repreensivo, sobressaltos frente a adolescentes muito novos que fazem sexo, se, de algum modo, podem indicar a capacidade destes de não estarem indiferentes ao outro, revelam mais ainda um modo de agir que não tem se mostrado adequado para fazê-los chegar mais perto da vida e das escolhas dos adolescentes.

Adolescentes escolhem. Se podemos, e em algum momento devemos, questionar suas escolhas, também precisamos pensar de que modo, os adultos, como os profissionais de saúde, que ocupam um papel importante na construção e disseminação de conhecimentos sobre saúde doença, respeitam estas escolhas, as significam não por suas lentes de inserção, mas pela do outro, e tentam valorizá-los não pelo que eles tenham de igual, mas, especialmente, pelas suas diferenças.

Entretanto, deve-se perguntar em que medida os próprios profissionais de saúde encontram-se preparados para lidar com as questões de autonomia dos sujeitos e, neste âmbito as possibilidades de escolhas no campo do sexual. Poucos dos/as profissionais entrevistados se sentem preparados ou efetivamente o foram para lidar com a sexualidade, numa outra dimensão que não a do registro biológico e problema de saúde, quando emerge enquanto uma patologia ou busca de insumos.

As Unidades de Saúde e, por conseguinte, seus profissionais têm tarefas claras relacionadas ao âmbito da saúde sexual e reprodutiva – programa pré-natal, distribuição de preservativos, atendimentos ginecológicos, planejamento familiar. Os domínios de atuação já estão constituídos, e simplesmente a eles não se pode renunciar. Para dar conta, então, da sexualidade se lança mão da normatização e da medicalização do sexual.

Diante deste conjunto de sentidos apreendidos na pesquisa, penso que estamos diante de importantes desafios para a construção de uma nova forma de cuidados em saúde para os/as adolescentes, que coloque a sexualidade como uma de suas dimensões centrais. Um dos eixos desta ruptura paradigmática encontra-se na assunção de outra produção discursiva para o construto sexualidade no campo da saúde, que passe a considerar a cultura, as transformações sociais, a história e os sujeitos como atores de construção e reprodução da sexualidade.

Agregada a esta ruptura se torna premente facultar aos profissionais de saúde e aos gestores de políticas em saúde, condições de formação técnica que os permitam reconhecer e resignificar os atributos conferidos à sexualidade adolescente, comumente transversalizada pelos marcadores etários, de classe e gênero. Estes atributos, presentes nas representações dos profissionais de saúde se articulam para produzir preconceitos e diferenças nas práticas de saúde.

Uma destas diferenças relaciona-se a necessidade de se repensar práticas voltadas à sexualidade feminina adolescente, que ocupa uma centralidade nos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, no sentido de evitar ou minimizar as manifestações da sexualidade. Possivelmente, seria mais significativo trazer para a cena do encontro entre profissional e usuária, como estas meninas adolescentes estão conseguindo constituir sua vida sexual no balanço entre padrões tradicionais e os novos ideários modernos, como lidam com suas escolhas, como correlacionam sexo e afeto, e como este conjunto de questões as colocam mais autônomas ou não para assumir cuidados frente à reprodução e as DST's.

Revisitar a centralidade da reprodução como o foco do olhar sobre a sexualidade da menina adolescente parece um desafio premente a ser enfrentado, assim como trazer os adolescentes do sexo masculino para a cena da ação em saúde. Primeiramente, reconhecendo que os adolescentes estão informados, assim como as meninas, por pautas culturais as mais distintas

frente à sexualidade, e que suas condutas não expressam necessariamente um bloco monolítico hegemônico de sexualidade desenfreada.

Outro aspecto é o de constituir ações que aproximem os adolescentes das responsabilidades reprodutivas, incluí-los nos atendimentos, solicitar sua presença, organizar atividades que os tragam para falar sobre seus projetos reprodutivos, sobre os significados da paternidade e dos cuidados frente a Aids e outras DST's. Enquanto não os escutarmos, tudo será conjecturas.

Para o cumprimento destes desafios será preciso formação de equipes, adequação de espaços para ações coletivas, redefinição de um modelo de atendimento que privilegie menos a quantidade de atendimentos realizados, incorporação de outros atores sociais nesta perspectiva de ação educativa – a escola, organizações não governamentais, a família. Este último ponto pressupõe a abertura dos profissionais e da própria Unidade para uma ação extra muros, uma ação que recoloca os profissionais num mesmo campo de poder que os demais, a ser negociado, inclusive o sentido e atribuições dadas à sexualidade.

A tarefa não parece simples. Aproximar *terráqueos e marcianas/os*. Aproximar Unidade de Saúde e outros espaços sociais. Aproximar a sexualidade à cultura. Aproximar nós e os outros. Aproximar as políticas de saúde de seu compromisso de garantir saúde em todas as suas instâncias de atuação. A tarefa mais uma vez está nas mãos dos sujeitos, o nós da história, em sua capacidade de transformação. Capacidade de transformar os discursos numa proposta de vida, que desliza para sustentar a sexualidade como escolha, como projeto, como um significante de um tempo dado, como mutável, mas acima de tudo como direito.

REFERÊNCIAS:

1. ABAD, M. Crítica Política das Políticas de Juventude. In: FREITAS, M. V., PAPA, F. (Org.). **Políticas Públicas: Juventude em Pauta**. São Paulo, Cortez, 2003.
2. ABRAMO, H., BRANCO, P.P.M. (Orgs). **Retratos da Juventude Brasileira – Análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo, Instituto Cidadania & Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.
3. ALMEIDA, M.C.C, AQUINO, E.M.L., GAFFIKIN, L., MAGNANI, R. Uso de contracepção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37 n.5, 2003.
4. AQUINO, E., et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. In: **Cadernos de Saúde Pública: Gênero, sexualidade e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.19, suplemento 2, Editora FIOCRUZ, 2003.
5. ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. Ed. Guanabara, 1981.
6. AUGÉ, M. **Não lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
7. AUGÉ, M. **O sentido dos outros: atualidade da antropologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

8. AYRES, J.R.C.M. Adolescência e Saúde Coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. (Org) **Programação em saúde hoje**. São Palo: HUCITEC, 1993, pp.139-182.
9. _____ Ação programática e renovação das práticas médico-sanitárias: saúde e emancipação na adolescência. In: **Saúde em debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 42 – março/94.
10. _____ **HIV/Aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes: Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. Editora eletrônica: Casa de Edição, São paulo, 1996.
11. _____ et al. Vulnerabilidade e Prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M. & PARKER, R.(Orgs.) **Sexualidades pelo avesso -Direitos, identidades e Poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999, pp 49-72.
12. _____ Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** ABRASCO, v.1, n.6, 2001, pp.63-72.
13. _____ Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.11, 2002 pp.11-24.
14. _____ et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003, pp 117-139.
15. BALEEIRO, M. C., et al. **Sexualidade do Adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. Salvador, Fundação Odebrecht e Secretaria da Educação do Estado da Bahia, 1999.
16. BANDEIRA, L. Relações de gênero, Corpo e Sexualidade. In: GALVÃO, L. & DÍAZ J. (Org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo, Hucitec; Population Council, 1999.
17. BARBOSA ,R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M.& PARKER, R. (Orgs.) **Sexualidade pelo Averso –Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro:IMS/UERJ; São Paulo: Ed.34, 1999, pp 73-88.
18. BARKER,G. La formación de hombres jóvenes “Género Equitativos”: Reflexiones de 7 investigación y desarrollo de Programa en Rio de Janeiro, Brasil. In: OLAVARRIA, J. (Editor) **Varones Adolescentes: Género, identidades y sexualidades en América Latina**. FLACSO-Chile; FNUAP; Red de Masculinidades. Santiago, Chile, 2003, pp 185-203.

19. BASTOS, A. V., MORRIS, L., FERNANDES, S. P. (Orgs.) **Saúde e Educação Sexual do Jovem: um estudo em Salvador**. ISP/UFBA. Salvador, dezembro de 1989.
20. BERQUÓ, E. Quando, como e com quem se casam os jovens brasileiros. In: _____ (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília/DF: CPND, v.1, 1998.
21. BIBEAU, G. **Apontamentos para uma antropologia narrativa**. Salvador, ISC/UFBA, 1997a.
22. BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A.C. (Orgs.) **Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, pp 43-61.
23. BIRMAN, J. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. In: **Revista Physis**. Rio de Janeiro, 1 (2) 7-22, 1991.
24. BLANCHET, A. & GOTMAN, A. L' **Enquête et ses Méthodes: l' entretien**. Paris: Nathan, 1992.
25. BORGES, A L. V. **Adolescente e Vida Sexual: análise do início da vida sexual de adolescentes residentes na zona leste do município de São Paulo**. São Paulo, 2004 (Tese de Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
26. BORUCHOVITCH, E. Fatores associados à não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.26, n. 6, dez.1992.
27. BOURDIEU, P. A juventude é apenas uma palavra. In: _____ **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro. Marco Zero, 1983, pp. 113-121.
28. BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo, Papirus, 1996.
29. _____ **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1999.
30. _____ **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2002
31. BOZON, M. **Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea**. Estudos Feministas, 3 (1): 122 – 135, 1995.
32. BOZON, M. **Dos ritos de passagem as “primeiras vezes” Socioetnologia dos ritos da juventude na França**. Tradução livre uso exclusivo para fins didáticos.

33. BOZON, M. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
34. BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da intimidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
35. CABRAL, C.S. Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. In: **Cadernos de Saúde Pública: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na saúde coletiva**. Rio de Janeiro, volume 19, suplemento 2, 2003.
36. CABRAL, C.S. **Vicissitudes da gravidez na adolescência entre jovens das camadas populares do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2002 (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
37. CALAZANS, G. Os Jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: ABRAMO, H., BRANCO, P.P. (Orgs) **Retratos da Juventude Brasileira: Análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo e Instituto Cidadania, 2005.
38. CANO, M. A. T., FERRIANI, M.G.C., GOMES, R. Sexualidade na Adolescência :Um Estudo Bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.2, abril 2000.
39. CARDOSO, M. H. & GOMES, R. Representações Sociais e História: referenciais teóricos – metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Psicologia Social**. Belo Horizonte, v.14 n.2, jul/dez. 2002.
40. CORREA, M. Medicalização Social e a construção da sexualidade. In: LOYOLA, A. **A Aids e Sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas**. 1994.
41. CORREA, M. Sexo, Sexualidade e Diferença Sexual no Discurso Médico: algumas reflexões. In: LOYOLA, A. (Org). **A Sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998, pp.69-92.
42. CORREA, S. “Saúde Reprodutiva”, Gênero e Sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: GIFFIN, K. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

43. CORREA, S. Gênero e Sexualidade como sistemas autônomos: Idéias fora do lugar? In: PARKER, R. e BARBOSA, R. (Orgs) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, ABIA, IMS-UERJ, 1996.
44. COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1979.
45. COSTA, J.F. Perspectivas da juventude na sociedade de mercado. In: NOVAES, R., VANNUCHI, P. (Orgs.) **Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
46. DUARTE, L.F. D. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A.C. (Orgs.) **Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, pp. 27-42
47. DUQUE-ARRAZOLA, L.S. O cotidiano sexuado de meninos e meninas em situação de pobreza. In: MADEIRA, F.R. (Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro, Record/Rosa dos Tempos, 1997.
48. ECOS – Comunicação em Sexualidade. **Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e Vulnerabilidade Social – Estudo Exploratório em Cinco Capitais**. São Paulo: ECOS,
49. FERREIRA, A.B.de H. **Novo Aurélio Século XXI: O dicionário de língua português**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1999.
50. FIGUEIREDO SANTOS, M. **Juventudes, Saúde e Cidadania: um olhar sobre três ecologias desenvolvimentais**. Salvador, 2005 (Tese de Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
51. FONSECA, A. Prevenção às DST/Aids no ambiente escolar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, pp.71-88, agosto 2002.
52. FONSECA, C. Amor e família: vacas sagradas da nossa época. In: RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A.C. (Orgs.) **Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, pp 69-89.
53. FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

54. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
55. FREITAS, M. V., PAPA, F. (org.). **Políticas Públicas: Juventude em Pauta**. São Paulo, Cortez, 2003.
56. GALLAND, O. Adolescência, pós-adolescência, juventude: retorno a algumas interpretações. In: **Franç. Sociol.**, 442-4, exclusiva para fins didáticos, 2001, pp. 611-640.
57. GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro, LTC, 1989.
58. GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
59. GIAMI, A. Representações e Sexualidade: Psicologia Social e Pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, A.(Org). **A Sexualidade nas Ciências Humanas**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998.
60. GIDDENS, A. **A transformação da Intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo. Editora UNESP, 1993.
61. GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18, Suplemento, 2002.
62. GOLBENBERG, P. (Org) **O Clássico e o Novo: Novas tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2003.
63. GOMES, R., FONSECA, E., VEIGA, A. A Visão da pediatria acerca da gravidez na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v. 10, n. 3, maio/junho, 2002.
64. GROSSMAN, E. **O medico de adolescentes e seu ofício: reflexões sobre as normas e a prática**. Rio de Janeiro, 1995 (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira.
65. HEILBORN, M.L., SORJ, B. Estudos de Gênero no Brasil. In: **O que ler nas Ciências Sociais Brasileiras**. São Paulo, Editora Sumaré, 1995.
66. HEILBORN, M.L. O traçado da vida: gênero e idade em dois bairros populares do Rio de Janeiro. In: MADEIRA, F.R (Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro. Record/Rosa dos Tempos, 1997.

67. _____ Construção de si, gênero e sexualidade. In: _____ (Org.) **Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed.,1999.
68. _____ Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLBENBERG, P. (Org) **O Clássico e o Novo: Novas tendências, objetos e abordagens em Ciências Sociais e Saúde**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2003.
69. _____ Gravidez na adolescência: interfaces entre gênero, sexualidade e reprodução. In: UZIEL, A.P., RIOS, L.F, PARKER, R. (Org.) **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004.
70. HERZLICH, C. Saúde e Doença no início do século XXI: Entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, n.2: UERJ/REDESIRIUS/NPROTEC, 2004.
71. IBGE. **Censo Demográfico 2000**. IBGE, v 1, 2001.
72. IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. Departamento de Populações e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, IBGE, 2003.
73. JEOLÁS, L. S., FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.
74. KEHL, M.R. A juventude como sintoma da cultura. In: NOVAES, R., VANNUCHI, P. (Orgs) **Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
75. KNAUTH, D. R., VÍCTORA, C. G. **Horizontes Antropológicos: Sexualidade e Aids**. Porto Alegre, ano 8, n. 17, julho de 2002.
76. LAFONT, H. A turma de jovens. In: ARIÉS, P. & BEJIN, A. (Orgs) **Sexualidades Ocidentais: Contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade**. Editora Brasiliense, São Paulo, 1985, pp 154-209.
77. LAVILLE, C., DIONNE, J. A construção do Saber: **Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1999.
78. LAVINAS, L. Gênero, Cidadania e Adolescência. In: MADEIRA, F.R.(Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro. Record/Rosa dos Tempos, 1997.

79. LE VAN, C. As gravidezes adolescentes: drama real ou incongruência social. Uso exclusivo para fins didáticos. Texto original: Lês grossesses adolescentes: drame réele poor incongruité sociale? **Révue de Sociologie et d'Anthropologie: Approches sociologique de l'intime**, n.3, 1º semestre, 1997, pp.139-167.
80. LIRA, J. B., DIMENSTEIN, M. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.9, n.1, jan/abr, 2004.
81. LOURO, G.L. Sexualidades contemporâneas: políticas de identidade e de pós-identidade. In: UZIEL, A.P., RIOS, L.F, PARKER, R. (Org.) **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004.
82. LOYOLA, M. A.(Org.) **A Sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998.
83. LOYOLA, M .A . Sexo e Sexualidade na Antropología .In: _____ (Org) **A Sexualidade nas ciências humanas**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1998, pp 17-48.
84. _____ A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, M.L. (Org.) **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1999.
85. _____ Sexualidade e Medicina: a revolução do século XX. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, n. 4 , julho/agosto, 2003.
86. LYRA, J., et al. “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cadernos CEDES**. Campinas, v.22, n. 57, agosto 2002.
87. MACHADO, R. Por uma genealogia do Poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979.
88. MAKSUD, I. Em torno da heterossexualidade: notas sobre mídia e relacionamentos soro discordantes. In: UZIEL, A.P., RIOS, L.F, PARKER, R. (Org.) **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004, pp. 13-28.
89. MARGULIS, M. **Juventud, cultura, sexualidad: la dimension cultural em la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires**. Buenos Aires. Biblos, 2003.
90. MARZANO-PARISOLI, M . M. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
91. MEAD, M. A jovem de Samoa e seu grupo de idade. In: BRITTO, S. (Org.) **Sociologia da Juventude III**. Rio de Janeiro. Zahar, 1968.

92. MELLO, J. L., CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T., KANSO, S. **Como chegar á vida adulta :será que existe um caminho único?** Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de Setembro de 2004.
93. MELO, E.M et al. Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan/fev, 2005.
94. MELO, V.^a **Lazer e Camadas Populares: Reflexões a partir da obra de Edward Palmer Thompson**. Porto Alegre, v. 7, n. 14, 2001, pp. 4-19.
95. MENDONÇA, M.H. O desafio da política de atendimento á infância e adolescência na construção de políticas públicas equitativas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.18 supl., 2002.
96. MINAYO, M. C. O Conceito de Representação Social dentro da Sociologia Clássica. In: GUARESCHI, P., JOVCHLOVITCH, S. (Orgs.) **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994.
97. MINAYO, M. C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo. Editora Hucitec, 1992.
98. MONTEIRO, S. **Qual Prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
99. MORAES, A. P. A sexualidade de jovens em contextos de institucionalização: Razões, emoções e políticas. In: Regina Barbosa et al. (Org) **Interfaces: Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas, SP: Editora Unicamp, 2002, pp 85-134.
100. MOSKEY, E .G. **Talking about sexuality: parent’s communication and its influence n their children’s attitudes and behaviors**. Thesis for the Degree of Master of Sciene The University of Maine, USA, may, 2002.
101. NASCIMENTO, M. (Re)pensando as “masculinidades adolescentes”: homens jovens, gênero e saúde. In: UZIEL, A.P., RIOS, L.F, PARKER, R. (Org.) **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004, pp 105-11.
102. NERUDA, P. **Confesso que vivi**. Rio de Janeiro, São Paulo: Difel, 1978, p.263-4.
103. NOVAES, R., VANNUCHI, P. (Orgs.) **Juventude e Sociedade- Trabalho, Educação, Cultura e Participação**. São Paulo, Instituto Cidadania e Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

104. PAIS, J.M. **Culturas Juvenis**. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1999.
105. PAIVA, V. Sexualidade e Gênero num trabalho com adolescentes para prevenção do HIV/Aids. In: PARKER, R. et al (Orgs.) **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994, pp. 231-250.
106. PAIVA, V. Sexualidades Adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito social. In: PARKER, R. & BARBOSA, RM. (Orgs.) **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1996.
107. PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha**. São Paulo: Summus, 2000
108. PANTOJA, A. “Ser alguém na vida”: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19 supl. 2, 2003.
109. PARKER, R. **Corpos, Prazeres e Paixões**. A cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1991, pp 55-107 e 153-204.
110. PARKER, R. **Na contra-mão da AIDS**: Sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA. São Paulo: Ed34, 2000, pp 29-62.
111. PEREIRA, C. **A sexualidade na adolescência: os valores hierárquicos e igualitários na construção da identidade e das relações afetivo-sexuais dos adolescentes**. Rio de Janeiro, 2002 (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
112. PERES, F. & ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. In: **Saúde e Sociedade**. Faculdade de Saúde Pública da USP. Associação Paulista de Saúde Pública, 1998.
113. PIMENTA, M. C., PARKER, R., et al. Passagem Segura para a Vida Adulta: Oportunidades e Barreiras para a Saúde Sexual dos Jovens Brasileiros. **Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro, n.1, ABIA, 2000.
114. PIMENTEL, Adriana M. **Um olhar sobre os olhares: uma etnografia do Centro de Referência do Adolescente em Salvador, Bahia**. Salvador, 2001 (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
115. PINHEIRO, A Criança e o Adolescente como Sujeitos de Direitos: emergência e consolidação de uma representação social no Brasil. In: CASTRO, L.R. (org). **Crianças e Jovens na Construção da Cultura**. Rio de Janeiro: NAU:FAPERJ, 2001. p. 47-68.

116. REIS, A., ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 27, n. 6, dez.1993.
117. RIETH, F. **A Iniciação sexual na juventude de mulheres e homens**. In: KNAUTH, D. e CERES, V. Horizontes Antropológicos: Sexualidade e Aids. Porto Alegre, ano 8, n.17, junho, 2002.
118. RIETH, F. Amor e Sexualidade. In: Jorge Béria (Org.) **Ficar, transar ... a sexualidade do adolescente em tempos de Aids**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998, pp 15-26.
119. ROJAS, D.S. Adolescência, cultura y salud. In: OPS/OMS. **La salud del adolescente y del joven**. Washington D.C.: Publicación Científica, 552, 1995.
120. RUZANY, M.H., ANDRADE, C.L., ESTEVES, M.^aP., SZWARCOWALD, C.L. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v.18, n.3, Maio/Jun. 2002.
121. SANTOS, C. **Fragmentos de uma cultura sexual em tempos de Aids: uma análise sob a perspectiva de gênero**. Salvador, 2002 (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
122. SANTOS, C. N. **Sexualidade na Adolescência: analisando práticas de educação em saúde em unidade do município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2003 (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
123. SARTI, C.A. O valor da família para os pobres. In: : RIBEIRO, I. & RIBEIRO, A.C. (Orgs.) **Família em Processos Contemporâneos: Inovações Culturais na Sociedade Brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995, pp 131-150.
124. SCHIENBINGER, L. **O Feminismo mudou a ciência?** Bauru, EDUSC, 2001.
125. SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: O exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. 1: 123-138, 1997.
126. SEFFNER, F. Masculinidade bissexual e violência estrutural: tentativas de compreensão, modalidades de intervenção. In: UZIEL, A.P., RIOS, L.F, PARKER, R. (Org.) **Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempos de Aids**. Rio de Janeiro: Pallas: Programa em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ e ABIA, 2004, pp. 85-104.

127. SIQUEIRA, M.J.T. et al. Profissionais e usuárias(os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai?. **Estudos de Psicologia** (Natal). Natal, v.7, n.1, jan. 2002.
128. SOUZA, G. A. A. Procriação Intensa na Bahia: uma “naturalidade” socialmente construída. **Cadernos CRH**. Salvador, (17): pp 57-79,1992.
129. TAKIUTI, A. D. A Saúde da Mulher Adolescente. In: MADEIRA, F.R. (Org.) **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil**. Rio de Janeiro, Record/Rosa dos Tempos, 1997.
130. TORRES, M. R. Sexo, Prazer e Dor - Vivências Sexuais na Fala de Adolescentes Pobres de Salvador. In: BARBOSA, R. et al. (org) **Interfaces - Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002, pp 49-84.
131. UNESCO. **Juventudes e Sexualidades**. Unesco. Brasília, 2004.
132. UNICEF. **A voz dos adolescentes**. Brasília, 2002.
133. VANCE, C. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, vol 5, n.1, 1995
134. VICTORA, C., KNAUTH, D., HASSEN, M. Pesquisa **Qualitativa em Saúde – uma introdução ao tema**. Porto Alegre. Tomo Editorial, 2000.
135. VILLELA,W. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: GALVÃO & DIAZ, J. (Orgs.) **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo/SP: Hucitec, 1999.

APÊNDICE

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Saúde Comunitária

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, -----, portadora de documento do tipo-----, de número-----, exercendo atividade profissional como profissional de saúde na Unidade do-----, declaro, para os devidos fins, que estou ciente dos propósitos, finalidades e etapas da Pesquisa “Adolescência e Sexualidade: o olhar dos profissionais”, desenvolvida pela pesquisadora Márcia Cristina Graça Marinho, e que concordo em participar da mesma, de livre e espontânea vontade, fornecendo informações que serão gravadas e posteriormente utilizadas pela pesquisadora para o fim a que se destina.

Consinto com o uso das informações que prestarei na entrevista, as quais serão trabalhadas sem me acarretar prejuízo profissional e pessoal, em total sigilo e sem causar qualquer situação de constrangimento e/ou confrontações de minhas opiniões com os demais entrevistados/as. Estou ciente de que não receberei a qualquer momento nenhum tipo de remuneração e/ou gratificação para participar desta Pesquisa, assim com a mesma não me acarretará nenhum tipo de despesa.

Certifico ainda que poderei a qualquer momento retirar o meu consentimento e interromper minha participação na pesquisa, sem prejuízo a minha pessoa.

Cumprindo-se estas prerrogativas, concordo e atesto minha participação neste estudo de plena e livre vontade.

Salvador, ____, _____ de 2005

Assinatura do/a participante

Assinatura do/a pesquisadora

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação

Mestrado em Saúde Coletiva

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

I – QUESTÕES DE AQUECIMENTO

1.1 – Sexo

1.2 – Idade

1.3 – Profissão

1.4 – Fale um pouco da sua trajetória profissional

1.5 – E sobre o seu trabalho no Centro de Saúde (atribuições, tempo na unidade).

II – ADOLESCÊNCIA

2.1 – O que significa adolescência para você?

2.2 – Como era ser adolescente na sua época?

2.3 – Na sua opinião, como meninos e meninas vivem hoje a adolescência?

2.4 – Você pensa que existem diferenças no modo de viver a adolescência? Se sim, quais seriam estas diferenças?

2.5 – Na sua opinião, que diferenças você vê hoje entre ser um menino adolescente e um menina adolescente?

2.6 – Para você qual o papel que a família tem na atualidade frente ao adolescente? E como tem sido o papel nas famílias dos adolescentes que freqüentam o Centro (quem são, que papel cumprem).

2.7 – Na sua opinião, o que torna a pessoa adulta?

2.8 – Adolescentes podem decidir com autonomia? Sobre o que e até onde?

2.9 – Quem é o o/a adolescente que vem ao Centro de Saúde?

III – SEXUALIDADE E GÊNERO

- 3.1 – Do seu ponto de vista, quais as principais necessidades de saúde, hoje, do/a adolescente?
As necessidades dos meninos são as mesmas das meninas?
- 3.2 – Na sua opinião quais os significados que o corpo tem para os adolescentes que buscam o Centro? São os mesmos para meninas e meninos? Que cuidados de saúde estes adolescentes tem apresentado?
- 3.3 – Como na atualidade os adolescentes vivenciam a sexualidade?
- 3.4 – Você acha que existe uma hora certa para início da vida sexual?
- 3.5 – Adolescentes iniciam cada vez mais cedo sua vida sexual. Qual a sua opinião sobre esta afirmativa? E como profissional atuando na área de saúde, o que você orientaria?
- 3.6 – Você acha que adolescentes de classes populares vivem na sua sexualidade do mesmo modo que adolescentes de classe média? Se não, que diferenças seriam estas?
- 3.7 – Existem diferenças na forma como meninos e meninas vivem a sexualidade?
- 3.8 – Com os adolescentes do Centro, como tem ocorrido o início da vida sexual?(Quais as motivações, parcerias, nível de informação e cuidados).
- 3.9 – E sobre parcerias sexuais dos adolescentes? (parcerias fixas; experimentações com múltiplas parcerias, perfil destas parcerias)
- 3.10 – O que você pensa quando estas parcerias ocorrem entre adolescentes do mesmo sexo?
- 3.11 – Como você vê a gravidez na adolescência? Existe uma boa idade para ter filhos?
- 3.12 – O que você pensa da inserção dos/a adolescentes em serviços de distribuição de preservativos e planejamento familiar? Deveria haver condições para esta inserção? Se sim quais seriam estas condições?

IV – PRÁTICAS E POLÍTICAS DE ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

- 4.1 – Quais as demandas apresentadas pelos adolescentes que chegam ao Centro de Saúde?
- 4.2 – Entre estas quais lhe chamam mais atenção?
- 4.3 – Em que programas do Centro existe atendimento para adolescentes?
- 4.4 – Como você pensa que está o acolhimento ao adolescente na unidade/ Onde ele está mais presente? Onde ele não está presente?

- 4.5 – O que deve fazer um serviço de saúde na atenção á saúde sexual e reprodutiva dos/as adolescentes? Você acha que esta atenção deve ser diferenciada para meninos e meninas? Deve ser diferenciada em relação a orientação sexual do/a adoelescente?
- 4.6 – O que esta Unidade tem feito neste âmbito? Como os profissionais de saúde tem atuado frente a estas demandas? Que facilidades você identifica? Que dificuldades tem ocorrido?
- 4.7 – Na sua opinião, porque o/a adolescente vem para a unidade buscar atendimento ás demandas de saúde sexual e reprodutiva?
- 4.8 – Aqui no Centro de Saúde há uma grande presença de adolescentes grávidas. O que você pensa sobre este fato?Que indicativo isto tem para o Programa de Planejamento Familiar?
- 4.9 – O que você considera importante levar em conta no desenvolvimento de atividades voltadas aos/as adolescentes do Centro de Saúde?(Contexto sócio-cultural e étnico destes tem sido levado em conta?Se não, o que você acha importante considerar?).
- 4.10 – O que orienta as ações de atendimento aos/as adolescentes no Centro? Há recomendações específicas para adolescentes?
- 4.11 – O que fundamenta a sua prática? Você teve ou tem tido alguma formação específica sobre questões relacionadas à adolescência, sexualidade e/ou saúde sexual e reprodutiva?
- 4.12 – Você gostaria de falar mais alguma coisa?