

1 CONTEXTUALIZANDO A BUSCA DE SABERES PARA A PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS EM ADOLESCENTES

Segundo o Ministério da Saúde, com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) obtiveram maior relevância social (BRASIL, 1999). Controlar a disseminação desta doença no meio em que se vive passou a ser objetivo prioritário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A análise de dados estatísticos, contidos no Boletim Epidemiológico divulgado por esse órgão governamental revela a ocorrência de 371.827 casos de AIDS, no período compreendido entre 1980 e 2005 em nosso país, casos estes, notificados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação, SINAN e contidos nos registros do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) (CHEQUER, 2005).

No que se refere aos adolescentes, segundo o Ministério da Saúde, a cada 14 segundos uma (um) jovem é infectada(o) pelo HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*) no mundo. No Brasil até dezembro de 2003, foram notificados 6.566 casos, sendo 2.559 em jovens do sexo feminino e 4.007 em jovens do sexo masculino (BRASIL, 2004a).

Marques (2003) adverte que, por trás de todos esses números, está o sofrimento de milhares de pessoas; atingidas nas mais diversas formas, pela AIDS no Brasil. Algumas por viverem com HIV outras por acompanharem suas lutas, ou ainda pelo fato de terem perdido companheiras(os), filhas(os), pais, mães e amigas(os). Cabe enfatizar ainda, como desencadeadores de sofrimento, o abandono e a discriminação que caracterizam o preconceito com que são tratadas(os) as(os) doentes, independentemente da faixa etária.

Entre as formas de disseminação dessa doença, indubitavelmente, a relação sexual continua sendo a preponderante. Nas Américas, fatores culturais determinam que o ideal seja atrasar o início das relações sexuais, principalmente de meninas, até o casamento. No entanto, existem provas abundantes de que vem aumentando a lacuna entre aquilo que é considerado ideal, ou seja, desejável para a conduta de jovens e a sua realidade, pois a cultura social e sexual é conservadora, tanto em âmbito nacional quanto familiar. Com isso, freqüentemente as(os) jovens são

privadas(os) de informação e dos serviços de que necessitam para se protegerem do HIV (OPAS, 2001).

Estudos do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS mostram que, de país em país, repetidamente a maioria das(os) jovens está tendo relações sexuais no início da adolescência. Na Venezuela, estudo realizado no início da década de 90 demonstrou que “[...] um quarto dos jovens teve relações sexuais pela primeira vez entre os 10 e 14 anos de idade; outros dois terços haviam iniciado durante a sua adolescência” (OPAS, 2001, p. 30).

No Peru, uma pesquisa entre adolescentes apontou 37% dos jovens entrevistados, com idades entre 12 e 19 anos, como sexualmente ativos. Entre as jovens o percentual foi menor, pois havia uma taxa três vezes mais alta entre os homens do que no sexo feminino. Na Colômbia, essa pesquisa revelou maior grau de atividade sexual na adolescência, considerando que 78% das(os) jovens disseram já ter tido relações sexuais (OPAS, 2001).

No Caribe, as(os) jovens iniciam a vida sexual ainda mais precocemente, fenômeno este que, segundo a UNAIDS, explica a alta taxa de prevalência da infecção pelo HIV, naquela região. Estudos realizados na Jamaica, Trinidad, Tobago e Barbados, no período de 1990 a 1999, revelam que a média de idade para início das relações sexuais, oscila entre 13 e 15 anos (OPAS, 2001).

Observação comum a todos esses países é que os adolescentes do sexo masculino começam a ter relações sexuais antes que as do sexo feminino, alguns deles já a partir dos 10 anos de idade. Esta pesquisa concluiu, também, que há um exagero por parte dos homens em apresentar precocemente uma vida sexual ativa, porém justifica tal constatação, apontando que os homens estão sob intensa pressão social, tendo que provar a sua virilidade desde cedo (OPAS, 2001).

De acordo com pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o aumento da AIDS entre adolescentes do sexo feminino deve-se à sua iniciação sexual com homens experientes e mais expostos aos riscos de contaminação por DSTs/AIDS, os quais as induzem a tomarem anticoncepcional, dispensando o uso do preservativo.

Ao refletir sobre essas questões que envolvem sexualidade, cultura e estudos sobre adolescentes faz-se um retorno à adolescência e à atuação profissional como professora e enfermeira. Aos 12-13 anos de idade se depara com um universo de sentimentos não verbalizados, entre eles, curiosidade, medo, angústia por não

conseguir elucidar plenamente dúvidas sobre a sexualidade. Essa época é marcada por orientações que se buscava com as amigas e com as(os) professoras(es) do Ensino Fundamental. Na família, os relatos com pai e mãe eram tímidos e indicativos de que o desenvolvimento da sexualidade estava relacionado ao casamento e a momentos oportunos que estavam ainda por vir para obter tais saberes. Esses momentos viriam na fase adulta, quando entendesse seu real significado.

No transcorrer das atividades docentes, no Ensino Fundamental, foi-se constatando que questões semelhantes emergiam. As(Os) adolescentes sentiam imensa vontade de falar, saber, trocar conhecimentos e informações seguras sobre sexualidade. Ouvia delas(es) que, em raras situações, conseguiam dialogar com seus pais e mães. Percebia que educadoras(es) também possuíam dificuldade de conversar a respeito dessa temática, uns por a considerarem tabu, outras(os) por não se sentirem preparadas(os) para abordá-la. A leitura que se fez naquele momento foi de que mães, pais, educadoras(es) estariam reproduzindo socialmente sua própria modalidade de formação.

Na academia, durante o Curso de Enfermagem, surgiu o interesse em direcionar os estudos às(aos) adolescentes, com o intuito de contribuir para a educação em saúde por meio da promoção do autocuidado. Atuando em ambiente hospitalar, como enfermeira, na assistência a clientes acometidos por várias patologias, entre elas, as DSTs/AIDS, surgiu a oportunidade de cuidar de jovens adolescentes debilitadas(os), portadores do vírus do HIV ou com outras DSTs. Utilizando o Processo de Enfermagem como instrumento de trabalho, foi-se conseguindo identificar que algumas(alguns) adolescentes com 12 e 13 anos se expuseram ao risco por ingenuidade e falta de informação, enquanto que a maioria, com mais idade, mesmo tendo as informações sobre a prevenção, não as colocaram em prática.

Na Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) até o ano de 2004, o acompanhamento a adolescentes e suas famílias permitiu constatar que ambas(os) possuem algum saber acerca de sexualidade, ato sexual, prevenção de DSTs, entre outros. No entanto, a troca de tais saberes entre pais, mães, filhas(os) é escassa ou nula.

Esse fato pôde ser evidenciado, nas visitas domiciliares realizadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹. Nessas ocasiões, atendendo à solicitação das(os) próprias(os) adolescentes, eram fornecidos preservativos num primeiro momento às mães e pais e, num segundo momento às(aos) próprias(os) adolescentes. Dessa forma, pretendiam evitar que os genitores tomassem conhecimento de sua vida sexual, provavelmente temendo desaprovação e atritos familiares.

Outro aspecto que precisa ser salientado refere-se à participação da escola na formação de jovens. Não basta limitar o ensino de adolescentes a aspectos referentes à anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, métodos contraceptivos e prevenção das DSTs. É indispensável discutir questões da vida, do dia-a-dia. Neste sentido, Fonseca e Gomes (2004, p. 233) reconhecem que a família tem papel fundamental na formação de adolescentes, mas a escola também tem responsabilidade, no sentido de:

[...] proporcionar aos jovens condições para discutir a diversidade, desenvolver o pensamento crítico, diminuir preconceitos e mostrar que a sexualidade pode ser percebida como algo saudável, prazeroso e natural. Poderia, ainda, cultivar o respeito ao corpo e aos sentimentos.

Assim, entende-se que se a família e a escola se unissem para desencadear ações em saúde e educação as(os) jovens, direcionando para a informação, sem preconceitos, enfocando a sexualidade como parte integrante da vida, como desencadeadora de prazer e de responsabilidade partindo do condicionante papel da prevenção às DSTs/AIDS, por certo, muitos casos de adolescentes contaminadas(os) pelo vírus do HIV e outras DSTs teriam sido evitados.

No entanto, pressupõe-se que educação sexual de adolescentes, em nível familiar, ainda tenha conotação proibitiva e preconceituosa; ocorra de forma fragmentada; criando um hiato dialógico entre pais, mães e filhas(os). Por isso, a proposta desta investigação objetiva: apreender, compreender e analisar como as famílias realizam a educação sexual de filhas(os) adolescentes, com vistas à prevenção das DSTs/AIDS.

¹ Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional de saúde que leva informação sobre como prevenir doenças às famílias e acompanha a saúde das pessoas em nível primário de assistência, juntamente com enfermeira do PACS, conforme consta no texto "O trabalho do Agente Comunitário de Saúde" publicado pelo BRASIL(2000b, p. 30).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, aborda-se a historiografia da AIDS desde o seu surgimento até a atual caracterização das situações de risco. Destacam-se aspectos referentes à educação sexual como forma de prevenção desta doença em adolescentes, salientando a necessidade de incluir a família, como fonte de ajuda, e orientadora nas situações de dúvida e nos anseios tão comuns nessa importante etapa do ciclo vital.

Na seqüência, contextualiza-se a Estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), ressaltando seu objetivo de assistir às famílias em sua integralidade. Ressalta-se seu empenho em promover saúde e prevenir as doenças, dentre elas as DSTs/AIDS. Finalmente, apresenta-se de forma sucinta os objetivos do Programa DSTs/AIDS e a forma de assistir a família por meio da intersetorialidade deste com os demais Programas do Ministério da Saúde e Educação.

2.1 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E SUA HISTÓRIA

Foi no início da década de 80 que surgiu uma doença desconhecida, de conseqüência grave, que destruía o sistema imunológico e era capaz de matar indivíduos em pouco tempo. Todas as pesquisas e conhecimento científico estavam à sua disposição e logo foi identificada com o nome de “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (AIDS), sendo reconhecido como agente etiológico o “vírus da imunodeficiência humana” (HIV). A AIDS trouxe consigo a discriminação, por ser uma doença que originalmente acometia os homossexuais masculinos.

No entendimento de Jeolás (1995), por ser uma doença transmissível, incurável até o momento e de difícil controle clínico, a AIDS causou um forte impacto social num período em que as sociedades modernas vinham presenciando um grande controle das doenças infecto-contagiosas pelas ciências médicas, devido ao desenvolvimento técnico-científico.

A AIDS tornou-se objeto de diversas pesquisas e análises, em países, como a Inglaterra, Estados Unidos e França. Nestes, a saúde passou a ocupar lugar importante na busca de respostas à epidemia (MARQUES, 2003).

Parker *et al* (1999) entendem que a história da AIDS no Brasil e no mundo tem sido caracterizada pela velocidade e pela mutação, típicas das transformações globais no final do século XX. Isto ocorre tanto nas mudanças abruptas que parecem marcar a história da epidemia e das respostas sociais relacionadas a ela, quanto no peso da dor e do sofrimento, de mortes súbitas e de vidas tragicamente encurtadas, perdas impossíveis de serem medidas por estatísticas ou pelas cautelosas metodologias da ciência.

A primeira divulgação da doença, denominada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Sida/AIDS), ocorreu em junho de 1981 pelo *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), órgão do *Center of Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos. Nesta, ocasião, o relato informava que a doença estava agregada a casos de pneumonia, causada pelo *Pneumocystis carinii* em jovens homossexuais masculinos de Los Angeles (CAMARGO JÚNIOR, 1994; CASTILHOS; BASTOS, 1997).

A evolução da epidemia da AIDS no mundo e no Brasil, apresenta-se dividida em cinco períodos, sendo que o primeiro momento, compreendido entre 1980-1985, foi marcado pelo surgimento da epidemia, seu impacto e significados no mundo e nos reflexos iniciais no Brasil. No segundo período, ocorrido entre os anos 1986-1990, inicia o aprimoramento das definições técnicas, das medidas de controle de assistência, da vigilância epidemiológica e da atuação dos grupos organizados na sociedade. Entre os anos de 1991-1995 configura-se uma fase de clímax da epidemia, aprimoram os esquemas terapêuticos. No Brasil, organizam-se os serviços, as leis, são estruturadas as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e assinados os acordos de empréstimos com o Banco Mundial (BRASIL, 2005).

No período entre 1996 a 2000, aumentam mundialmente as possibilidades terapêuticas, porém a epidemia avança, principalmente, nos países africanos. No Brasil, são disponibilizados medicamentos antiretrovirais em todo o País e, com a redução da morbimortalidade por AIDS, a epidemia entra numa tendência de estabilidade relativa, neste momento também se consolidam os movimentos sociais. Na última temporada descrita entre os anos de 2001 a 2004, mundialmente continuam chamando a atenção ao aumento da epidemia de AIDS, principalmente

nos países africanos e asiáticos. Cria-se o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária. Neste espaço de tempo, o Brasil assume a posição de liderança na luta contra os preços elevados dos medicamentos antiretrovirais.

Segundo Marques (2003), quase três décadas se passaram desde a identificação da AIDS, como uma doença infecciosa que se espalhou mundialmente. Dos primórdios até hoje, pessoas trazem consigo sentimentos de surpresa, desorientação, temor e até mesmo pânico, suscitando a busca de respostas para a prevenção e tratamento da epidemia. O surgimento da AIDS gerou sensação de descontinuidade num processo que parecia estável, pois as nações dispunham até aquela época de um aparato tecnológico-sanitário que lhes possibilitou erradicar as principais doenças epidêmicas.

Assim, à semelhança do que faziam no passado com a cólera, a lepra e a febre amarela, cientistas começaram utilizando a quarentena como modalidade de conter a epidemia. Para elas(es), sua erradicação era “uma questão de tempo”. No entanto, a nova doença, discutida como a “praga moderna”, demonstrou a incapacidade do poder médico, tanto de evitar a epidemia, quanto de apresentar uma solução imediata à questão (MARQUES, 2003, p. 26-27).

Carrara (1996), também ao estudar a história das doenças venéreas no Brasil, compara a sífilis com a epidemia da AIDS. O estudo deste autor revela a história das práticas de intervenções que pretendiam erradicar as doenças venéreas no início do século XX. Enfatiza que a luta contra a sífilis, naquele período, aliada aos conceitos de moralidade, sexualidade e marginalização foram utilizados como fonte de comparação para a discussão sobre AIDS e aponta para uma possível repetição da história da epidemia de sífilis no Brasil.

O autor refere que a confrontação às outras doenças do século passado, principalmente com a sífilis, conceituada como perigosa, advinda da irresponsabilidade e delinquência dos seres humanos, trouxe consigo a conotação de que para se contrair a AIDS dependia da vontade da(o) portadora(or) do vírus, a quem cabia culpabilidade, sendo ela também considerada como um castigo.

No Brasil, a notificação dos primeiros casos de AIDS, ocorreu em meados de 1982, no Estado de São Paulo. As publicações iniciais sobre a AIDS, veiculadas pelos meios de comunicação divulgaram a doença enfocando o preconceito, o medo e o moralismo que surgiram em decorrência de sua disseminação. No entanto, a primeira referência à AIDS na mídia brasileira, foi publicada pelo Jornal do Brasil,

editado no Rio de Janeiro, em agosto de 1981. Nesta reportagem, a doença foi abordada como um câncer misterioso, que estava sendo pesquisado nos Estados Unidos e que afetava homossexuais (MARQUES, 2003).

Para Weeks (1993), a organização dos homossexuais frente à doença, em consequência da ausência de respostas governamentais para combatê-la, aliada à hostilidade presente nas sociedades daquela época, foram fontes desencadeadoras de pesquisas cujo objetivo era analisar as reações sociais modernas, em um contexto inesperado, como a AIDS.

Marques (2003) comenta que o predomínio da doença entre homossexuais levou a “idéia de que, grupos estariam mais suscetíveis à doença”, os quais foram denominados de *grupos de risco*. O surgimento, em 1982, de casos da doença em crianças que receberam transfusão de sangue e hemoderivados colocou os hemofílicos no grupo de risco, ao lado dos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas. Essa associação disseminou a falsa noção de que a pessoa não incluída nesses grupos estaria salva da ameaça ou da doença. Posteriormente, com o avanço das pesquisas, a noção de grupos de risco cedeu espaço à noção de *comportamentos de risco*, considerando que as práticas sexuais sem o uso de preservativo e o uso compartilhado de seringas, por exemplo, constituíssem comportamentos que levariam o indivíduo a um maior grau de exposição ao HIV.

Duarte (1998) alerta que, naquela época, a maior parte dos estudos sobre respostas sociais em relação à AIDS se concentrava nos registros iniciais da doença, contemplando grupos de prostitutas, homossexuais e usuárias(os) de drogas injetáveis. Desse modo, o autor contribui para colocar em cena novos atores sociais no perfil epidemiológico da AIDS. A própria evolução histórica da doença demonstra que várias pesquisas foram realizadas, atendo-se a questões referentes à prevenção, formas de disseminação e sua incidência em grupos até então denominados de risco. O surgimento da AIDS entre heterossexuais direcionou as pesquisas enfatizando a vulnerabilidade de outros grupos como o de mulheres com companheiro fixo.

Smeltzer e Bare (2002, p. 1313) afirmam que as pessoas com AIDS estão em risco de dupla estigmatização. Elas possuem uma doença “temida”, assim denominada pela sociedade, podendo ter um estilo de vida diferente do que é considerado aceitável por muitas(os) pessoas cientes de serem portadoras(es) do vírus HIV, recusam-se a compartilhar esta informação pelo medo da discriminação e

do preconceito que as pessoas têm em relação à doença. Assim, omitem seu estado clínico, colocando em risco parceiras(os) sexuais, ou até mesmo em companheiras(os) usuárias(os) de drogas injetáveis (UDI) ao compartilharem seringas.

Parker *et al.* (1994) também desenvolveram estudos no que tange à percepção do risco de transmissão do vírus do HIV entre homo e bissexuais masculinos no Rio de Janeiro. Em relação ao conhecimento preventivo das práticas sexuais seguras, os autores apontam que houve algumas mudanças positivas em relação a AIDS/HIV, mas advertem para a limitação destas mudanças, enfatizando a necessidade de implementação de programas educativos direcionados, especialmente, a estes grupos em todo o Brasil.

Bastos (1996) enfatiza a relação do uso de drogas com a AIDS no Brasil. Faz referências a programas de orientação para usuárias(os) quanto aos riscos de contaminação e conclui que há ineficiência nas estratégias adotadas nesses programas. Para o autor, a ênfase na repreensão à(ao) usuária(o) deve ser substituída pela redução de danos, a qual constitui um caminho para o enfrentamento dessa forma de disseminação da doença.

Silva (2002a) realizou pesquisa sobre fidelidade e prevenção das DSTs/AIDS em homens casados. Em relação ao contexto da epidemia, a fidelidade foi por eles conceituada como “respeito à parceira”, pois com as esposas as relações sexuais não apresentavam perigo à saúde, são puras e saudáveis. Com elas preservativo só se justifica como método contraceptivo. Assim, o uso da camisinha limitou-se às relações extraconjugais, sendo associado ao risco de infecção.

Várias pesquisas foram realizadas relacionando a mulher no contexto das DSTs/AIDS; estas revelaram aspectos sociais e culturais da realidade feminina. Brum (2004) relata que a incidência de contaminação pelo vírus do HIV aumentou em mulheres devido à confiança na fidelidade conjugal. Na maioria das vezes, a prevenção e o uso de preservativos somente ocorre depois de descoberta à infidelidade.

Estudos realizados por Sprinze e Finkelsztejn (1999) também mostraram que para os seres humanos se contaminarem com o vírus HIV, bastaria estarem expostos a situações de risco, como, por exemplo, a variação de parceiras(os) sexuais ou uso de drogas injetáveis com o compartilhamento das seringas.

Atualmente, com a feminização e heterossexualização da doença evidencia-se um número crescente de mulheres infectadas, acarretando aumento da transmissão vertical, ou seja, da mãe à criança. Nesse caso, nenhum comportamento foi adotado pela criança, por isso, passou-se a enfatizar as *situações de risco*, entendidas como “oportunidades” de contaminação pelo vírus HIV (BRASIL, 2000a).

Suárez (1995) destaca a importância de se desconstruir a naturalização de alguns conceitos, principalmente os relacionados à doença e passar a concebê-los como realidade constituída. A doença continua sendo pensada pelas clínicas como uma entidade “natural”, com existência própria e sem histórias, situada à margem da sociedade e da cultura. Essa forma “natural” de olhar os dados epidemiológicos que expressavam a doença AIDS submetia cada vez mais a população feminina a uma maior vulnerabilidade, visto que não havia investimento pessoal, nem institucional ou governamental, na prevenção e nas formas mais ágeis de diagnóstico ou tratamento da AIDS em mulheres.

Conforme Marques (2003), as primeiras ações educativas em relação à AIDS aconteceram em São Paulo. Seu pioneirismo na história política da AIDS, no Brasil, deve-se ao aparecimento dos primeiros casos da doença, naquele Estado. Pouco a pouco, foram sendo implantados nos demais estados brasileiros programas de prevenção das DST/AIDS, seguindo o modelo adotado em São Paulo.

Pesquisas realizadas por Aldana (1992) sugeriram, naquele momento, que para educar, as campanhas, ao serem construídas, devem traçar suas medidas preventivas, a partir dos resultados de investigações sobre a sexualidade. Lembra a mesma autora, que, para poderem subsidiar as orientações a serem vinculadas, deverão procurar conhecer hábitos e as práticas sexuais de mulheres e homens de todas as preferências sexuais.

Em relação à prática do cuidado de profissionais de saúde a pacientes com AIDS, Silva (2002b) afirma que está permeada por fatores que se limitam à assistência multiprofissional. Entre eles, cita a reprodução histórica da estrutura e organização dos serviços de saúde que, centradas apenas no cuidar técnico, desencadeia uma assistência fragmentada às(aos) usuárias(os). Para reverter esse quadro, a autora aponta a necessidade da valorização do diálogo tanto entre a própria equipe, quanto desta para com as(os) usuárias(os) do sistema de saúde.

Para ela, essa seria uma forma de otimizar a assistência no aconselhamento e na escuta, propiciando à(ao) paciente ser um agente de sua saúde.

2.2 ADOLESCÊNCIA, FAMÍLIA, SEXUALIDADE E GÊNERO

2.2.1 Adolescência

A palavra “adolescência” etimologicamente advém “do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) significando a condição ou processo de crescimento”. Sendo a adolescência um processo psico-social, ela estará na dependência dos aspectos sociais, econômicos e culturais da sociedade em que a(o) adolescente se desenvolve (OUTEIRAL, 2003, p. 3). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990) considera adolescente a pessoa com idade entre doze e dezoito anos.

Conforme Trindade e Bruns (2003, p. 22), a adolescência é um “período do desenvolvimento humano que se insere entre a infância e a fase adulta”. Seu surgimento como conceito ocorreu no século XIII devido às transformações ocorridas no âmbito familiar, em decorrência da ascensão da burguesia.

Segundo Tiba (2005, p. 34) a adolescência é entendida como um “período de desenvolvimento psico-social”, onde muitas vezes ela(ele) se afasta da família para introduzir-se em outros grupos sociais. O autor enfatiza que a adolescência envolve a puberdade, mas refere que esta é um amadurecimento muito mais biológico e a adolescência, um desenvolvimento bio-psico-social.

Outeiral (2003, p. 3), ao abordar questões que envolvem puberdade, menciona que existe certa confusão entre os termos adolescência e puberdade. As particularidades da puberdade referem-se ao processo biológico, o qual inicia entre nove e quatorze anos de idade, caracterizado pelo surgimento das atividades hormonais que desencadeiam os chamados “caracteres sexuais secundários”.

Geralmente a puberdade masculina ocorre entre os onze e doze anos de idade, sendo que neste período surgem os primeiros pêlos pubianos, aumento da massa corpórea, crescimento peniano e testicular. Na menina, esta fase inicia-se aos dez e onze anos de idade, com crescimento do broto mamário e aparecimento

dos pêlos pubianos, os quais vão aumentando paralelamente com o seu crescimento (BRASIL, 2001).

Conforme Zagury (1996), as mudanças corporais que ocorrem na adolescência são universais, enquanto que as psicológicas variam de cultura para cultura, entre grupos e até entre indivíduos do mesmo grupo. Ainda para esse autor, a característica mais visível na adolescência é o acentuado desenvolvimento físico, embora ocorram transformações internas e mudanças marcantes no campo intelectual e afetivo.

Outra mudança é o amadurecimento sexual, devido à grande atividade hormonal que conduzirá à capacitação reprodutiva. Paralelo ao desenvolvimento físico ocorre modificações também em nível social, visto que a(o) adolescente adquire características do grupo de referência para realizar um jogo de identificação, podendo conquistar estabilidade, o que até então obtinha apenas no grupo familiar (ZAGURY, 1996).

A adolescência também pode ser entendida como uma “trajetória do ser em transição” em processo de desenvolvimento, vivenciada de maneiras diferentes em cada sociedade, em todas as famílias, sendo até mesmo singulares a cada indivíduo (LEAL, SAITO, 2002).

A partir disso, pode-se afirmar que a adolescência é uma fase da vida caracterizada por mudanças e o desenvolvimento ocorre rapidamente, ou seja, em um curto período de tempo, o que dá certa preocupação em relação às conseqüências do comportamento de adolescentes.

Ramos (2001) enfatiza que, na adolescência as marcas sociais fundam-se com a história familiar e à socialização, presentes nas relações de igualdades ou desigualdades, vividas em torno do gênero, da classe social, da etnia e dos preceitos de moralidade. Para a autora, estes elementos dão contorno à subjetividade humana.

Para Trindade e Bruns (2003), a(o) adolescente passa por fases de transição caracterizadas por uns momentos que o aproximam do mundo adulto e outros que remetem suas ações, ainda ao mundo infantil. Assim, existe ambigüidade na forma com que a sociedade lida com a(o) adolescente, ora havendo tarefas para as quais já é considerado adulta(o), como votar, por exemplo, e outras com tarefas para as quais é considerada(o) criança, como o caso do exercício da sexualidade.

As autoras argumentam, ainda, que, para a(o) adolescente construir a

identidade sexual plena, necessita questionar os valores construídos ao longo da sua infância, e decidir se pretende estabelecer sua vida nos parâmetros recebidos ou se irá à direção de novos modelos e valores da atualidade. Para tanto, é necessário que os pais e mães dialoguem com filhas(os) adolescentes, saibam compreender seus momentos de alegrias, tristezas, medos, certezas e incertezas bem como esclareçam suas dúvidas.

Neste sentido, Boehs (1994) refere que na relação da(o) adolescente com sua família, é fundamental possibilitar à(ao) jovem falar, questionar e esclarecer as suas dúvidas e curiosidades, bem como se posicionar sobre o que pensa. Neste momento, é importante que genitoras(es) mostrem-se disponíveis tanto para escutar, quanto para expressar suas concepções e estabelecer limites.

Também na adolescência ocorrem mudanças na maneira de pensar, de agir, no modo de ser. Tais alterações ocorrem de “dentro para fora”. As(os) adolescentes, neste período, objetivam alcançar a independência e autonomia, ora preferem ficar sozinhas(os) em casa ora procuram ficar com amigas(os) da mesma idade (TIBA, 2005, p. 42).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), para um entendimento universal sobre a idade considerada da adolescência, estabeleceu a faixa etária de dez a dezenove anos. O crescimento, característico desta fase, está na dependência de fatores hereditários, neuro-endócrinos e ambientais como: nutrição, psico-emocionais, ecológicos, culturais e sociais, que interação, inclusive dos ambientais sobre os neuro-endócrinos e mesmo sobre os genéticos (CARVALHO; CARVALHO, 1996).

Segundo o mesmo autor, a(o) adolescente, em sua passagem de criança para a idade adulta, sofre transformações que atingem seu corpo em todas as partes, algumas das quais chamam mais a atenção, provocando estado de expectativa, surpresa, satisfação, angústia, insegurança e até sofrimento profundo.

A adolescência pode ser marcada por várias características. É uma fase de aumento das responsabilidades sociais e familiares, podendo-se considerar como período de grandes aprendizados de normas sociais e morais. É uma fase de mudanças biológicas e hormonais que proporcionam dúvidas, inquietação e mudanças no comportamento em relação às(aos) amigas(os) e à família (BAPTISTA, BAPTISTA, DIAS, 2001).

Outras peculiaridades desta fase é a aquisição de individualidade, independência dos pais, mães e da família, além do estabelecimento de relações com indivíduos de mesma idade, egocentrismo e preparação para a carreira profissional.

Segundo Gonzales-Forteza e Palos (1993), as novas relações sociais, que ocorrem principalmente na fase da adolescência, como as amizades, demandam reacomodações no estado emocional da(o) adolescente.

Todavia, percebe-se que algumas(alguns) jovens demonstram, em suas atitudes o reflexo da vivência familiar; observando-se certa rebeldia nos seus atos e no relacionamento com as pessoas. Por consequência, reproduzem o silêncio que é evidenciado em sua comunicação não aberta com familiares. Considerando a importância e a influência da relação familiar nessa fase da vida, a seguir será abordada a questão da família no relacionamento com a(o) adolescente.

2.2.2 Família

A população e a família brasileira têm passado por muitas transformações, acompanhando os acontecimentos históricos, econômicos, sociais e demográficos do último século. Mais precisamente, nas últimas décadas diversas mudanças foram observadas nas condições de reprodução da população; na diminuição da fecundidade e mortalidade; no aumento da esperança de vida ao nascer, proporcionado por melhores condições de vida e saúde; nos padrões de relacionamento entre membros da família; no papel da mulher dentro e fora do espaço doméstico; no aumento de uniões consensuais (IBGE, 2003b).

Buscar uma definição de família não é tarefa fácil, porém todos têm como referência em sua vida alguma relação familiar, ficando subtendido que qualquer indivíduo a conceitua, visto que a associação imediata é com um grupo de pessoas aparentadas.

Historicamente, o termo família origina-se do latim “famulus” que, segundo Ferreira (2004, p. 871) apresenta vários significados como: “1. Pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e

os filhos. 2. Pessoas unidas por laços de parentesco, pelo mesmo sangue ou por aliança [...]. 3. Ascendência, linhagem, estirpe”.

Conforme Papp (1992), a família pode ser vista como junção de crenças, trazidas por genitoras(es), que formam premissas, diretrizes e regras que vão guiar às crianças ou as(os) adolescentes.

De acordo com o ECA (BRASIL, 1990, p. 01):

Art 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Para a compreensão das vivências e relações familiares deve se considerar a cultura familiar, definida por Elsen (2002) como um conjunto próprio de símbolos, significados, saberes e práticas, que se configura na dinâmica das relações internas e externas à família e que determina seu modo de funcionamento e a maneira como a família desenvolve suas experiências e interações com o mundo externo. Para a autora o cuidado familiar pode ser reconhecido por vários atributos, dentre os quais a autora salienta cinco: a presença, a promoção da vida e bem-estar, a proteção, a inclusão e a orientação para a vida.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988), o conceito de família foi ampliado, passando a ser intitulada base da sociedade e definida como a união estável entre homem e mulher ou qualquer um dos elementos do casal e seus descendentes.

Neste novo conceito, Goldani (1994) observa que, ao se enfatizar a necessidade de proteção aos dependentes – crianças, jovens e velhas(os) – a Constituição Brasileira reconhece o poder assimétrico entre os membros da família.

Correia (2005) afirma que, no modelo familiar patriarcal, socialmente, o homem detinha maior importância na família em relação à mulher devido a sua acumulação de riquezas (bens materiais). Este fato deu a ele o poder de direção da casa, quando todos eram suas(seus) subordinadas(os). À mãe cabia a responsabilidade pelos serviços domésticos, sendo considerada mero instrumento de reprodução para seu marido, ao qual devia obediência.

Segundo Castells (1999) a principal transformação que está ocorrendo na família é o fim do patriarcalismo, o qual se caracterizava pela autoridade do homem sobre mulher e filhas(os) no âmbito familiar. Este sistema, segundo o autor, está

enraizado na civilização, em razão da sua perpetuação histórica e cultural, determinando também relacionamentos interpessoais que ultrapassam os limites da família. Um dos principais fatores, na perspectiva de Castells (1999), que determinou essa mudança é a inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Um suporte familiar não depende exclusivamente da estrutura da família, ou seja, culturalmente dita como sendo ideal pai, mãe e irmãs(ãos) morando na mesma casa e com funções pré-definidas (BATISTA, BATISTA e DIAS, 2001).

Para Louro (1998, p.133), socialmente o modelo de família aceito e entendido como “normal” é a família nuclear constituída por mãe, pai, filhas(os):

Essa forma de organização social é na verdade, mais do que normal, ela é tomada como *natural*. Processa-se uma naturalização - tanto da família como da heterossexualidade - que significa, por sua vez, representar como não natural, como anormal ou desviante todos os arranjos familiares e todas as outras formas de exercer a sexualidade (LOURO, 1998, p.133-134).

Wagner (2002) referencia a família como a instituição social mais antiga, fundada na própria natureza do homem e como tal, varia de uma cultura para outra. A estrutura familiar mais conhecida e valorizada de nossos dias é composta de pai, mãe e filhas(os) chamada “nuclear”, “normal”, entre outras definições.

Os modelos familiares foram sendo remodelados com a evolução dos anos. Neste sentido, Outeiral (2003), expressa que a sociedade atual sofre intensas e profundas transformações nos níveis econômicos, cultural e de valores, entre outros, sendo que neste contexto, o grupo familiar, acompanha tais mudanças.

Segundo Fonseca (2002), não há um modelo homogêneo e hegemônico quando se busca compreender as formas familiares predominantes na sociedade atual. De acordo com a autora, o modelo atual é uma extensão do ideal de família preconizado na modernidade, que enfatiza o amor romântico, o matrimônio ideal e o afeto como base da vida familiar. Na medida em que esses valores foram se incorporando à vida conjugal, as relações tornaram-se abertas à negociação, permitindo a legitimação de formas familiares outrora não aceitas socialmente. Como exemplo, pode-se citar a de parceiras(os) do mesmo sexo, as quais ganharam um espaço importante nesse novo contexto, em que a afeição é a verdadeira base do relacionamento.

Outro aspecto comentado pela autora é o aumento do número de crianças nascidas fora do casamento, aspecto que estabeleceu uma desconexão entre

elementos que historicamente eram interligados: casal, casamento e família. Ela acrescenta ainda que, se antes a tradição era transmitida sob a forma de valores familiares, de uma geração para outra, caracterizando a importância do passado e a concepção de indissolubilidade da família, com ênfase na consangüinidade; já nas relações sociais contemporâneas a ênfase está no presente, no bem-estar do momento, não importando a indissolubilidade ou o passado.

A vida familiar modificou-se para todos os segmentos da população brasileira, sendo um fenômeno marcante que as estatísticas, desde o primeiro Censo, realizado em 1872, até o atual, realizado em 2000, vêm demonstrando e destacando o caminho percorrido pela família (IBGE, 2003a).

Segundo Pinto *et al* (2003), no ano de 2000, os lares ocupados por uma pessoa sozinha aumentaram 64%. Os divórcios triplicaram. O número de casamentos legais diminuiu 12%. O número de mulheres que criam filhas(os) sozinhas cresceu 53%. Muitas famílias brasileiras já não seguem o modelo tradicional de pai, mãe e filhas(os) de um único casamento. O número de famílias em que o pai ou a mãe está ausente é de 19,4%. Um em cada quatro domicílios tem três gerações morando juntas.

Enquanto o número de casais em união civil e religiosa, entre 1980 e 2000, declinou, passando de 63,9% em 1980, para 58,3% em 1991 e para 49,4% em 2000, o número de uniões consensuais, no mesmo período aumentou consideravelmente, passando de 11,7% em 1980, para 18,5% em 1991 e para 28,6% em 2000. Por outro lado, nos quatro últimos anos censitários o número de pessoas morando sozinhas aumentou na seguinte proporção: 4,9% (1970), 5,8% (1980), 6,5% (1991) e 8,6% (2000) (PINTO *et al*, 2003).

Por sua vez, Silva (2003, p.56) afirma que a construção familiar ocorre num compasso determinado por etapas de vivências coletivas seqüenciais, como nascimento, crescimento, adoecimento e morte, com “o tempo dos sujeitos saírem de uma família e formarem outra, ou não”. A partir da afirmação da autora, pode-se pressupor que os seres humanos ao constituírem uma família, passam a seus descendentes os valores, costumes e crenças advindas de seus antepassados.

Para Tiba (2005), a família atual tem diferentes constituições, não comendo somente pessoas unidas pelo mesmo sangue, com o poder maior no pai. Segundo ele:

A família hoje é um núcleo afetivo, socioeconômico, cultural e funcional num espírito de equipe no qual convivem os filhos, meios-filhos, filhos postiços, pais tradicionais-revolucionários-separados-recasados, o novo companheiro da mãe e/ou a nova companheira do pai (TIBA, 2005, p.147).

Cervený *et al* (1997) descrevem um novo módulo familiar, que frente às transformações sociais e culturais processadas nas últimas décadas passou a se reacomodar das mais diversas maneiras, enquanto grupo, para conviver sob o mesmo teto. A família deixou de ser única para ser múltipla. Neste sentido, a tradicional forma da família, que se constitui de pais, mães e filhas(os), morando na mesma casa, deixou de ser modelo único, possibilitando espaços para os padrões multifacetados que compreendem diferentes organizações familiares e novas formas de funcionamento do sistema familiar nuclear.

Para Ferrari e Kaloustian (1994), a família desempenha papel decisivo na educação formal e informal. Em seu espaço são absorvidos os valores éticos e humanitários, aprofundam-se os laços de solidariedade, constroem-se as marcas entre as gerações e são observados valores culturais. É na família que os indivíduos se relacionam e trocam experiências, visto que ela é, ao mesmo tempo, um espaço de conflito cooperativo e um espaço determinante de bem-estar através da distribuição de recursos, passando muitas vezes a refletir diretamente dúvidas, aspirações e questões pessoais. Neste grupo, as(os) filhas(os) e demais membros encontram espaço que lhes garante a sobrevivência, desenvolvimento, bem-estar e proteção integral, por meio de aportes afetivos e, sobretudo, materiais.

A sociedade familiar é o principal grupo de referências do desenvolvimento da personalidade da(do) adolescente. É nela que ela(ele) cresce e se desenvolve. Aos pais e mães cabe a responsabilidade de educar as(os) filhas(os) para sua adaptação na sociedade, pelo aprendizado da construção de regras saudáveis de conduta junto às(aos) mesmas(os). À(ao) adolescente cabe o dever de compreender as(os) genitoras(es), seus valores, aprendendo com elas(es) e introduzindo saberes próprios de sua geração, a fim de estabelecer um equilíbrio familiar entre elas(eles). (CARVALHO; CARVALHO, 1996).

Porém, Sprovieri (2001) aborda as transformações ocorridas durante o processo de desenvolvimento das(os) filhas(os), referindo que a adolescência também significa uma fase de perda, pois a sua criança transforma-se em uma(um) adulta(o) jovem. Neste contexto, emergem momentos de reflexão das ações de

mães, pais e filhas(os) na instituição familiar, sendo necessário reorganizarem os papéis e construir novas regras em seu cotidiano da convivência familiar.

Tiba (2005) salienta que, se antes a família funcionava em sistema patriarcal, hoje ela precisa atuar como uma equipe, não importando o seu tipo de constituição. Entretanto, a família deve ser flexível o bastante para proporcionar o desenvolvimento necessário, de acordo com as mudanças que ocorrem com as(os) filhas(os), principalmente na passagem da fase da infância para a adolescência.

2.2.3 Sexualidade e gênero

A sexualidade, segundo Outeiral (2003, p. 15) provavelmente se constitui um dos assuntos mais “importantes e mais difíceis de ser abordado, tanto para o próprio adolescente quanto para os próprios pais”.

Para Egypto (2003), a sexualidade está presente na vida de todo ser humano do nascimento à morte, o autor esclarece melhor referindo que:

A sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. Sexualidade não é um sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais do que isso, é a energia que motiva encontrar, o amor o contato e a intimidade e se expressa na forma de sentir, na forma de as pessoas tocarem e serem tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto na saúde física como a mental. Se a saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada como um direito humano básico (OMS, 1975 *apud* EGYPTO 2003, p. 15-16).

A partir disso, pode-se afirmar que ela acompanha o ser humano, cotidianamente, na maneira de vestir, de pensar, de agir e de relacionar-se com as pessoas. As vivências de cada pessoa vão moldando a visão sobre sexualidade, socializando conhecimentos num processo de educação sexual (SUPLICY *et al*, 2000).

A sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, onde socialmente os corpos ganham sentido com a inscrição de gênero masculino e feminino, determinados pela cultura (LOURO, 2000).

A autora diz que as formas de expressão da sexualidade, ou seja, de

manifestação dos desejos e prazeres são estabelecidos e codificados socialmente. Assim, as identidades de gênero e sexuais são “compostas e definidas por relações sociais e são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade” (LOURO, 2000, p. 62).

Dias e Gomes (1999) referem que mães e pais, consideram a AIDS, um fenômeno contemporâneo importante, que contribui para ampliar o diálogo com os filhas(os) sobre sexualidade, porém está cerceado de restrições ao comportamento sexual.

Trindade e Bruns (2003) relatam que a sexualidade, embora envolva genitalidade e reprodução, não se limita a esta prática somente, pois envolve todo o corpo. Nesse sentido, salientam que ela é intensificada na fase da adolescência por ser confundida como “prazer genital”. Em relação às experiências sexuais de adolescentes, há uma preocupação, pois são percebidas desde a infância de forma preconceituosa, o que desencadeia uma dificuldade em abordar este assunto. Como consequência, a atividade sexual de jovens fica vinculada à possibilidade de gravidez e de DSTs/AIDS.

As(Os) adolescentes, ao vivenciarem seus relacionamentos amorosos, freqüentemente utilizam expressões do tipo, “eu estou ficando com alguém” e enfatizam o seu “eu” descompromissado no envolvimento afetivo com seu parceira(o). Nestas situações, os valores de liberdade, autonomia e prazer pessoal ganham ênfase em seu processo de viver.

Tiba (2005, p.76-77) coloca que na “era do ficar” das(os) adolescentes, deve-se estar atentos, pois seu desenvolvimento psicológico e social leva muito mais tempo que o biológico. Assim, as(os) ficantes podem ser atropeladas(os) pelo biológico. O autor enfatiza que até para ficar a(o) adolescente precisa ter preparo e cuidado para não engravidar.

Jesus (2000) considera a família uma estrutura social ideal para que seus membros em crescimento e desenvolvimento se eduquem no que se refere à sexualidade. No entanto, acredita-se que a família deve estar aberta ao diálogo com as(os) adolescentes, descobrindo com elas(eles) sua sexualidade, orientando-as(os) e educando-as(os) tanto para o planejamento de sua futura família quanto para a prevenção das DSTs/AIDS, enfim, educando-as(os) para a vida.

Em consonância, Martins e Alves (2003), ao realizarem estudos sobre família e AIDS, afirmam que pais e mães não podem mais fingir que não “vêem” questões

referentes à sexualidade da(o) adolescente.

Outra dimensão dessa problemática é investigada por Oliveira (1998) que aborda a pobreza e a exclusão social de adolescentes. Para o autor, tais situações propiciam a busca de formas alternativas de sobrevivência, muitas vezes por caminhos que as(os) levam à prostituição.

O autor ressalta, ainda, que este fato pode ocorrer devido à violência doméstica, a qual provoca desentendimento afetivo nas relações familiares e acrescenta que, das relações violentas emergem conseqüências como a falta de diálogo, a submissão a parceiras(os) sexuais com a dispensa do uso de preservativo, fragilizando a saúde de adolescentes. A situação mostra-se mais agravada nos grandes centros urbanos. Pesquisa realizada em três unidades educacionais da Fundação Educacional de Bem-Estar do Menor (FEBEM), no complexo do Tatuapé revela que dos 275 jovens internos,

90% residiam com famílias antes da internação; todos já haviam estudado [...] em escolas públicas, ainda que 61% já houvessem abandonado os estudos; 12% já haviam usado drogas, e 5,5% eram usuários de drogas intravenosas. A maioria (98%) era sexualmente ativa; 35% haviam tido mais de 15 parceiras (os) sexuais ao longo da vida; 8% haviam tido experiências homossexuais (dentro ou fora da Febem); 12% já haviam trocado sexo por benefícios materiais; e 22% já eram pais. Muitos adolescentes afirmaram que adquirir o HIV 'é parte da vida' e que suas vidas apresentam riscos piores como sobreviver com a criminalidade. Acreditam que o preservativo é frágil (83%) e atrapalha a relação sexual (58%), 72% já haviam utilizado preservativo, mas apenas 9% utilizam sempre (PERES *et al.*, 2002, p. 76).

Simon e Silva (2002), ao investigarem percepções sobre a AIDS, no desenvolvimento do Programa DSTs/AIDS, com prostituição juvenil, enfatizam que as(os) profissionais de saúde devem (re)pensar os conteúdos das informações acerca da prevenção destas doenças. Os autores afirmam que inicialmente deve-se oportunizar espaços para as(os) adolescentes exporem suas idéias, dúvidas e anseios, de forma que as orientações prestadas por profissionais centralizem a realidade das(os) adolescentes, em seus valores e crenças para a prevenção da doença.

Azevedo *et al.* (2004) afirmam que a escola vem assumindo, cada vez mais, a educação das novas gerações. Por outro lado, não há dúvida de que as(os) primeiras(os) educadoras(es) da sexualidade deveriam ser as(os) próprias(os) genitoras(es), pois a elas(es) compete a maior parcela de responsabilidade na formação das(os) filhas(os). Entretanto, frente às dificuldades, principalmente de

cunho cultural, eximem-se dela.

O autor propõe ainda como desafio, capacitar as(os)docentes para a realização deste trabalho, pois, segundo ele, precisam estar informadas(os), prontas(os) e conscientes da importância de sua atuação na área da sexualidade. O reconhecimento, por parte de pais, mães e docentes, de que a educação sexual é indispensável na formação integral do indivíduo fez com que fossem implantados os Parâmetros Curriculares Nacionais nas escolas, sendo a Orientação Sexual um dos temas transversais.

Neste contexto é preciso proporcionar espaços às(aos) adolescentes para discutirem dúvidas, curiosidades e anseios, bem como ampliem seus conhecimentos, pela informação, nos assuntos que permeiam o desenvolvimento de sua sexualidade. Existem duas formas de educar a(o) adolescente acerca de sua sexualidade, sendo a primeira pela educação sexual e a segunda através da orientação sexual.

A educação sexual é entendida como “[...] processo de vida que permite ao indivíduo modificar, reciclar ou não, e só termina com a morte” (SUPLICY *et al.* 2000, p. 8). Com esta afirmação da autora, pode-se constatar que a educação sexual inclui todo o processo informal sendo aprendida ao longo da vida, com a família, igrejas, religião, livros, mídia e comunidade, que “[...] permite incorporar valores, símbolos, preconceitos e ideologias” (SUPLICY *et al.*, 2000, p. 7-8).

Para Furlani (2003), na educação sexual deve-se considerar a sexualidade como aspecto essencial do ser humano, a qual deve estar presente em todas as fases de sua vida.

Já a orientação sexual acontece em instituições como escolas, centros de saúde, devendo ser realizada por educadoras(es) ou outra(o) profissional capacitada(o), podendo ser entendida como um “processo formal e sistematizado que se propõem a preencher lacunas da informação, erradicar tabus e preconceitos e abre discussão sobre as emoções e valores que impedem o uso dos conhecimentos”. Desta forma, a orientação sexual propicia uma visão ampla, profunda e diversificada acerca da sexualidade (SUPLICY *et al.*, 2000, p. 8).

Conforme Zagury (1996), as(os) genitoras(es) consideram difícil conversar com as(os) filhas(os), porque estes parecem estar sempre em oposição a tudo que se diz, preferindo conversar com amigas(os). Nem sempre a família está preparada para orientar uma(um) filha(o) adolescente, por estar habituada a dirigir as atitudes e

comportamentos da criança, sendo que pais e mães se sentem perdidas(os) com as críticas, reivindicações e com a eclosão da sexualidade e, falar em educação sexual torna-se bem mais complicado.

Ainda que pais, mães, educadoras(es) não falem sobre as temáticas que permeiam a sexualidade de adolescentes, estarão educando sexualmente. Nesse caso passam à mensagem de que sexo é um assunto não contemplado para trocas de saberes, pois constitui assunto proibido. Desta forma, inibem, repreendem e impossibilitam a(o) jovem falar acerca das dúvidas e anseios surgidos no decorrer da adolescência. Egypto (2003) apregoa que quando não se fala sobre sexo, se está educando sexualmente por meio da opressão e omissão.

Saito (1996) refere que sexualidade é tema pouco discutido no meio familiar, segundo a autora é fundamental na educação sexual as reflexões sobre o assunto em todos os segmentos da sociedade.

A família desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros. Há um geral reconhecimento, hoje em dia, de que ela está no centro das funções de cuidado. Uma grande parte do cuidado acontece no lar. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos diferentes membros da família. É no seu contexto social que se salvaguarda a saúde e se lida com as doenças.

Há um geral reconhecimento, hoje em dia, de que a sexualidade está no centro das funções de cuidado que deveria ser realizado nos lares. A vida quotidiana doméstica é caracterizada pelo atendimento às necessidades físicas e psicológicas dos componentes da família. É no seu contexto social que se salvaguarda a saúde, convive com doenças, e se estabelece o fundamento do cuidado comunitário.

Assim, a(o) adolescente acolhida(o) e educada(o) no seio familiar, terá subsídios para vivenciar sua sexualidade. A educação sexual na família deve ser considerada como elemento-chave para direcionar a(o) adolescente para autocuidado, promoção de saúde e prevenção de doenças, inclusive das DSTs/AIDS em seu presente e futuro.

A sexualidade está intimamente articulada com gênero. Conforme Louro (2000), faz-se necessário realizar a distinção de ambos os conceitos. Para a autora, o termo sexualidade é utilizado para referir as formas pelas quais as pessoas vivem seus desejos e prazeres sexuais. Ao conceituar sexualidade, a autora complementa dizendo que as identidades sexuais, neste processo, relacionam-se com uma

diversidade de formas e possibilidades de parcerias que os sujeitos inventam e colocam em prática em seus “jogos sexuais”.

Já o conceito de gênero refere-se à distinção caracterizada pela sociedade fundamentada no aspecto identidade do sexo, e às formas de viver a masculinidade e a feminilidade (LOURO, 2000, p. 93). O conceito de gênero está inculcado nas relações familiares, refletindo-se nas ações dos pais, mães, filhas(os). Com esta perspectiva ele revela a dimensão sócio-cultural, contida nas interpretações dos significados e vivências, que permeiam a educação sexual.

Contudo, a construção social das relações de gênero enfatiza a historicidade da instituição familiar como mediadora na construção dessas relações, dadas às condições econômico-sociais de vida (CORREIA, 2005).

Scott (1995) ao conceituar gênero o faz considerando-o um dos fatores constituintes dos movimentos que levam à sociedade diferenciar os sexos, ao mesmo tempo em que dão significado e interagem e legitimam as relações de poder.

Para Mayer (2003), o gênero aponta para a noção de que, ao longo da vida, através das mais diversificadas instituições e práticas sociais os seres humanos constituem-se mulheres e homens, mas ressalta que não se deve simplificar este conceito sobre papéis/funções de feminilidade e de masculinidade. Na verdade ela enfatiza que o gênero deve ter uma abordagem ampla em seu significado e considera,

[...] que as instituições sociais, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis, as doutrinas e as políticas de uma sociedade são constituídas e atravessadas por representações e pressupostos de feminino e de masculino, ao mesmo tempo em que estão centralmente implicadas com a sua produção, manutenção ou ressignificação (MAYER, 2003, p.18).

Considerando o exposto, pode-se afirmar que o gênero e suas diferenciações fazem parte da vida humana, sendo que para modificar a realidade é necessário desconstituir muitos conceitos reafirmados ao longo da história.

Na seqüência deste estudo serão apresentadas e discutidas, a partir da visão de vários autores, as estratégias do PSF (Programa Saúde da Família) com relação à promoção de saúde e prevenção da doença.

2.3 ESTRATÉGIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA INTERFACE COM O PROGRAMA DSTS/AIDS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA

No campo de políticas públicas, destaca-se o setor de saúde com efetivas mudanças, por meio de reformas administrativas e reorientação na forma de assistir a sua população. Dentre as estratégias implementadas, o Programa Saúde da Família (PSF) está sendo apontado como um dos caminhos possíveis para a reorganização das práticas de assistência.

A estratégia PSF incide em uma conjuntura de ações para direcionar a resolução dos problemas, a partir das necessidades da população, na forma de organização do processo de trabalho das unidades, tanto do ponto de vista assistencial quanto administrativo, almejando a qualificação da cobertura e a efetividade da atenção básica de saúde (BRASIL, 2004b).

Embasada em experiências profissionais no PSF, quando se atuou como coordenadora deste programa, no município de Cruz Alta, RS, percebeu-se como fundamental dar ênfase à família nas ações desenvolvidas pelas(os) profissionais de Saúde assistindo-a com enfoque multidisciplinar, realizando visitas domiciliares, conhecendo sua realidade, clareando assim questões relativas à saúde individual e coletiva de seus integrantes.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), aponta o PSF como alternativa para (re)orientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para alcançar esse objetivo, o Programa Saúde da Família precisa:

[...] prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades da população adstrita; - intervir sobre os fatores de risco que a população está exposta; - eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde; - humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e a população; - proporcionar estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais; - contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde e doença, da organização dos serviços e da produção social de saúde; - fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, como expressão da qualidade de vida; - estimular a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2004b, s.p.).

Assim, os objetivos que norteiam o desenvolvimento de ações em saúde nesse programa visam promover mudanças significativas no modelo assistencial, com ênfase à prevenção das doenças e promoção da saúde, embasada nas suas diretrizes, em ações inter e multidisciplinares para melhor auxiliar o indivíduo no desenvolvimento de sua cidadania.

O conjunto de ações em prol da família também é evidenciado na prática das equipes do programa e nas atribuições de vigilância sanitária e epidemiológica. A educação em saúde é direcionada a grupos de gestantes, mães, portadoras(es) de doenças crônicas, idosas(os), planejamento familiar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, infecções respiratórias como a outros grupos acometidos por diferentes agravos à saúde, peculiares à população adstrita do PSF (BRASIL, 2004b).

No PSF a prevenção das DSTs/AIDS se insere em temáticas amplas e complexas, contempladas no programa de Planejamento Familiar, embora em muitos municípios existam programas específicos para estes agravos. Porém, é evidente que a resolutividade das ações é potencializada quando os dois programas trabalham em consonância, integralizando ações aos indivíduos e famílias acometidas por estas doenças, evitando centrar o cuidado apenas nas patologias, mas sim no aspecto psico-social familiar.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), o Programa Nacional de DSTs/AIDS está engajado a qualificar as(os) profissionais para atuarem no sentido de prevenir e tratar essa doença, bem como a promover saúde, objetivando diminuir os números de casos de DSTs/AIDS.

Promover saúde é oportunizar vida de boa qualidade para as pessoas em sua individualidade e para as comunidades (GENTILLE, 2001). A Carta de Ottawa, citada pelo autor, expressa que:

A Promoção de Saúde consiste em propiciar, aos povos, os meios necessários para melhorar a sua saúde, e exercer um maior controle social sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo, deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades, e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente. A saúde percebe, então, como objetivo, senão como fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se, portanto, de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas (GENTILLE, 2001, p. 62).

As ações promotoras de saúde devem, portanto, estar embasadas em

princípios fundamentais como a postura crítica e construtiva em relação às formas de organização e participação nos programas de prevenção das DSTs/AIDS.

Marques (2003) refere que a evolução das políticas públicas de saúde em relação a AIDS/HIV, no Brasil, foi se estruturando pela sua própria história. Os anos de 1970 a 1982 foram caracterizados como a “pré-história da AIDS”, sendo destacados aspectos políticos, sociais e culturais da doença. Neste período, surgiram os primeiros relatos de casos, acarretando o fortalecimento e a intensificação da pressão social por mudanças políticas na reforma sanitária, estabelecendo o marco inicial para a construção das respostas políticas da epidemia.

Já, de 1983 a 1986, a AIDS obteve maior relevância devido ao aumento do número de casos em todos os estados brasileiros. É nesse momento que o governo reconhece a doença como problema de saúde pública, porém não propõe medidas eficazes para seu combate. Nesse período, as forças sociais e políticas articulam-se, pressionando os estados brasileiros a participarem das construções de respostas à AIDS (MARQUES, 2003).

As políticas públicas de HIV/AIDS concentraram-se nos anos de 1987 a 1989, período em que o Programa Nacional da AIDS (PNA) foi realmente instalado. De 1990 a 1992, ocorreram centralizações das ações e idéias do PNA, mudança na coordenação do PNA e grande avanço na luta contra a AIDS no Brasil, através de medidas de distribuição gratuita de medicação para portadoras(es) do HIV (MARQUES, 2003).

A partir de 1993 até os dias de hoje, obteve-se aumento dos recursos mantenedores das ações programáticas para o confronto da HIV/AIDS. Nesse período, as questões econômicas tiveram maior relevância do que os aspectos sociais que norteiam a política nacional contra a AIDS. Contando com recursos financeiros foi possível ampliar a cobertura do programa em relação ao diagnóstico, assistência e tratamento, com a descentralização das atividades em todos os níveis de assistência (Estados e Municípios Brasileiros), almejando a resolutividade no controle da epidemia e sua estabilização. Cabe ressaltar que, em 2003, as ações no combate à doença foram intensificadas com o objetivo de melhorar a sua efetividade e garantir a sustentabilidade em nível nacional (MARQUES, 2003).

Diante da política de controle das DSTs/AIDS, percebe-se que o programa tem ainda, como desafio, a intensificação e a interiorização das ações em

modalidades estaduais, regionais e, por fim, municipais. Os municípios brasileiros desenvolvem “trabalho de ponta”, como costumam chamar, para garantir a universalidade da atenção em saúde.

O Programa Nacional DSTs/AIDS é estruturado e baseado em objetivos que contemplam um universo de ações em saúde, tais como:

Reduzir a morbi-mortalidade pelas doenças sexualmente transmissíveis e pela infecção do HIV; caracterizar espacial e temporalmente a epidemia no Brasil; ampliar o conhecimento da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita; aprofundar o conhecimento sobre outras DSTs, divulgar estratégias de medidas de prevenção, promoção, atenção e controle das DSTs/AIDS, infecção pelo HIV, da sífilis congênita e outras DSTs; capacitar os atores sociais e profissionais de saúde para a disseminação e implementação das informações divulgadas; promover os direitos humanos dos que vivem com HIV/AIDS e outras DSTs e das populações vulneráveis, caracterizando subgrupos populacionais vulneráveis à epidemia de AIDS no território nacional (BRASIL, 2000c, p.15).

Além das ações acima destacadas, também se deve mencionar as que são apresentadas a seguir:

Informar e fortalecer as organizações da sociedade civil no sentido de atender a demanda relacionada aos direitos humanos; ampliar o acesso da população em geral, pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras DSTs, à rede de atenção à saúde qualificada e organizada no SUS através da atenção e prevenção da saúde; ampliar conhecimento científico para promover a divulgação dos resultados de pesquisas científicas e/ou desenvolvimento tecnológico, fomentados pelo Programa Nacional, buscando a efetiva incorporação do conhecimento adquirido e promover divulgação de qualquer conhecimento técnico-científico de área de interesse do plano nacional (BRASIL, 2000c, p.15).

O Plano de Ações e Metas (PAM) do Programa de DSTs/AIDS tem como diretriz fortalecer, implementar e ampliar a institucionalização das ações de prevenção, promoção e assistência às DSTs, HIV e AIDS na rede do SUS, de forma integral e equânime, conforme os princípios do SUS.

O PAM tem como uma das metas a ampliação da cobertura e garantia de acesso no ano de 2006:

- a. aos insumos de prevenção para a população em geral, priorizando as populações sob maior risco e vulnerabilidade;
- b. ao diagnóstico para a população em geral, priorizando gestantes e populações sob maior risco e vulnerabilidade;
- c. universal e gratuito ao tratamento com ARV, para IO e sífilis;
- d. à informação sobre DST e HIV/AIDS para a população em geral;
- e. às ações educativas para crianças e adolescentes nas escolas (BRASIL, 2006a, s/p).

Dentre as ampliações da cobertura do programa, as crianças e adolescentes são contemplados. Neste contexto a escola é tida como meio para ações de prevenção das DSTs/AIDS. Os assuntos mais importantes a serem abordados, conforme o PCN (BRASIL, 1998) precisam incluir as dimensões do corpo, as relações de gênero e a prevenção das DSTs/AIDS.

Neste sentido, educadoras(es) devem estar preparadas(os) para abordar tais temáticas. É fundamental que a(o) professora(or) enfatize as transformações corporais ocorridas na adolescência, bem como as mudanças socialmente estabelecidas e relacionadas à idade e sua repercussão nas relações familiares e sociais. Assim, “o corpo como sede do ser, é uma fonte inesgotável de questões e debates, que vão muito além do que é habitual incluir nos estudos de anatomia e fisiologia” (BRASIL, 1998, p. 321).

Ao abordar as relações de gênero, a(o) educadora(or) deve ter o propósito de combater as relações autoritárias, questionar a rigidez dos padrões de condutas de homens e mulheres e apontar para a sua transformação. O gênero é trabalhado nas diferentes áreas, buscando equidade, respeito pelas diferenças, mostrando o que o homem e a mulher têm de bom, compreendendo a(o) outra(o) e aprendendo com isto a ser uma(um) adolescente aberta(o) e equilibrada(o) (BRASIL, 1998).

As informações e orientações sobre as doenças devem sempre ter o enfoque na promoção da saúde e em condutas preventivas, desmistificando as primeiras campanhas vinculadas pela mídia que tinham como *slogan* “AIDS mata”. A mensagem fundamental a ser trabalhada com as(os) alunas(os) seria de que “A AIDS pode ser prevenida” (BRASIL, 1998, p 326).

Louro (1998, p. 140) refere que atualmente as práticas de orientação sexual estão, freqüentemente, relacionadas à Prevenção da AIDS e salienta que se deve “prestar atenção se o cuidado com a manutenção da saúde não está sendo feito de modo a rodear o exercício da sexualidade com uma aura de perigo e de doença”.

A Educação Sexual da(o) adolescente se molda conforme as relações generificadas da sua família, as quais irão implicar no desenvolvimento da sexualidade e no seu comportamento. A escola, conforme preconizam os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), auxilia os familiares na educação das(dos) filhas(os), orientando questões relativas ao corpo, relações de gênero e prevenção das DSTs/AIDS. Nesta perspectiva, Louro (1998) coloca a existência de divergência entre estudiosas(os) deste assunto devido ao fato de que há aquelas(es)

que negam ser a educação sexual uma missão da escola, fundamentando-se nas implicações e escolhas morais e religiosas, cabendo a função, primordialmente, às famílias.

A autora salienta que a escola, quando silencia sobre temáticas envolvendo a sexualidade da(o) adolescente, supõe que ao não falar destas questões, não entrariam na vivência cotidiana e que esta presunção deve ser desconsiderada, uma vez que temas referentes à sexualidade estão presentes entre adolescentes em suas conversas, nos seus namoros, nas salas de aulas, em falas de professoras e professores.

As feministas estão buscando intervir nas construções das políticas curriculares, introduzindo propostas e colocando a sexualidade também com uma dimensão de prazer, geralmente ignorada nas concepções tradicionais. Reconhecem também ser este um campo privilegiado para significação do indivíduo, tanto homem como mulher, caráter social e cultural do feminino e masculino, avançando das questões biológicas que costumeiramente vêm sendo abordadas (LOURO, 1998).

Egypto (2003) acredita ser fundamental a escola trabalhar sistematicamente a sexualidade, mas ressalta que a família deve direcionar filhas e filhos para o que é certo e não para o errado, depositando em seu seio os valores nos quais ela acredita. A escola, por sua vez, desenvolverá uma outra tarefa, que é de ampliar a conversa e colocar tudo em discussão.

No entanto, evidencia-se que as temáticas envolvidas com a sexualidade de adolescentes devem ter a participação da família, e a escola desempenha a função de auxílio às famílias. A instituição familiar exerce papel primordial na educação sexual das(os) filhas(os), pois segundo o autor os "modelos de sexualidade, as formas de ser homem e de ser mulher, aprende-se nas relações com os pais desde pequenos" (EGYPTO, 2003, p.14).

Assim, acredita-se que o Programa DSTs/AIDS, integrado com as instituições escolares e os demais serviços de saúde como o PSF, terá mais eficiência nas ações voltadas à adolescência, pois contará com atuação multiprofissional, a qual culminará na melhoria da qualidade de vida da(o) adolescente.

3 CAMINHO METODOLÓGICO



FIGURA 1: Design do processo metodológico

A figura 1 representa um resumo dos procedimentos metodológicos utilizados

na realização desta pesquisa. Delineia a trajetória percorrida para a realização desta etapa, e tem o objetivo de melhor detalhar esse processo.

3.1 A ESCOLHA DO MÉTODO

A pesquisa social, conforme Minayo (2000), apresenta uma carga histórica, refletida em uma realidade com preocupações e interesses de classes e grupos determinados. A modalidade estratégica da Pesquisa Social baseia-se nas teorias das ciências sociais, orientando para os problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas, particularmente adequadas para investigações em saúde.

Este estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa, com abordagem qualitativa, direcionada à análise descritivo-exploratória. Segundo Minayo, a investigação tem o objetivo de:

Incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações sociais e às estruturas sociais*, sendo estas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2000, p. 10, grifo da autora).

O método qualitativo na Pesquisa Social busca fazer uma reflexão, aproximando as Ciências Sociais nos aspectos que estão mediando à teoria e a prática, propondo um caminho de pensamento. Assim sendo, é um conjunto de técnicas para se abordar a realidade. Considerando o ser humano e a sociedade, o objeto do conhecimento, na pesquisa social, fazem com que os dados qualitativos permitam a reformulação de teorias, esclarecendo abordagens já formuladas e articuladas anteriormente (MINAYO, 2000).

Os motivos, as aspirações, as atitudes, as crenças e os valores precisam de um referencial de interpretação, não podendo ficar restritos somente à base quantitativa, mas sim, pretendendo-se um aprofundamento da realidade. Traz-se para a análise o subjetivo e o objetivo, os envolvidos na pesquisa e os valores do pesquisador(a), os fatos, a ordem e os conflitos (MINAYO, 2000).

A descrição de uma pesquisa exploratória, segundo Minayo (2000, p. 89) deve: “Compreender a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação

do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração de campo”. Portanto, é construído o conhecimento a partir de outros conhecimentos, de outras fontes, indicando novas dimensões ao objeto de formas diversas.

O envolvimento das(os) atores sociais com as pesquisadoras e os pesquisadores durante a realização da pesquisa social, na busca da investigação qualitativa, está baseado na abertura, flexibilidade, capacidade de observação e interação com os grupos. Isto acontece porque, desde a formação da amostragem observada privilegiou-se sujeitos e números, diversificando esse, desde que satisfaça os objetivos da pesquisa (MINAYO, 2000).

O método qualitativo, segundo Granger (*apud* MINAYO, 2000, p. 133), tem a “necessidade de captar algo dos aspectos subjetivos da realidade social” compreendendo os valores culturais, as relações entre os atores sociais, avaliando a formulação das políticas públicas e sociais, bem como sua aplicação técnica junto aos usuários.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

A pesquisa teve como cenário uma unidade do Programa Saúde da Família no município de Cruz Alta² – RS. Essa unidade do PSF atende a uma população de 3.410 habitantes, sendo que 205 são adolescentes

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram pais ou mães de adolescentes com idades entre doze (12) e dezoito (18) anos, conforme determina o Estatuto da Criança e do

² Cruz Alta localiza-se na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), distante a 336 Km de Porto Alegre (Capital do RS). O clima do Município é subtropical, segundo Classificação de Koppen. Possui 71254 habitantes e sua Área é de **1.360,37 km²** representando **0.5059%** do Estado, **0.2414%** da Região e **0.016%** de todo o território brasileiro. Seu IDH é de **0.825**, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (www.cruzalta.com.br, acessado em 19 de julho de 2006).

Adolescente (BRASIL, 1990).

A escolha das famílias integrantes deste estudo foi efetuada com a colaboração de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois estando em contato direto com a comunidade em suas ações no PSF tinham condições de indicar as famílias que cumpriam os requisitos considerados indispensáveis para integrar a amostra, como a idade da prole e a localização geográfica da residência adstrita ao PSF. Além disso, com o auxílio dos ACS foi possível localizar diferentes modelos de família, entendidas como patriarcal, aquelas em que há um domínio marcante do pai, ainda considerado o “cabeça da família”. Encontrou-se, entrevistados nas seguintes situações: pai ou mãe separadas(os), quando a(o) adolescente é filha(o) de um só membro da família, ou da mãe ou do pai; casados, os que formalizaram a situação conjugal; união familiar estável, aqueles que vivem juntos sem formalizar o estado civil. Essa caracterização está melhor detalhada na figura 2 que descreve os sujeitos da pesquisa.

| N. família | Representante da Família | Idade | Situação conjugal | Escolaridade | n. filhos | Sexo das(os) adolescentes | | Profissão |
|------------|--------------------------|-------|-------------------|--------------|-----------|---------------------------|-------|--------------|
| | | | | | | Fem. | Masc. | |
| 01 | M1* | 42 | Separada | Analfabeta | 3 | 2 | 1 | Do Lar |
| 02 | M2 e P1 | 35 | Casada | Fundamental | 1 | 1 | 0 | Do Lar |
| 03 | M3 | 37 | Separada | Fundamental | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 04 | M4 | 53 | Casada | Fund. Incomp | 2 | 0 | 2 | Do Lar |
| 05 | M5 | 39 | União Est. | Ensino Médio | 2 | 1 | 1 | Diarista |
| 06 | M6 | 44 | Casada | Fund. incomp | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 07 | M7 | 38 | União Est. | Fundamental | 1 | 0 | 1 | Diarista |
| 08 | M8 | 42 | Casada | Superior | 2 | 0 | 2 | Professora |
| 09 | M9 | 45 | Casada | Fundamental | 2 | 2 | 0 | Do Lar |
| 10 | M10 | 50 | Casada | Fund. incomp | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 11 | M11 | 40 | União Est. | Fundamental | 2 | 1 | 1 | Diarista |
| 12 | M12 | 49 | Casada | Fundamental | 3 | 1 | 2 | Do Lar |
| 13 | M13 | 36 | Casada | Ensino Médio | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 14 | M14 e P2 | 41 | Casada | Fundamental | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 15 | M15 | 37 | Casada | Fundamental | 2 | 1 | 1 | Do Lar |
| 16 | P3 | 36 | União Est. | Ensino Médio | 2 | 2 | 0 | Caminhoneiro |

FIGURA 2: Descrição das características familiares das(os) entrevistadas(os)

*M = mãe

**P = pai

3.4 ELABORAÇÃO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

O roteiro é um “instrumento para orientar uma conversa com finalidade, [...] ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (MINAYO, 2000, p. 99). A elaboração de roteiros de entrevista requer conhecimento prévio, do tema a ser pesquisado.

Inicialmente, efetuaram-se inúmeras leituras acerca dessa temática que além de subsidiarem discussões com profissionais que atuam junto a adolescentes e suas famílias bem como com especialistas da área da criança e adolescência, sobre aspectos de reconhecida relevância para serem incluídos no roteiro de coleta de dados. A seguir elaborou-se uma série de perguntas que foram testadas com quatro mães de adolescentes de outra comunidade. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Por meio deste teste percebeu-se que uma das perguntas, de natureza conceitual apresentava um nível de complexidade muito elevado precisando ser excluída, pois além de apenas demonstrar o desconhecimento, estava inibindo as informantes. Efetuaram-se ainda alguns ajustes no roteiro com o intento de torná-lo mais claro e conseqüentemente de fácil compreensão às mães e aos pais de adolescentes.

3.5 COLETA DE DADOS

O roteiro utilizado para entrevista teve como finalidade direcionar os discursos para as vivências de pais e/ou mães na educação sexual de adolescentes, incluindo aspectos referentes à prevenção das DSTs/AIDS.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro previamente elaborado e testado (Apêndice A) com questões que contemplam o objetivo do estudo, acrescido do diário de campo (Apêndice B).

Conforme Minayo (2000), a entrevista é o instrumento de coleta de dados mais privilegiado, no sentido de coletar informações para as ciências sociais. Nela, a fala é entendida como reveladora das condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos. A autora refere, ainda, que a entrevista permite a apreensão das

representações de grupos determinados, em suas próprias condições históricas, sócio-econômicas e culturais.

Para realizar as entrevistas desta pesquisa adotaram-se as recomendações de Bogdan e Bicken (1994) preconizando que nas situações em que o estudo requer entrevistas extensas deve-se usar um gravador. Os autores alertam que as fitas cassetes utilizadas para gravação devem ser de boa qualidade, da mesma forma que os gravadores devem ser testados, para não haver risco de perda de dados, caso o aparelho apresente mau funcionamento.

Neste estudo, as entrevistas foram previamente agendadas com as famílias de adolescentes adstritos no PSF. Para o primeiro contato com as famílias, obteve-se o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde. Neste momento foi esclarecido aos pais e mães sobre o tema a ser investigado, sanadas as eventuais dúvidas e esclarecidas questões éticas, como anonimato entre outras. Nesta ocasião os casais decidiram quem estaria disponível para conceder a entrevista. Antes de cada entrevista, conferiu-se as condições de funcionamento do gravador, bem como a qualidade das pilhas e fitas cassetes.

Na entrevista, Bogdan e Bicken (1994) enfatizam a necessidade de um espaço privado e silencioso que propicie ao sujeito a descontração da fala e da postura do corpo, para o desenvolvimento da conversa. Nesse sentido, procurou-se seguir as recomendações dos autores, utilizando-se locais escolhidos pelas(os) participantes do estudo, sendo que a maioria preferiu realizar na sua própria casa. Somente uma mãe manifestou o desejo de ir até o Monumento Nossa Senhora de Fátima, por ser um lugar calmo e possibilitar maior liberdade de expressão, se comparado a sua casa.

Na pós-entrevista, Bogdan e Bicken (1994) aconselham que a(o) pesquisadora(or) transcreva seus dados, por ser este um momento de apreender e conhecer o conteúdo da entrevista. Assim, foram transcritos na íntegra cada uma delas, considerando-as concluídas quando a transcrição era associada às anotações do diário de campo.

O diário de campo foi utilizado a fim de possibilitar o registro dos acontecimentos de uma forma mais precisa. Os dados observados foram registrados logo após a conclusão da entrevista. O diário de campo tornou-se de fundamental importância para consolidar os dados coletados. Permitiu a descrição dos fenômenos observados com maior precisão de detalhes.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Segundo Minayo (2000), a análise de conteúdo “significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”, sendo que a análise de conteúdo na modalidade temática constitui uma das “formas que melhor se adequam à investigação qualitativa do material sobre Saúde” (MINAYO, 2000, p.199).

Assim, para efetuar a análise de conteúdo na modalidade temática adotou-se, conforme recomenda a autora, as etapas de ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados permitiu obter visão geral do material coletado, a qual teve seu início concomitantemente com a coleta de dados. Nela efetuou-se a transcrição das fitas cassetes, e (re) leitura do material com acompanhamento das gravações. Esse procedimento visou à certificação da fidedignidade das transcrições, já que estas serviram de base para todo o processo de análise. O diário de campo foi lido após a escuta das entrevistas a eles correspondentes. Nessa etapa, grifou-se alguns aspectos que pareciam ser significativos.

Para dimensionar a importância desta etapa, na classificação dos dados, Minayo (2000, p.235) esclarece “que não é o campo que traz o dado”, o dado é “construído” entre as relações teóricas elaboradas para serem dirigidas ao campo e os resultados empíricos obtidos. A autora ainda adverte que, para a classificação dos dados é necessária a execução da leitura flutuante e a constituição de um corpo de conhecimento, que ela designa de *corpus*.

Neste sentido, a leitura flutuante caracterizou-se pelo período de familiarização e compreensão do material empírico coletado. Inicialmente foram realizadas inúmeras leituras de forma desprendida, sem priorizar elemento algum. A leitura flutuante, segundo Minayo (2000, p.235), proporciona “apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema em foco”. Para tanto, as leituras iniciais permitiram encontrar nas entrevistas transcritas categorias empíricas da pesquisa.

Quanto à constituição de *corpus*, operacionalmente, neste processo, realizou-se leitura transversal, em profundidade do material coletado, buscando-se palavras e

frases que contemplassem a temática deste estudo e que apresentassem semelhanças, emergindo a representatividade. Estas resultaram na construção de índices e a classificação e a agregação dos dados em torno de temáticas-chaves que permitiram a escolha de categorias.

As interpretações foram embasadas nos referenciais e nos depoimentos de mães e pais, buscando-se aberturas e possíveis indicativos de caminhos para a compreensão do significado que os dados apontaram como aspectos importantes.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos contidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o qual regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Santa Casa de Rio Grande, RS.

A solicitação para realização da pesquisa no PSF foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Cruz Alta, RS, a qual deferiu o pedido. Na oportunidade, o Gestor Municipal de Saúde realizou assinatura de duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C).

Aos sujeitos participantes da pesquisa foi realizada a explanação com relação aos objetivos, bem como quanto aos aspectos éticos e legais da mesma, sendo enfatizada a liberdade, sem prejuízo, da desistência a qualquer momento, garantindo o anonimato e o acesso aos resultados. Para tanto, foi solicitado a leitura e assinatura de duas vias do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D), o qual ficou uma via em poder do respondente e outra com a mestrandia responsável pela pesquisa. Este documento contempla os aspectos éticos que permearam o estudo realizado.

Para apresentação das falas dos sujeitos utilizou-se a abreviação de MÃE (M) e PAI (P). Essas letras foram seguidas por um número correspondente à ordem da realização da entrevista.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tentativa de apreender, compreender e analisar como as famílias realizam a educação sexual de adolescentes, com vistas na prevenção DST/AIDs, buscou-se compatibilizar os achados com as contribuições da literatura que fundamenta teoricamente o estudo. A seleção bibliográfica teve base na busca de visões, idéias e convicções de autoras(es) que se destacam nos saberes a respeito da Educação Sexual, Gênero, Sexualidade, Adolescência, Família, e Programas governamentais de Saúde e Educação.

Dessa forma, emergiram três categorias norteadoras da análise dos dados, as quais possibilitaram alcançar o objetivo desta investigação:

- a) Desvelando a educação sexual de adolescentes em seu contexto familiar.
- b) Educação sexual de adolescentes: focalizando os temores de pai e mães.
- c) Vislumbrando a articulação entre a prevenção das DSTs/AIDs no contexto familiar com as estratégias governamentais de saúde e educação.

4.1 DESVELANDO A EDUCAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES EM SEU CONTEXTO FAMILIAR

A maioria das famílias foi representada pelas mães, em virtude dos pais afirmarem que não estariam disponíveis para conversar sobre a educação sexual das(os) filhas(os), alegando que a figura materna seria a responsável para desenvolver essa função. Tal afirmação advinda de um pai de família, não causa estranheza, pois, culturalmente, no dia-a-dia se convive com essa modalidade de pensar. Nesse sentido, Mayer (2003) critica a afirmação de que a mulher tem a função natural de cuidar da casa e das(os) filhas(as). Outra estudiosa de gênero enfatiza que o lar, passou a ser entendido como sendo o domínio da mulher devido às virtudes agregadas ao sexo feminino, como, benevolência, paciência, intuição (GOELLNER, 2003).

Tais percepções foram vislumbradas já no primeiro contato com pais e mães de adolescentes. Em um segundo momento, quando se realizou a entrevista

propriamente dita, a maioria das mães mostrou-se tensa, nervosa. Algumas apenas no início da entrevista enquanto outras permaneceram tensas no decorrer de toda a conversa; deixando evidente em suas atitudes, que questões referentes à sexualidade, causavam constrangimentos ao serem verbalizadas. Gestos vislumbrados nas expressões corporais e faciais como, inquietude, movimentação ritmada de membros superiores e inferiores, sudorese, rubor facial, mãos trêmulas associam-se ao conteúdo temático.

Duas famílias participantes deste estudo, no momento do agendamento da entrevista, os pais (sexo masculino) asseguraram que não fariam, mas sim sua esposa. No entanto, no decorrer da conversa com a mãe de uma adolescente o pai se aproximou e começou a falar juntamente com sua esposa. Sua atitude demonstrava o sentido de vigiar/controlar o conteúdo do diálogo. O outro pai também se aproximou no momento da entrevista e demonstrou real interesse em participar. Ambas as famílias tinham características de família patriarcal, as decisões sobre os aspectos educacionais, no entanto são sempre determinadas pela figura materna.

Ao entrevistar os sujeitos sobre educação sexual verificou-se que as(os) genitoras(es), em sua maioria, referem-se a conversas superficiais, exemplificando a partir de suas vivências cotidianas e procurando esclarecer os anseios que envolvem a sexualidade. Pode-se afirmar que ocorrem conversas entre mães, pais, e filhas(os) sobre o assunto, porém não se estabelece uma relação dialógica permeada pela troca de informações, expressão de dúvidas, de certezas, enfim, uma relação que possibilite o desenvolvimento da maturidade numa interatividade saudável em consonância com os princípios educacionais e mesmo à projeção do futuro da(o) adolescente.

Observou-se no decorrer das conversas com as mães que elas procuram no dia-a-dia tratar do assunto educação sexual, mas nem sempre elas percebem que estão educando, esse conceito não perpassa pelo que chamam conselhos. Várias vezes, ao questioná-las sobre o tema, elas se mostraram apreensivas, nervosas, envergonhadas e, conseqüentemente, restritas em suas colocações, conforme se pode constatar no diálogo:

Ah! Porque eu tenho vergonha..., eu não sei falar dessas coisas... Por causa de eu dizer que é da questão da educação sexual, eu não sei falar..., quase nunca falo disso..., nem com meu marido..., a gente tem, mas não fala (silêncio) (M 11 = 1 filha e 1 filho).

Parece que abordar o tema sexualidade nessa família quando acontece não é de forma espontânea, tranqüila, mas sim, permeado de vergonha. Isso compromete a conversa com a prole, deixando claro que a sexualidade não é tema para compartilhar opiniões: cada um deve vivenciar, respeitando a individualidade do outro. Tal constatação não condiz com o que foi lido em Brasil (2002), quando enfatiza que a educação sexual deve estar baseada numa visão abrangente da sexualidade, fundamentada nos princípios da autonomia, dignidade, solidariedade, respeito, tolerância e convivência.

Para outra participante a educação sexual não acontece sob a forma de conversa, porque acredita que com o silêncio, afastará conflitos nos relacionamentos familiares.

Falar de nossa intimidade nem sempre é fácil..., ainda mais este que é um assunto que nas famílias... ele fica escondido..., esquecido..., para não dar dor de cabeça..., trabalho..., incômodo (M 7 = 1 filha).

A partir das expressões verbais de M 3, apresentadas a seguir, percebeu-se que a educação sexual traduz dever e obrigação para com as(os) filhas(os), a prole, enfim, ou seja, o assunto parece ter uma idade “certa” para ser abordado, e o é somente quando necessário, com a intenção de conscientizar acerca das condutas, ou quando questionam:

Bom..., a educação sexual..., quando chega uma idade..., a gente tem que ensinar..., a se prevenir..., se cuidar. Se um dia por acaso acontece alguma coisa..., tão ciente (M3 = 1 filha e 1 filho).

Outra entrevistada mostra que pensa o mesmo que a anterior, no entanto, pode-se constatar que não existe um momento específico, ou uma idade certa para tratar sobre a sexualidade da(o) adolescente. No caso em exame, isso acontece se houver indagação da(o) adolescente:

Eu nunca parei, sentei com eles para conversar exatamente sobre sexualidade... A gente nunca chega a fazer [...] um estudo, uma conversa assim para eles... Mas a gente dá umas dicas..., se eles puxarem o assunto.... Às vezes, eles puxam assunto... e a gente no caso..., não pode fica calado, não é? Tem que falar... (M 4 = 2 filhos).

As dificuldades que pais e mães têm em dialogar sobre o assunto com filhas(os) reproduzem a educação sexual recebida de seus antepassados, quando era repreendido ou mantido em silêncio. As conotações preconceituosas sobre esse tema interferem ainda hoje no comportamento das pessoas.

Egypto (2003) afirma que o tempo todo se recebe informações carregadas de idéias e preconceitos a respeito da sexualidade. E quando se repreende ou omite, de alguma forma, está-se educando as pessoas sexualmente, inculcando tais concepções no processo de viver.

Em estudo realizado por Dias e Gomes (1999), quanto à percepção das dificuldades informativas e comunicativas sobre sexualidade das genitoras e dos genitores em conversa com suas(seus) filhas(os), os autores concluíram que pais e mães apresentam-se confusos em relação aos valores atribuídos à sexualidade de jovens, bem como ao seu papel na educação sexual.

Embora os pais e mães percebessem adequadamente os acontecimentos com a vida sexual de suas(seus) filhas(os), não conseguem meios expressivos efetivos para orientação. Assim, os autores concluíram que os genitores postergam a educação sexual das filhas, por não se considerarem aptos a falar em assuntos que envolvem a sexualidade das adolescentes (DIAS e GOMES, 1999).

Com essa restrição em discutir no seio familiar os anseios de adolescentes, questões que poderiam ser evitadas acabam fazendo parte do cotidiano de algumas famílias, refletindo no futuro dos mesmos, como se pode observar a seguir:

A minha filha ia ser virgem até o dia que casasse, sabe? No caso dela, não ia acontecer nada antes. (M 3 = 1 filha e 1 filho).

A mãe, além de possuir uma visão restrita sobre sexualidade, tem uma idéia de que há um tempo certo para acontecer a perda da virgindade e, nesse caso, entende que sua filha é imatura. No entanto, se a sexualidade fosse explorada, abordada e conceituada de maneira mais ampla, enfatizando o prazer e estimulando a responsabilidade e o autocuidado, pais, mães e adolescentes poderiam viver mais saudavelmente.

Ao interpretar as falas das participantes da pesquisa, apreendeu-se que as questões de gênero estão fortemente relacionadas à educação sexual:

[...] o pai delas é homem... e daí ele fica meio assim de falar nesse assunto..., mas geralmente sou eu, que explico direito como é que é..., como é que não é... (M 9 = 2 filhas).

Numericamente mais mulheres se propuseram a participar do estudo, possivelmente por ser a mãe a personagem que mais conversa com filhas(os). Tal prática pode ser atribuída ao fato de assumirem que assuntos sobre a sexualidade da prole são de sua responsabilidade, justificando que isso ocorre por estarem mais próximas, cuidando-as(os) diariamente. Mayer (2003, p. 10) critica a histórica afirmação de que “[...] o lugar natural da mulher é o lar e sua função natural é cuidar da casa e da família”.

Zordan e Schmidt (1996), em sua pesquisa sobre a percepção dos pais em relação à sexualidade de adolescentes salientam que é atribuída à mãe a maior responsabilidade pela educação sexual de filhas(os). As autoras acrescentam que

mães e pais não compartilham a educação sexual dos mesmos, sendo que o pai de família acredita que cabe à mãe transmitir informações à filha.

Neste contexto, a verbalização de um pai evidencia que em sua família a esposa é responsável pela informação cabendo a ele o controle dos passos de sua menina adolescente:

Sobre educação sexual é com ela só..., é com a mãe... É com a mãe dela... Eu persigo o caminho dela..., onde ela anda... É o que eu faço..., só. Deixo o resto para ela.... Ela é que dá as leis... (M 2 = 1 filha).

É importante salientar que a figura paterna dessa família participou momentaneamente da conversa com a intenção de zelar e acompanhar as falas de sua esposa. Logo que ele se retira, a mãe desestrutura-se, dando por encerrada sua participação e ressaltando que:

Ele veio aqui..., aqui..., aqui..., porque me controla..., deixa para eu resolver, mas está sempre de atrás de mim..., é muito desconfiado... Já falei bastante, achei que não iria conseguir, mas... me saí bem. Por ser um assunto que quase nunca falo..., tu não acha? (M 2 = 1 filha).

Conforme Louro (1998), na nossa sociedade, a mulher, pela sua identidade de gênero e atribuições de papéis relacionados a símbolos culturalmente disponíveis na sociedade é, em suas atividades rigidamente controlada e dirigida pelo homem. Geralmente ela é representada como secundária, de apoio, de assessoria e auxílio muitas vezes ligados à assistência, ao cuidado ou à educação.

A mãe, cuja fala é apresentada a seguir, em suas colocações demonstra estar mais presente na educação das(os) filhas(os) do que a figura paterna:

É porque ele tem muita vergonha..., preconceito deste assunto..., ele sente vergonha..., de explicar alguma coisa..., ele não iria saber explicar para as meninas..., além do mais é tarefa da mãe explicar quando elas perguntam..., deixo elas perguntarem... daí respondo (M 9 = 2 filhos).

Outra família, representada pela figura materna, também assume para si a educação sexual de sua prole, alegando que o cônjuge, não a auxilia devido ao fato de sua personalidade e educação centrarem-se nos antepassados:

Só eu...O pai é muito fechadão..., nesses detalhes aí..., tudo é comigo. Ele é muito assim..., do tempo antigo..., então esse negócio aí..., é tudo comigo (M 8 = 2 filhos).

Segundo Trindade e Bruns (2003), a figura paterna historicamente esteve mais distante da relação com as(os) filhas(os) do que a materna. O pai tinha a tarefa de “provedor”, exercendo autoridade, cabendo à figura materna a responsabilidade da socialização da prole e organização do espaço doméstico.

A ausência da figura paterna na educação sexual é justificada pelas atividades laborais que desempenham. É importante destacar que, das famílias participantes do estudo, quatorze (14) pais (sexo masculino), trabalhavam fora de casa, e um momentaneamente estava desempregado. As mães em geral exercem as atividades do lar, sendo que somente três (3) acumulam os afazeres domésticos com profissionais fora de seu domicílio.

Em outra família constituída de três adolescentes, sendo um do sexo masculino e duas do sexo feminino, a mãe em momento algum enfatiza a educação sexual dada ao menino, nem mesmo quando questionada. Também refere ser ela quem fala com as filhas, por entender que o pai é “fechado” no sentido de não colaborar nestas temáticas:

As meninas falam comigo..., falam..., elas sempre falam.... Com o pai elas não..., com ele não..., ele é mais fechado (M 12 = 1 filha e 2 filhos)

Neste estudo, detectou-se que a educação sexual é influenciada pelas relações de poder, as quais advêm da posição social em que pai e mãe de adolescentes ocupam. As mulheres, em sua grande maioria, ainda são responsáveis pelos afazeres domésticos; já o homem, socialmente conceituado como o “chefe da casa”, é o gestor e responsável pelo sustento da família.

A concentração da figura materna no cuidado para com a prole é destacada nesta pesquisa como papel de gênero elencado pela própria família. Para Guimarães (1995), o papel de gênero diz respeito às condutas e modelos construídos e vistos como mais ou menos apropriados para pessoas de cada sexo.

[...] é difícil..., o pai dela nunca ajudou nestas coisas de mulher..., ele disse que não sabe como falar com ela... Eu também acho..., fica uma coisa engraçada..., meio na contramão..., eles não sabem falar, porque ela é filha mulher (M 2 = 1 filha).

Neste pensamento, há um conjunto de representações sociais e culturais que a mãe construiu no decorrer de sua vida. Segundo Brasil (1998), para o conceito de gênero toma-se o desenvolvimento das noções de masculino e feminino como uma construção social, repassando à prole concepções adquiridas em relação às “responsabilidades” da figura materna e paterna.

[...] o pai, ele trabalha..., então quase ele não fala assim sobre sexo..., pelo menos eu nunca o vi comentar com os dois... Eu é que fico dentro de casa... Daí eu que estou sempre em cima..., ali... batendo na mesma pedra... Não é ele..., ele passa o dia inteiro no serviço..., vem às 10 horas para casa..., mal tem tempo de dar oi para os filhos.... No outro dia... trabalha de novo..., e às vezes, nem sábado e domingo fica em casa..., então, mais sou eu. Mais é por causa do serviço dele..., não tem mesmo, tempo assim de sentar e conversar sobre sexo com os filhos..., daí mais sou eu..., quando precisa (M 10 = 1 filha e 1 filho).

No entanto, este argumento não justifica a ausência da figura paterna. Verifica-se que em certos momentos ele se faz presente em seu lar, mas se exime do cuidado para com as(os) filhas(os). Trindade e Bruns (2003) afirmam que o modelo de pai provedor e mãe responsável pela educação de filhas(os) configura ainda hoje como principal norteador da formação da identidade das(os) jovens.

O desejo de ter ao lado o esposo, para conversar com seu filho é expresso por uma mãe, quando encontra dificuldades em educar sexualmente o menino. Ao

mesmo tempo compartilha com o cônjuge sua angústia, a qual não é atendida, pois ele acredita que não é sua atribuição, conforme se pode observar no relato:

O pai dele tinha que dar umas conversadas com ele... O pai dele não pegou ele ainda..., ele vai deixando para mim... Porque eu acho que o pai conversando é melhor. Tem muita coisa que eu não sei como é que vou explicar para ele..., eu sou mulher... Eu acho que sendo menino, o pai dele que tinha que conversar com ele (M 7 = 1 filho).

Como se percebe na fala acima, trata-se de uma questão de gênero. Louro (1996, p. 9) contribui enfatizando: “gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito feminino ou masculino”.

Assim, o gênero engloba os aspectos psico-sociais e culturais relativos aos homens e às mulheres, emergindo as noções de masculinidade e feminilidade que se diferenciam segundo cada sociedade (TRINDADE e BRUNS, 2003). No entanto, é importante salientar que entre os genitores de adolescentes não há referências, essencialmente, a um ou outro sexo, e sim sobre os papéis masculinos e femininos. Para Louro (1998), os atributos referem-se aos padrões, ou regras arbitrárias que a sociedade estabelece e que direciona comportamentos e maneiras de relacionar-se com as outras pessoas, por influência do campo do social:

Pois é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos. As justificativas para as desigualdades precisam ser buscadas não nas diferenças biológicas (se é que mesmo essas podem ser compreendidas fora de sua condição social), mas sim nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação (LOURO, 1998, p. 22).

Refletindo sobre as opiniões referenciadas, observa-se que há uma manutenção da reprodução das desigualdades de gênero entre os genitores de adolescentes, comprovada pela permanência da mulher no espaço dialógico e educativo, principalmente quando se trata da sexualidade das(os) filhas(os). Constatou-se ainda que à mãe procede essa atividade educacional de forma isolada por não haver a participação da figura paterna neste processo, por mais que

algumas mães expressem o desejo de compartilhar com o pai a responsabilidade pela educação sexual das (os) filhas(os).

A gente vê que se os pais não ensinarem..., não educarem..., eles vão pro caminho ruim.... Que o pai e a mãe têm que puxar..., tem que explicar.... No futuro eles vão sofrer as conseqüências (M 2 = 1 filha).

Outra família, representada pela participante M 8, que só possui filhos homens, refere que seu marido auxilia esporadicamente na educação sexual e atribui essa pouca participação ao fato de ser mais recatado e criado à moda antiga. Percebe-se também que há uma relação forte de amizade entre mães e filhos, com trocas de carinho. São espontâneos e comunicativos, como se constata a seguir:

O pai... de vez em quando..., porque o pai já é mais da moda antiga..., assim, às vezes não sei se é vergonha..., de expor as coisas para os filhos. Eu não! Eu, eu sou mais realista sabe? No dia-a-dia estou sempre com eles assim..., conversando. Eles são bem meus amigos..., eles falam as coisas comigo..., eu falo com eles..., a gente ri junto..., fala as coisas juntos. Eu só tenho filho homem (M 8 = 2 filhos).

A partir destes relatos, nota-se que as famílias abordam a sexualidade de diferentes maneiras. A maioria das mães sente-se mais à vontade para falar com a filha mulher, devido ao fato de serem do mesmo sexo, acrescida da relação interpessoal mais próxima entre ambas. Tal afinidade justifica-se pela ligação que elas apresentam, nos papéis de gênero, em seus afazeres domésticos.

Com referência à educação de meninos, Brum (2004) em seus estudos, conclui que embora o filho passe longo tempo de sua infância junto com a mãe, logo se dispersa, brinca mais na rua com amigos do que na sua casa, distanciando-se da figura materna. No entanto, as mães entendem que as conversas sobre sexualidade com o rapaz devem ficar ao encargo do pai, por ser ele do mesmo sexo.

Ainda em relação ao filho, constatou-se que a mãe admite saber sobre os acontecimentos envolvendo seus filhos, apenas quando estão sob seus olhos e, à medida que eles ficam entre amigos, temem por suas condutas sexuais.

[...] quando eu estou com ele..., no dia-a-dia..., a gente sabe o que está acontecendo com o filho. E se a gente vê, por exemplo, não está junto..., daí não tem como explicar Porque vem um e convida..., vamos ali ficar com umas gurias. Então a gente tem que ensinar... (M 3 = 1 filha e 1 filho).

Em relação às filhas adolescentes, pais e mães expressam maior atenção do que aos meninos. Preocupam-se em acompanhá-las em eventos sociais, com medo de que elas descumpram orientações:

No carnaval da Ferrô, eu ia todas as noites com elas.... Aí vem aquela chorumela... diziam assim: - “porque que a senhora não nos deixa ir sozinhas.... Todas as gurias vão sozinhas..., e a senhora tem que ir conosco”... (M 9 = 2 filhas).

Desse modo, a adolescente recebe um cuidado mais minucioso na educação sexual, se comparado ao rapaz. Zordan e Schmidt (1996), como já foi mencionado no referencial teórico, afirmam que os genitores são mais acessíveis em tematizar assuntos relacionados à sexualidade com o grupo masculino do que com o feminino. Segundo as autoras, as pesquisas apontam que os filhos estão mais preparados do que as filhas para iniciarem sua vida sexual. No entanto, alertam para a existência de teorias relatando estudos no quais aparece uma percentagem menor de pais acreditando estarem os rapazes mais preparados do que as moças, mesmo encarando a sexualidade masculina com maior liberdade do que a feminina.

Já Parker (1991), refere que há uma dupla moralidade vigente na sociedade, na qual se estimula a iniciação sexual para meninos, enquanto se estabelecem restrições às meninas. No entanto, essas questões que envolvem gênero interferem significativamente na educação sexual de adolescentes, influenciando no desenvolvimento de sua sexualidade. A sociedade, por sua vez, estabelece regras diferenciadas para meninas e meninos, sendo que mães e pais incorporam tais saberes e, conseqüentemente, adotam e reproduzem esse conceito na educação de sua prole.

Dias e Gomes (1999) acrescentam que atualmente a sexualidade pode ser discutida a qualquer momento no seio familiar. Observa-se, neste caso, a substituição de um modelo repressivo de regulação por um outro modelo, contrastando à repressão, incentiva o falar sobre a sexualidade como uma forma de controlar a mesma.

As(os) genitoras(es) deveriam estar conscientes que as(os) jovens também aprendem com exemplos. Dessa maneira, possibilitariam a vivência de sua sexualidade de maneira saudável, propiciando melhor desenvolvimento psicológico e social.

As palavras de uma mãe revelam que as(os) adolescentes são alertadas(os) quanto ao cuidado para prevenção das DSTs/AIDS e gravidez na adolescência:

Sabe como é que é esses jovens de hoje..., mal tão namorando já tão transando... porque eles não se cuidam..., não usam camisinha, no caso do rapaz..., a moça não toma o anticoncepcional..., aí, quando a gente vê, minha filha..., vem um..., e daí vem mais um..., vem mais um, quando a gente vê... está velha cuidando de dez neto aí. Aí não tem condição. (M 6 = 1 filha e 1 filho).

A M 6 mostra clareza com relação às conseqüências sócio-econômicas da relação sexual imatura, como a gravidez precoce, por exemplo. Ela até mostra compreensão sobre a sexualidade entre adolescentes, porém, enfatiza a problemática das DSTs/AIDS.

Eu não sô contra, que um adolescente de 13 ou 14 anos tenha relação, desde que saiba com quem ele tá tendo e com a camisinha..., eu não sô contra. Só tem que se cuidar, porque muitos não se cuidam..., aí depois vem àquela preocupação da mãe e do pai com doença..., gravidez..., um monte de coisas (M 6 = 1 filha e 1 filho).

Neste contexto, verificou-se, no presente estudo, que as conversas mantidas pelas famílias sobre sexualidade limitam-se nas questões que envolvem o ato sexual. Isto ocorre com o objetivo de esclarecer filhas(os) em relação ao cuidado

necessário em suas relações sexuais, para a prevenção das DSTs/AIDS e de gravidez na adolescência.

A família é considerada uma estrutura social ideal para que seus membros em crescimento e desenvolvimento se eduquem especialmente no tocante de sua sexualidade. Porém a família tem se mostrado impotente em atuar na educação sexual das(os) filhas(os) frente às dificuldades que pais e mães relatam no trato das questões sexuais (JESUS, 2000).

Confirmando o que argumenta a autora, percebeu-se que a maioria das mães e pais sentem-se inseguras(os), com dificuldade de educar sexualmente as(os) adolescentes, devido ao fato de não lhes terem oportunizado a discussão de questões que envolviam sua própria sexualidade, quando adolescentes.

Conforme se expõe na seqüência, uma mãe de adolescentes dá as explicações e informações, educando com os conhecimentos adquiridos no seu dia-a-dia, pois o que ela sabe aprendeu no colégio. Explica ainda que, quando menina, sua família repreendia assuntos que abrangessem a sexualidade:

Eu estou sempre explicando conforme eles perguntam coisas sobre relação sexual. Mas o que eu posso explicar, eu aprendi por conta..., porque minha mãe não explicava... Explicava que não era para dar..., era proibido (risos). Mas, porque na época deles..., ela não explicava assim pra gente..., e daí quando a gente foi para o colégio que falavam (M 6 = 1 filha e 1 filho).

Segundo Jesus (2000), muitas mães e pais de adolescentes foram educadas(os) em um ambiente de repressão às manifestações sexuais, considerando que as(os) genitoras(es) preferiam não tocar no assunto. Na escola, as(os) professoras(es) de biologia limitavam-se a descrever a função reprodutiva dos órgãos sexuais, sem abordar funções da resposta sexual humana.

Saito (1996) já referia que a sexualidade é pouco discutida nas famílias, porém enfatiza ser fundamental refletir sobre o assunto em todos os segmentos da sociedade, favorecendo assim maior subsídio para a educação sexual das(os) adolescentes.

Também se verificou nesta pesquisa que uma família, representada pela figura materna, menciona ter muita dificuldade em dialogar sobre sexualidade, tendo

em vista que na sua adolescência estas questões eram resolvidas, pelos seus genitores, por meio da punição verbal ou física. Assim, para educar sexualmente sua filha ela não segue regras, nem tece comentários sobre a temática, mas expressa angústia quanto à perda da virgindade. Por isso, diz ficar atenta aos lugares que a adolescente frequenta:

Eu não dou leis, eu tenho que cuidar onde ela está..., se ela está demorando. Eu me preocupo que façam alguma maldade para ela. Eu na verdade, vou ser sincera, eu... não sei como falar com ela de sexo..., Humm para mim é difícil..., eu não fui criada na conversa e sim no... no..., no, sermão..., no laço... (M 2 = 1 filha).

Assim, nota-se que esta mãe, e demais genitoras(es) entrevistadas(os), não abordam questões relacionadas ao desenvolvimento psicológico e social da(o) adolescente. Martins e Alves (2003) salientam que atualmente os pais e mães não podem mais fingir que não “vêm” questões referentes à sexualidade da(do) adolescente.

Outra mãe diz conversar sobre sexualidade com seus filhos – todos do sexo masculino – somente quando surgem “oportunidades”; ou seja, nos momentos em que questionam, ou quando saem nas festas ou boates com amigas(os). O conteúdo desta fala limita-se a questões práticas e voltadas à relação sexual:

Não é todo dia que a gente vai a fundo nos assuntos..., é só quando surge oportunidade deles saírem sozinhos..., junto com os amigos..., então foi orientado..., explicado para eles o que é certo e o que é errado. Até esses dias, eles foram num aniversário, eu fui e disse: - “Vocês sabem, não é...? que a gente conversa..., já sabem o que é certo..., se um dia vocês errarem, vão errar sabendo”... E daí eu ainda brinquei com eles assim..., “se vocês inventarem qualquer coisa, não me usem uma camisinha só..., coloquem três..., uma em cima da outra”... (M 8 = 2 filhos).

Trindade e Bruns (2003) salientam a importância em dialogar sobre as vivências, medos e dúvidas de adolescentes, para que a sua sexualidade seja vivida prazerosamente, proporcionando, com informações adequadas, que seus relacionamentos afetivos e sexuais aconteçam de maneira responsável. Entretanto, pais e mães necessitam repensar suas atitudes para com filhas(os) adolescentes.

O modo de educar para a sexualidade, sem utilizar muitas palavras, ainda permanece como plano de fundo no contexto social dos pais. Tal atitude é consequência da história da humanidade, que durante muitos séculos permaneceu no mais absoluto silêncio, tornando esta temática pouco conhecida e, portanto, não “compreendida por todos” (JESUS, 2000, p. 52).

O pensamento da autora também se verificou nas entrevistas, destacando-se, entre outras, na ansiedade demonstrada nesta fala:

Na verdade me sinto ansiosa para falar de sexo..., não é comum falar disto com outras pessoas..., porque quase não falo na minha família... (M 9 = 2 filhas).

Suplicy (1995) acrescenta que os pais educados em outras épocas, sentem dificuldade em agir de forma diferente daquela na qual foram educados, apesar de acharem que a educação recebida não foi boa para eles.

Em relação à educação sexual de adolescentes, a irmã mais velha de uma família, considerada com maior experiência, auxilia a mãe nas orientações das irmãs mais novas, conforme afirmação a seguir:

E hoje em dia elas não têm muito cuidado em relação a isso... Tem uns que na hora não pensam..., daí isso é uma coisa que a gente se preocupa bastante... Eu e a minha guria mais velha, no caso, que tem 23 anos falamos..., orientamos...(M 13 = 1 filha e 1 filho).

As noções sobre sexualidade são repassadas de geração em geração, ocorrendo algumas modificações, porém conservam a mesma estrutura das gerações anteriores. Os conceitos que mães, pais e adolescentes utilizam

constituem um “conhecimento de origem social” e socialmente aprovado pelos “membros que a compõem”, considerando assim o modelo mais qualificado a ser transmitido às(aos) filhas(os) (JESUS, 2000, p. 53).

Neste sentido, verbalizações de duas famílias sobre a educação sexual expressam a reprovação do ato sexual na adolescência, por não ser aceito moralmente pela sociedade. No entanto, percebe-se que privar a(o) adolescente de informações sobre sua sexualidade, não parece ser o melhor caminho a seguir, pois os pais e mães estarão desta forma contribuindo para o déficit de conhecimento:

Dias e Gomes (1999), em seus estudos sobre adolescência, afirmam que os pais repassam às(aos) filhas(os) mensagens que enfatizam o perigo de uma relação sexual e sugerem que o sexo seja preservado para o casamento. Referenciam ainda palavras que enfatizam a importância da qualidade do relacionamento e dos cuidados necessários para uma vida sexual segura.

A gente foi criada sobre leis rígidas... sabendo que guria tem que se portar firme pelo menos até chegar o dia..., mais ou menos perto de namorar, casar ou ter família..., é esse meu pensamento. [...] sobre sexualidade eu quero que a minha filha..., as minhas (meus) filhas(os) pelo menos se conduzam conforme eu fui (M 10 = 1 filha e 1 filho).

Mães e pais deveriam promover a saúde da(do) adolescente, enfatizando a sexualidade como parte do seu desenvolvimento, instrumentalizando-as(os) com informações e sanando as dúvidas de filhas(os). Neste sentido, Gentile (2001) entende que a promoção de saúde consiste em propiciar meios necessários para melhorá-la, identificando suas aspirações, satisfazendo suas necessidades e alcançando um bem-estar físico, mental e social.

Outra mãe de uma família de adolescentes apregoa a abstinência sexual como estratégia para que as(os) filhas(os) não tenham possibilidades de contrair doenças sexualmente transmissíveis nem gravidez. Desta forma a educação sexual está permeada de orientações que amedrontam a(o) adolescente, instigando a seguir fidedignamente às orientações dadas pelas mães:

A gente está sempre comentando com ela essas coisas..., põe medo nela..., porque eu acho que sobre isso..., é importante eles terem um pouco de respeito, porque não é saírem se atirando, que nem tu vês aí nos colégios. Eu digo as conseqüências..., fica falada..., na boca das pessoas..., as pessoas já olham com outros olhos..., acontece que o pessoal fala..., fica feio..., é ruim para ti..., porque depois não é mais a mesma coisa. Tu tens que saber o que queres da tua vida..., tem que estudar..., faz muitos planos de se formar em odontologia..., e eu digo para ela, estou sempre falando, tudo tem uma hora de ser (M 14 = 1 filha e 1 filho).

Alguns sujeitos entrevistados neste estudo desacreditam que as(os) filhas(os) cresceram e, conseqüentemente, afirmam que as(o)s adolescentes não apresentam idade adequada para receber informações sobre sexualidade. Exemplo disso está na fala de uma mãe afirmando que considera muito cedo para iniciar o diálogo a respeito da educação sexual. Essa mãe esquece que o processo educacional começa antes mesmo do nascimento, por isso, faz uma explicação vazia de significados, pois o tema é abordado apenas em rodeios, à margem do conteúdo específico, que é a educação para o conhecimento da sexualidade e não apenas para a reprodução.

Eu tenho só uma filha..., eu estou vendo ainda como fazer com ela... ela vai fazer recém 15 anos..., é cedo para falar de coisas muito sérias..., tenho que ir devagar... Ah, eu falo para ela o que é e o que não é..., eu explico assim para ela..., não tendo relação é a conta... (M 2 = 1 filha).

Outra mãe entende que as informações sobre sexualidade têm um tempo certo para serem oferecidas às(aos) filhas(os), ou seja, quando estiverem maiores. A mesma ao se referir aos “pequenos” relaciona a faixa etária entre treze (13) e quatorze (14) anos:

É que ele recém tem treze anos..., as outras são mais velhas... Não precisa, [...] Então é (silencio) [...] gente conversa mais, porque ele já fez treze anos, mas antes era menos até, porque ele era mais novo (M 13 = 1 filha e 1 filho).

Dias e Gomes (1999) referem que mães e pais consideram a AIDS, um fenômeno contemporâneo importante, que contribui para ampliar o diálogo com filhas(os) sobre sexualidade, porém ele está cerceado de restrições ao comportamento sexual. Uma mãe de adolescentes, afirma não estar momentaneamente preparada para conversar com sua filha, enfatizando que há uma preocupação com as doenças sexualmente transmissíveis, relacionando-as com o futuro da adolescente.

Mas os pequenos..., por enquanto eu não comecei ainda orientar assim..., só os grandes que a gente dá uma pincelada..., que eu estou conversando..., que a gente tem que preparar..., porque tem coisas assim que eles não estão preparados para enfrentar..., como uma doença..., a AIDS... (M15 = 1 filho e 1 filha).

Acredita-se, portanto, que a falta de diálogo familiar, franco, esclarecedor de dúvidas e ansiedades das(os) adolescentes é um fator que contribui significativamente para o aumento de números de casos de AIDS no contexto mundial.

Momentaneamente eu não estou ainda bem preparada. Claro que alguma coisa eu já tenho alertado, porque ela está na adolescência, tem quinze anos, então,... preparando para o futuro..., que a vida tem que se muito bem pensada..., bem pesados os prós e os contra..., tantos problemas para ela não dar um passo em falso..., nem tanto pela gravidez..., mas o problema das doenças que estão aí (M 14 = 1 filha e 1 filho).

Suplicy *et al* (2000) entendem que o diálogo acerca da sexualidade da(do) adolescente possibilita superar a vergonha, tornando-a(o) capaz de tomar decisões

e assumi-las em relacionamentos sexuais, permitindo assim a prevenção das DSTs/AIDS.

Com a afirmação da autora, a respeito do diálogo com adolescentes, percebe-se que a família não pode continuar na condição de expectadora, devendo ser co-atora na educação sexual de adolescentes. Pais e mães devem oportunizar momentos de reflexão sobre o desenvolvimento da adolescência de suas proles, despindo-se de tabus, preconceitos, vergonha e das posturas cerceadoras do aspecto prazeroso da sexualidade.

Na fala de uma mãe participante desta pesquisa constatou-se que a mesma “fiscaliza” os atos das filhas adolescentes, quando suas atitudes demonstram desobediência de condutas por ela orientada, a agressão física é utilizada para puni-las:

Mentiram para mim e quando elas vinham dizer que estavam no colégio eu já sabia que não estavam. Peguei e surrei..., surrei..., surrei até..., apanharam..., apanharam as duas..., e eu ia fazendo assim oh!, Eu tinha dez varas..., dez varas! Até que uma delas para não apanhar mais, me contou..., ela me leva junto para não ficar sozinha com o namorado (M 12 = 1 filha e 2 filhos).

A agressão física é praticada como alternativa de demonstrar para suas filhas adolescentes a desaprovação de seu comportamento. Ao agredir fisicamente sua prole a mãe entende que, com esta prática, elas acabam contando o motivo de seus comportamentos. No entanto, Tiba (2002) recrimina o uso de castigos aleatórios e orienta que mães e pais a exercerem a abordagem do diálogo, com condutas pautadas na coerência, na constância e na consequência como uma maneira de obterem resultados favoráveis na educação de filhas(os).

Hallal (1996) entende que há uma grande preocupação com a educação formal das(os) filhas(os), porém adverte que se dedica muito pouco na revisão dos meios utilizados para alcançar o fim desejado.

Entende-se que a maneira de abordar temáticas que dizem respeito à educação sexual da(do) adolescente interfere em suas condutas. A agressão física, utilizada como uma forma para educar sexualmente, distancia a cada dia a

possibilidade de um entrosamento saudável entre os pais, mães e filhas(os) adolescentes.

Em outra família, a mãe refere que práticas de repressão são utilizadas para educar seu filho, suprimindo a possibilidade do diálogo entre ambos:

Eu disse pra ele..., “ a hora que eu chega em casa e te pegar com uma guria aqui em casa, eu vou te dar tanto pau...! Mais credo...! Tu vai te arrepender.”... Vou te falar, nem era de dizer para os outros, mas, elas vêm aqui. Às vezes eu estou deitada, e elas pensam que estou trabalhando fora... (M 7= 1 filho).

Rocha *et al* (2000) mencionam que atitudes de carinho, diálogo, coerência com proteção e progressiva independência, contribuem para que a(o) adolescente sinta-se amada(o), cuidada(o) e protegida(o) pela família. Tais ações possibilitam à(ao) adolescente estruturar sua identidade emocionalmente, com uma visão otimista e realista de si mesma(o).

A agressão física tende a instigar em adolescentes sentimentos de revolta, além de afastar possibilidades de diálogo com mães e pais. Muitas vezes, elas(es) acabam repetindo atitudes reprovadas por genitoras(es), evidenciando que a violência não é a conduta mais adequada na educação de filhas(os). Isto pode ser verificado na fala abaixo:

Ele já marca encontro, pensa que a mãe não vem do serviço... O dia que eu pegar ele vai tomar uma tunda que nem graça ele vai achar.... Só que ele é bem consciente..., ele sabe tudo..., mas faz igual..., sabe e não faz o que eu mando... Então, acho que não sei educar..., vou deixar assim mesmo..., se não tem jeito tenho que deixar...Tenho medo..., medo..., medo de tudo isto..., porque ele sabe das doenças..., o colégio dá umas dicas..., ele sabe se prevenir... Só não tenho certeza que ele nunca vai pegar uma doença... Só se ele for muito tapado..., porque ele sabe quase tudo..., aprende na rua..., com as meninas que está namorando..., em casa dou uma ralhada nele (M 7= 1 filho).

Através desta fala, a mãe reconhece que a maneira de educar sexualmente seu filho não é eficaz, mas opta por continuar “mandando”, impondo as informações

sobre o desenvolvimento de sua sexualidade, muitas vezes com palavras rudes, como quando diz que educa através de “ralhadas”. Acredita também, que seu filho adolescente aprende na rua, em seus relacionamentos amorosos e na escola como prevenir as doenças sexualmente transmissíveis. No processo da educação sexual do adolescente esta família utiliza atitudes não pacíficas, apostando ser esta uma alternativa que teoricamente o conduzirá à obediência. Tal estratégia utilizada no modo de educá-lo remete ao adolescente sentimento de repúdio, “odiando” a conduta de seus pais e, como resposta, faz exatamente o contrário de que seus genitores desejam.

Neste sentido, Hallal (1996), salienta que a punição anula qualquer tentativa de reflexão porque o ódio e a incorporação de conhecimentos não combinam. O autor ainda afirma que a conduta de muitas(os) mães e pais, educadoras(es), favoráveis ao uso do castigo, parece estar inspirada no fato de que uma educação severa prepara-as(os) melhor para a vida.

Já Boehs (1994) manifesta que à(ao) adolescente é importante, falar, questionar e esclarecer as suas dúvidas e curiosidades, bem como se posicionar sobre o que pensa. Neste momento é importante que os pais e mães mostrem-se disponíveis tanto para escutar, quanto para expressar suas concepções e estabelecer limites.

Em algumas famílias deste estudo, constatou-se que a(o) adolescente manifesta-se com atitudes rebeldes e desobediência exatamente porque a ela(e) não é dada a oportunidade de expressar seus sentimentos, sendo que muitas vezes acabam omitindo os fatos para não serem penalizados com agressões físicas e psicológicas.

Moreira e Centa (2003) referem que atualmente, apesar de estar em vigência o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – observa-se que a violência está presente no lar das famílias brasileiras de todas as classes sociais, alastrando-se pela sociedade.

Outra mãe, ao desconfiar da perda da virgindade de sua filha de 15 anos, ao invés de manter um diálogo para elucidar os fatos, repreende-a, amedrontando-a com ameaças de levar a adolescente a um serviço de saúde:

Eu não sei aonde ela foi..., e ela está com sangue na calcinha..., e ela não está menstruada..., porque ela já ficou menstruada..., e eu peguei ela e disse, ó minha filha, segunda feira nós vamos no médico..., ela começou a chorar... Daí ela vai me pagar..., eu vou pô-la lá na escola agrícola... Ela disse, eu estou com um machucadinho aqui. Eu procurei machucadinho e não achei... e aonde vai uma vez..., “babou-se o tio Chico” como diz o ditado. Eu já disse para que... se eu pego ela ... vai vir apanhando de lá até aqui..., porque a gente fala..., a gente explica..., a gente diz, não é assim..., olha..., são muito nova..., e ela me disse na minha cara, que eu era inexperiente. Que eu não tinha experiência nenhuma..., mas também..., a mãe me trazia aqui..., eu não posava na casa de nenhuma amiga que fosse..., não dormia em parte nenhuma..., onde eu ia a mãe ia junto..., não tinha como eu aprontar (M 12 = 1 filha e 2 filho).

Lacharité (1999) alerta que na violência familiar, a violência física é como a ponta do *iceberg* e enfatiza a necessidade de sensibilizar a sociedade, fazendo-a sentir a gravidade do problema e entendê-la como uma realidade presente, podendo estar em qualquer lar.

A violência física e verbal exercidas sobre adolescentes de algumas famílias norteiam a sua educação sexual, sendo esta a forma utilizada para restringir condutas das(os) adolescentes, com a finalidade de amedrontá-las(os) para a não-repetência de condutas relacionadas à punição. Estes genitores acreditam que a educação, a partir da repressão, remete à obediência, preparando-os melhor para a vida.

A violência física na família representada por M 12 é utilizada com as adolescentes, mesmo quando elas próprias ameaçam a mãe de denunciá-la ao Conselho Tutelar:

Me dá raiva..., daí comecei..., chegou a me doer os braços..., tu sabe o que é doer os braços... A filha chegou um dia pra mim e disse: “se um dia a senhora me bater, eu te denuncio no conselho tutelar” ! Bem assim... depois que eu dei..., dei..., me doeu os braços..., fiquei uns dias com dor nos braços..., eu disse: “agora tu pega, levanta daqui e vai lá no Conselho Tutelar” (M 12 = 1 filha e 2 filho).

A repressão e a chantagem emocional distanciam as(os) adolescentes de seus genitores. Em situações de impasses como os citados em falas anteriores deste estudo, é importante que as famílias reflitam sobre as maneiras de educar suas filhas, sendo imprescindível que o diálogo aconteça. Acredita-se ser este um dos caminhos para subsidiar a educação sexual das famílias com filhas(os) adolescentes.

Ao não estabelecer o diálogo, perde-se a oportunidade de melhor acompanhar o desenvolvimento das(os) filhas(os), de orientar suas escolhas, de auxiliar a superarem os desafios do dia-a-dia. Esta forma de educação condiciona a(o) filha(o) a omitir acontecimentos importantes no desenvolvimento de sua sexualidade, ficando vulnerável às DSTs/AIDS.

Assim, mães e pais educam sexualmente filhas(os), seja pelo silêncio, seja pela oportunidade dialogar, embora estes estejam permeados de repressão ao desenvolvimento da sexualidade na adolescência. As informações são limitadas a comportamentos culturalmente aceitos pela sociedade.

Outras(os) genitoras(es), menos abertos ao diálogo, centram a educação sexual em sua família, proibindo ou restringindo a iniciação da vida sexual ativa da(o) adolescente como alternativa para silenciá-la, refletindo a concepção de que o ato sexual é assunto que não contempla a comunhão de saberes.

Contudo, entre as famílias participantes há uma afirmação de que há um tempo certo para as(os) adolescentes ampliarem conhecimentos sobre a sexualidade, argumentando que elas/eles não estão ainda preparadas(os) para vivenciarem ou debaterem assuntos pertinentes ao seu desenvolvimento sexual na adolescência, e, conseqüentemente, ficam vulneráveis às DSTs/AIDS.

4.2 EDUCAÇÃO SEXUAL DE ADOLESCENTES: FOCALIZANDO OS TEMORES E EXPECTATIVAS DE PAI E MÃES

Focalizando os temores das(os) genitoras(es) de adolescentes observou-se que há uma clara demonstração das preocupações inerentes à educação sexual. Nesse contexto, a principal abordagem se refere à gravidez precoce, vindo, a seguir, as DSTs/AIDS também motivo de apreensão no desenvolvimento da sexualidade.

Para uma entrevistada, a adolescência é entendida como uma fase difícil da vida durante a qual aparecem muitos obstáculos a serem vencidos, sendo o adolescente um deles, como expressa a mãe nessa fala:

não é fácil educar um adolescente, porque o mundo, da maneira em que está, oferece tudo o que ele não pode fazer, e os pais correm contra o tempo e contra os acontecimentos ruins dos filhos. A vida é assim, cada dia um obstáculo a vencer e o adolescente é um deles (M 15 = 1 filha e 1 filho).

O processo de adolecer é pleno de mudanças que ocorrem na maneira de pensar, agir e sentir, modificando aos poucos o modo de ser e alterando as características de personalidade.

Nessa fase as(os) jovens objetivam alcançar a independência e autonomia. Além disso, em vários casos citados na literatura, há intercorrências comportamentais criando situações de solidão desejada, momentos em que necessitam ficar sozinhas(os), e outras em que é indispensável à companhia de outras pessoas entre elas amigas(os), colegas e familiares; ou, então, freqüentes indisposições com as(os) genitoras(es) (TIBA, 2005).

Um fato atual, que tem determinado a criação de políticas públicas, em razão de ser uma problemática social, é o caso de muitas meninas engravidarem prematuramente. Santos e Santos (1999) vêem a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, tanto no Brasil, como em muitos outros países do mundo, já que sua importância transcende a prática assistencial, dado ao seu aumento desde o final do século passado.

Tiba (2005, p. 70) compreende que na adolescência há uma carência de projeto educativo que enfoque a sexualidade. Tal deficiência é vislumbrada quando a realidade das(os) adolescentes começa a ficar muito distante dos sonhos dos pais e mães. As aspirações familiares são interrompidas podendo gerar sentimentos de culpa ou mesmo impotência, como relata uma mãe:

Eu por exemplo, já fui um pouco descuidada nessa parte. A gente fica com vergonha de falar. Mas, hoje se vive assim, um mundo difícil nessa parte, então, a gente tem que se cuidar. Como a minha filha mesmo. Eu explico a ela se cuidar para não engravidar. [mesmo assim] Ela é mãe solteira... a gente passa por coisas assim... (M 3 = 1 filha e 1 filho).

Uma das formas de evitar gravidez na adolescência, segundo Tiba (2005), é abordá-la nas conversas familiares, através da conquista da intimidade dialógica, o que se não é suficiente para a prevenção auxilia na inserção do tema no cotidiano familiar, indo além de uma conversa pontual sobre maternidade/paternidade responsável.

Principalmente a figura materna, como se encontrou neste estudo, temendo que a filha adolescente tenha que assumir precocemente a maternidade, com todos os atributos de ser mãe, limita suas orientações às questões relacionadas à prevenção de DSTs e gravidez, conforme se vê no seguinte relato de uma mãe:

Pode acontecer de uma jovem, ter relação sexual antes do casamento. Uma coisa assim tem que prevenir para não engravidar, não pegar uma doença. Eu acho que a mãe e o pai têm que dizer, ensinar. (M 3 = 1 filha e 1 filho)

Dias e Gomes (1999) referem que a qualidade da informação transmitida pelas(os) genitoras(es) de adolescentes, muitas vezes são precárias por suporem que as filhas possuem um conhecimento satisfatório sobre sexualidade e métodos contraceptivos. Mães e pais limitam-se a dar conselhos e a determinar proibições. Reservam, neste sentido, pouca informação sobre formas efetivas de prevenção oferecidas nas conversas sobre sexualidade. Não falam sobre fatores atributivos e valorativos do ser humano que está em desenvolvimento, despertando a auto-estima, valorização pessoal e responsabilidade pelas escolhas.

Santos Junior (1999), enfatiza outro aspecto que favorece a vulnerabilidade da(o) adolescente, destacando que o atual modo de vida das famílias, ausentes por longos períodos, em função do trabalho, em busca de estrutura para a sobrevivência, não propicia que pais e mães fiquem muito tempo com as(os) filhas(os), acarretando um distanciamento nessas relações desde a infância. Esta

situação faz com que a família, principalmente na figura dos genitores, não consiga discutir, e orientar filhas e filhos com relação às dúvidas, angústias, tabus e preconceitos tão presentes na fase da adolescência.

A família, considerada como responsável pela manutenção e sobrevivência dos seus membros, em geral se ocupa das questões financeiras, ausentando-se dos lares para trabalhar. Desse modo, o contato direto, dedicado ao diálogo, à intimidade e orientação, fica prejudicado pela necessidade de priorizar o sustento da micro sociedade que compõe a família.

Nesse contexto, encontram-se mães e pais angustiadas(os) buscando evitar que seus principais temores se concretizem. Assim, consciente ou inconscientemente amedrontam as(os) filhas(os) negando-lhes tanto o direito a informação quanto a um adoescer saudável, com o ingênuo intuito de protegê-las(os) das DSTs/AIDS e da gravidez.

para mim é assim que eles vão se ligar nessas questões.... Falando e ouvindo..., daí, aproveito e boto medo neles... sobre estas doenças de sexualidade, de ter filho antes do tempo. É isto que tinha para dizer sobre sexualidade de meus filhos (M 3 = 1 filha e 1 filho).

Em determinadas situações mães e pais utilizam como princípio tentar impedir ou postergar a atividade sexual das filhas, devido à(os) genitores vivenciaram a sua sexualidade com restrições, dúvidas e sem muita informação (DIAS e GOMES, 1999). No entanto, percebe-se que conhecimento nem sempre é utilizado com o objetivo de esclarecer para uma vida sexual saudável, mas de atemorizar a adolescente acerca de sua própria sexualidade.

Uma das mães entrevistadas relatou que a filha adolescente foi mãe aos 14 anos, embora houvesse diálogo familiar. A mãe demonstra sentimentos de revolta, não aceitando a gravidez tida pela adolescente, pois entende que não seria o momento de sua filha ser mãe.

Para mim foi um barraco que caiu por cima de mim. Terminou com a vida dela, está aí com filho, parou de estudar e está passada, os meninos da idade dela não vão querer coisa séria com ela, (Silêncio) eu, eu infelizmente sei de tudo isto (M 3 = 1 filha e 1 filho).

A família muitas vezes é responsabilizada pelas infelicidades do mundo jovem e atribui suas falhas por nem sempre estar preparada para responder aos anseios de filhas(os). Atribui o fato às mães e os pais de hoje terem tido muito menos acesso à informação sobre sexualidade. O autor ainda justifica que estas atitudes ainda se perpetuam na atualidade, devido à educação de suas(seus)antecessoras(es) terem sido repressiva (BRASIL 2000c).

Segundo Dias e Gomes (1999) a gestação da filha adolescente leva as mães e pais a questionarem a qualidade da educação sexual. De uma forma ou de outra elas(eles) consideram que falharam nas orientações fornecidas às filhas.

Deixo elas perguntarem daí respondo, não fico falando disso, senão elas vão achar que está liberado. Imagina só, a de 21 nunca falei nada e ela me aparece grávida, é vergonhoso para uma família ter filha grávida antes de casar (M 13 = 1 filha e 1 filho).

Na verdade, percebeu-se, especialmente na fala desta mãe, uma mescla de sentimentos de culpa, raiva, fracasso quando avalia o modo de conversar com sua filha. Quando menciona que uma filha, hoje com 21 anos, ficou grávida na adolescência sendo isso “vergonhoso”. Faz do fato uma consequência confessada da sua própria omissão, pois não conversava, não orientava, se escondia na neutralidade de um tema que deveria ser fator de aproximação entre mãe e filha.

A orientação e as trocas de informações sobre sexualidade não são chanceladas por grau de instrução, como dizem Belo e Silva (2004), os quais enfatizam que esse fator não modificou o conhecimento ou influenciou o uso dos métodos anticoncepcionais, mas, dizem os autores, os pais e mães têm dificuldades em dialogar sobre como educar sexualmente sua prole.

Algumas famílias enfatizam que temem uma gravidez que possa prejudicar o futuro das(os) adolescentes.

Mais importante é não fazer filho... Eu não sou contra que transem... desde que usem camisinha sabe..., para não ter aquela gravidez indesejada. (M 6 = 1 filha e 1 filho).

Essa mãe de família demonstra não ser totalmente contra a possibilidade do(a) adolescente manter relação sexual, sendo que direciona suas informações, enfatizando o uso do preservativo com intuito de evitar a gravidez, e não as DSTs/AIDs.

Outra entrevistada deixa claro, quando verbaliza suas apreensões, que a forma de educar para a sexualidade buscando a prevenção da gravidez, é diferente para o menino e a menina:

[...] porque eles não se cuidam ..., no caso do rapaz..., não usa camisinha..., a moça não toma o anticoncepcional...Aí quando a gente vê minha filha... vem um..., e daí vem mais um..., vem mais um..., quando a gente vê.... está velha cuidando de dez netos. Aí... eu explico..., principalmente o uso da camisinha para o piá, o anticoncepcional pra ela (M 13 = 1 filha e 1 filho).

A informação de que a adolescente deve usar somente o método contraceptivo com intuito de evitar gravidez, a deixa vulnerável colocando-a predisposta à DSTs/AIDS, uma vez que sua(seu) parceira(o) sexual não utiliza preservativo. Já a conduta indicada para o menino previne tais doenças e a precocidade da paternidade.

Neste estudo, para a adolescente existe uma preocupação centrada somente na gravidez precoce, entretanto as famílias enfatizam o uso do preservativo, com maior frequência, para o filho homem. Pais e mães orientam o uso da camisinha também no intuito de diminuir suas angústias, temores sobre a gravidez e transmissão de DSTs/AIDS.

Em relação ao uso de preservativo, Paiva *et al* (2006) declaram que a proporção de jovens menores de 20 anos que iniciaram a vida sexual usando camisinha aumentou de 47,8% em 1998, para 65,8% em 2005, mas ressalta que a adesão ao uso do preservativo é maior entre os rapazes. Por sua vez a camisinha feminina não é distribuída gratuitamente é mais cara e requer maior conhecimento do acerca do corpo para sua correta utilização.

Desde o ano 2000 o Brasil, vem aumentando o consumo de camisinha feminina, porém, não há quantidades iguais às masculinas disponíveis à população

por motivo de custo mais alto da camisinha feminina, tanto para a compra em grandes quantidades pelo governo quanto para compra privada (BRASIL, 2005).

Pesquisa realizada com a população brasileira, de 15 a 54 anos, em 2004, identificou que 90% da população é sexualmente ativa e 81% o foram no ano anterior à pesquisa. Quase 20% relataram mais de 10 parceiros na vida e 7% dos mais jovens (15-24 anos) mais de 5 parceiros eventuais no último ano, principalmente entre os homens. O uso do preservativo é mais freqüente entre os jovens, sobretudo com parceiros eventuais: 74% dos participantes de 15 a 24 anos relataram uso de preservativo na última relação sexual e 59% uso regular de preservativo com este tipo de parceria, sendo menor entre os indivíduos com menor condição socioeconômica. Quando analisado o uso do preservativo, a prevalência de problemas relacionados a DST foi 2,37 vezes maior entre aqueles que se referiram ao uso irregular do preservativo em todas as relações sexuais. A testagem do HIV no pré-natal foi maior entre as gestantes das classes socioeconômicas mais elevadas (39% realizaram teste de HIV, comparado com 25% entre as gestantes das classes mais baixas) e menor nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 2005, s/p).

Brum (2004), em seus estudos relata que o uso da camisinha é bastante conhecido pela influência das campanhas de prevenção à AIDS, porém nem sempre mães e pais têm em suas casas para oferecer aos filhas(os), devido ao fato de não disporem de recursos financeiros para a compra.

Discorda-se da autora, no sentido de que a questão financeira seja empecilho para a aquisição de preservativo às(aos) adolescentes, tendo em vista que nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Programas da Família, Agentes Comunitários de Saúde e Centros Especializados para DSTs/AIDS o fornecimento de preservativos é gratuito e atende à demanda.

A distribuição gratuita de preservativo tem como finalidade prevenir as DSTs/AIDS e evitar gravidez em programas de planejamento familiar. Paiva *et. al* (2006) entende que o acesso ao preservativo masculino no País tem sido monitorado em várias pesquisas nacionais as quais revelam aumento do uso da camisinha na população brasileira. O autor enfatiza ainda que entre os anos de 1998 e 2005, o uso de camisa-de-vênus aumentou significativamente em todas as faixas etárias.

Neste contexto, o uso do preservativo é incentivado por uma família com o objetivo de prevenir:

Ah, falo! A gente tem que falar ... porque é cheio de doença, eles sabem tudo [...], ensino a usar camisinha, essas coisas assim. Só que eu acho que ele não tem idade ainda, que é muito novo (M 7 = 1 filho).

A análise do conteúdo das falas das(os) entrevistadas(os) sobre os temores que transitam nas famílias quando se trata das DSTs/AIDS, mostrou genitoras(es) de adolescentes se posicionando como preocupadas(os) com a orientação sexual das(os) filhas(os) e, muito especialmente com a gravidez nesse período da vida pressupondo que seja a época da formação educacional e profissional, sem a preocupação com a criação de filhas(os) e também com saúde para enfrentar um desenvolvimento integral.

Ouviu-se, em algumas falas que a falta de objetividade quanto à informação sobre a sexualidade reside na falta de tempo, na corrida pela sobrevivência, o que desobriga as(os) filhas(os) da convivência dialógica no núcleo familiar. Além disso, não se pode esquecer que mães e pais reproduzem a forma de educação que tiveram e têm dificuldade de abordar essa temática.

Tais comportamentos fazem com que as relações entre familiares sejam superficiais, quanto a esse tema, reduzindo conceitos, atitudes, ações preventivas, ao uso da camisinha, principalmente para evitar a gravidez, quando este é um tema dos mais relevantes na atualidade.

Há certo conhecimento sobre a prevenção de DSTs, mas há também uma percepção de vulnerabilidade, ou mesmo de fatalidade, envolvendo a temática, a ação e adoção das medidas preventivas. A educação preventiva é abordada de maneira superficial, singela e da fragilidade do conhecimento científico sobre as DSTs/AIDS. São visíveis essas afirmações quando se obtém, por entrevista, que as conversas com as(os) filhas(os) são feitas por “pinceladas”, “dicas”, que não convencem pela falta de argumentos mais elaborados e mais atrativos à atenção das(os) jovens.

Nos relatos, os informantes expressaram suas concepções, medos, dificuldades, frente à educação sexual das(os) filhas(os):

O mais importante é que nunca pegue doença, que Deus ajude que... nunca aconteça de eles terem Aids ou alguma outra doença. Que a gente vai sofrer junto com o filho..., se ele pegar, a gente vai passar tudo junto com ele. Eu penso assim (M 11 = 1 filha e 1 filho).

Nessa visão, a AIDS representa um sentimento de sofrimento tanto para a(o) adolescente como para o grupo familiar, por ser esta uma doença sem cura até o presente momento da seu histórico epidemiológico.

Percebeu-se que embora exista inquietação da maioria dos sujeitos deste estudo em relação às DSTs/AIDS, a mãe ou o pai das(os) adolescentes fornecem informações, para práticas de sexo seguro, como o uso da camisinha. A AIDS remete a conotação de morte, de perda. Este pensamento fica explicitado na fala de uma participante da pesquisa:

[...] AIDS... Essas doenças que existem..., que a gente fica apavorada,... Mais é a AIDS, que pior de tudo..., É isso que a gente se preocupa, manda eles se cuidarem... Perder um filho para doença que não tem cura, não dá... Antes, se o homem adoecia tomava uma benzetacil, melhorava e vivia, continuava firme na lida da vida (M 4 = 2 filhos).

Realmente, as doenças do passado pareciam ser mais fáceis de serem tratadas, todavia, já se encontrava gravidade nas infecções que aos poucos foram sendo desvendadas pela ciência e pela tecnologia que vêm avançando de forma rápida. Outra questão se refere ao trânsito da informação. Se em tempos distantes um país como o Brasil recebia as novidades científicas numa proporção centenária, hoje, com o cenário virtual, em questões de segundos se obtém as informações necessárias à minimização dos agravos da saúde. Por isso, algumas famílias, preponderantemente aquelas com maior dificuldade sócio-econômicas, encontram entraves na aquisição do saber, demonstrando déficit de conhecimento das DSTs/AIDS, percebendo-se que sua situação frente ao desconhecido, no que se refere à transmissão, sinais e sintomas, interfere na forma de educar as(os) filhas(os) para a sexualidade sadia e responsável. Dado a esta circunstância, tais temáticas não são aprofundadas no seio familiar. A conseqüência mais próxima se encontra frente a tais dificuldades de expressão dessa complexidade, fazendo com que mães e pais ofereçam recomendações corriqueiras. Quanto ao uso da proteção preservativa, preferem restringir ou proibir a iniciação da vida sexual ativa da(o) adolescente:

Eu particularmente acho que a AIDS..., que Deus o livre, uma doença que já matou tantas pessoas.... Tantas coisas que a gente sempre escuta comentário delas. (M 4 = 2 filhos).

Mesmo com uma freqüente carência de educação formal, que daria embasamento sobre a história natural das doenças, as famílias de hoje dispõem de outros meios de informação considerados acessíveis como a TV, jornais, revistas, rádio os quais chegam à maioria dos lares. Apesar disso, identificou-se a dificuldade de incorporar esse tema no cotidiano familiar. Forma-se, nesse caso, uma dicotomia, pois há informações compreendidas pelos genitores como formas de proteção, mas o diálogo se apresenta fragmentado e descontextualizado. Tão somente dizer às (aos) filhas(os) para se cuidarem, para usar camisinha, não os leva a reflexão acerca do valor de sua vida, de suas escolhas, não lhes permitindo expressar suas dúvidas quanto às concepções sobre as DSTs/AIDS, e quanto à prática do uso dos preservativos e/ou contraceptivos.

Ah, de como se cuidar também..., rapaz também tem que se cuidar. , tem que usar camisinha, primeira vez tem que ver com quem que ele vai, tudo bem direitinho..., ele não pode chegar e pegar a primeira que passar pela rua e ele pegar. E tem várias doenças, tem AIDS e vários outros tipos de doenças que eles acabam pegando se eles não se prevenirem e não se cuidarem (M 3 = 1 filha e 1 filho).

Culturalmente, como se observa nas falas acima há no contexto popular a falta de informação suficiente para o enfrentamento das DSTs/AIDS, assim como uma lacuna nos processos formais e não formal de educação que não alcançam a população no sentido do esclarecimento apropriado. Mães e pais que não chegaram a se apropriar do conhecimento necessário, dificilmente terão condições de levar seus descendentes à aprendizagem para o autocuidado, como afirmou uma entrevistada:

eu não explico as doenças porque eu sei muito pouco delas e tenho medo de explicar errado para elas (M 9 = 2 filhas).

O fato de mães e pais pouco falarem sobre esse assunto, por razões culturais, reflete o seu próprio temor por estarem sob riscos iminentes de ver suas(seus) filhas(os) doentes ou com os projetos de vida comprometidos.

4.3 VISLUMBRANDO A ARTICULAÇÃO ENTRE A PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS NO CONTEXTO FAMILIAR COM AS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO.

As duas categorias anteriores trouxeram importantes informações sobre o contexto da educação para a sexualidade que circunda a família das(os) adolescentes. Viu-se, ali, que o pai e as mães que participaram deste estudo, consideraram importante na educação sexual das(os) filhas(os), as orientações acerca da prevenção das DSTs/AIDS, trazendo ainda a temática da gravidez nessa fase da vida o que está notoriamente presente nos discursos das famílias, alocada como a principal preocupação.

Vislumbrando esse contexto familiar e estendendo-o as demais micro-sociedades em que as(os) adolescentes freqüentam, como a escola e os programas de saúde podem ser perfeitamente considerados como fórum de conhecimento se articulados com as políticas públicas de saúde. Essa vivência comunitária, fundamentada em argumentos questionadores poderão alavancar e otimizar as, hoje, escassas articulações existentes.

Conscientizar pais e mães quanto a minimização das dificuldades e criar possibilidade de encararem a temática da sexualidade como fazendo parte da vida, assim como é o crescimento, o desenvolvimento, a escolaridade, os hábitos e atitudes precisam ser abordados com naturalidade, tranqüilidade, respeito e segurança, para se tornarem auxiliares da busca de saberes mais elaborados.

Estratégias governamentais de saúde e educação.

Neste ponto, é válido que se comente quanto aos serviços de saúde de atenção primária. De acordo com Brasil (2003), o poder público, na área da saúde tem a incumbência de fortalecer a assistência familiar através da educação e da prevenção, haja vista que estes são considerados os dois grandes focos de investimento do governo.

Atualmente, muitas(os) profissionais da saúde pública estão ainda voltadas(os) a assistência curativa centradas(os) no modelo de assistência ambulatorial, remetendo-se às práticas técnicas inerentes a sua profissão. Entende-se, nesse patamar, a necessidade de repensar sobre os princípios assistenciais, mesmo sem que seja abandonado o tratamento curativo, mas focalizando prioritariamente a prevenção das DSTs/AIDS para obter maior resolutividade das campanhas e dos serviços de saúde.

Acredita-se que o direcionamento das práticas assistenciais aos usuários, pautadas na promoção de saúde e prevenção das doenças, incentiva o autocuidado em relação à saúde familiar ampliando saberes relacionados às DSTs/AIDS e oferecendo melhores condições a que mães e pais venham a educar para a sexualidade da faixa etária adolescente.

Desse modo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) possibilitam a ampliação das ações educativas e de prevenção (BRASIL, 2003). Visando substituir o modelo tradicional de saúde, baseado na valorização do hospital e da doença por um novo modelo que prioriza a prevenção e a promoção de saúde, com a participação da população, mudando os hábitos de vida (BRASIL, 2002). Conforme publicação oficial, as equipes Saúde da Família (ESF) devem ser pró-ativas na identificação do processo saúde-doença, seguidos ao longo do tempo, com acompanhamento contínuo e integral de suas famílias adstritas (BRASIL, 2006c).

A atuação dos membros do PSF já são reconhecidas pela comunidade, mas é notório que pode ser ampliada para se aproximar mais efetivamente das(os) usuárias(os) da unidade, uma vez que ali se concentram os programas de saúde dirigidos à população. Uma equipe que trabalha num PSF representa o avanço nas práticas sanitárias, e seu pressuposto inicial é a mudança da abordagem dedicando-se ao indivíduo e a sua família no seu próprio espaço social.

Os programas comunitários podem e devem auxiliar sua demanda, subsidiando no conhecimento, capacitando-as para desenvolver a prevenção e promoção de saúde em suas famílias.

Neste processo, uma das entrevistadas menciona a atuação de uma Agente Comunitária de Saúde e a importância da sua interação com a família:

Ah... mas, daí eu mando que se cuide ..., se previna, use camisinha. Há tantos outros preservativos que eles podem usar..., essas doenças são perigosas [...]. Quem mais ajuda, é a agente comunitária que está sempre aqui. Quando me aperto, grito por ajuda [...]. Da minha família, a gente pouco fala..., o meu marido pouco fala sobre isso. [...] a agente da saúde que ajuda..., que explica para eles... E eu acho que ela me ajuda muito aqui, bah! (M 3 = 1 filha e 1 filho).

A(O) profissional ACS inserida(o) no Programa PACS e PSF, conforme Portaria nº 1886/GM/ dez/1997, atua na prevenção de doenças e promoção de saúde:

O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção de saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do Enfermeiro Instrutor e Supervisor lotado na unidade básica de Saúde da sua referência. [...] Orientação dos adolescentes e famílias na prevenção das DSTs/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas. (BRASIL, 1997).

Todavia, é importante salientar que das(os)dezesseis entrevistadas(os) somente três referiram a unidade Programa Saúde da Família como coadjuvante na educação sexual de adolescentes, quanto à orientação, promoção de saúde e prevenção de doenças, ouviu-se um relato que mostra a interatividade da equipe com a família:

Até quando ela vai ao médico pra consultar, ela tem que me levar junto. Isso não é bom para ela [...] [preferia] que ela ficasse sozinha com o médico para conversar, mas não! Ela quer me levar junto! Às vezes eu saio [...] e a deixo com a enfermeira, fica mais a vontade [...] para ela explicar o que tem para explicar. Porque às vezes não conta para os pais..., mas pode contar para outros, até para tia dela, eu digo... não quer falar nada para mim, fala para tua tia,... alguém que tu acha que pode ter confiança e falar (M 11 = 1 filha e 1 filho).

Documento oficial do Ministério da Saúde, publicado em 2006, estabelece à(ao) enfermeira(o) a função de atender às famílias adstritas no PSF, atribuindo, a essa(e) profissional a realização da assistência integral através da:

[...] (promoção e proteção de Saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção de saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando, indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), e em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2006b, p. 44).

A promoção da saúde não fica restrita aos serviços de saúde, mas segue, também, nas orientações educacionais formais, como refere a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional- LDB/PCN. Lendo a Portaria Nº 1886 GM/97, já citada anteriormente, observa-se a íntima relação do processo preventivo, percebendo-se que as(os) profissionais de saúde interagem em outros segmentos da comunidade, realizando a promoção da vida saudável e a prevenção das doenças, citada na entrevista de uma mãe, como uma interação que ocorre entre escola e serviços de saúde pública:

[...] seguido elas [equipe do PSF] vão ao colégio, [...] falar de doenças, [...] a menina do meio [...] me falou que vocês da saúde [que] falam de doenças no colégio. São as professoras que pedem para vocês falarem ! (M 10 = 1 filha e 1 filho).

Para Suplicy *et al* (2000), a orientação sexual proporciona uma visão ampla, diversificada acerca da sexualidade. Ela acontece em instituições como escolas,

centros de saúde, realizada por educador, ou outro profissional capacitado, erradicada dos preconceitos e tabus, abrindo discussões sobre as emoções e valores que impedem o uso do conhecimento.

Para desenvolver trabalho de orientação sexual nas escolas, se faz necessário que “o educador tenha acesso à formação específica para tratar da sexualidade de crianças e jovens na escola, possibilitando a construção de uma postura profissional e consciente do trato deste tema” (BRASIL, 1998, p.303).

É importante ressaltar que os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) contemplam temáticas como sexualidade, a qual vem se intensificando no Ensino Fundamental e Médio. A partir da década de 80 esse tema obteve maior relevância devido à preocupação dos educadores com aumento da incidência da “gravidez indesejada na adolescência e com o risco de infecção pelo HIV entre jovens” (BRASIL, 1998, p. 291).

Desse modo, para a mãe de uma família a escola deveria orientar os(as) adolescentes acerca de algumas situações como a apresentada a seguir:

[...] eu acho [...] que o colégio também deveria orientar, ou ter uma pessoa assim... que faz tanta coisa,[...] enfermagem os professores [...] dizer o momento das coisas [...], que tudo tem um momento... às meninas principalmente, que [...] menstruam,... acho que uma ou duas vezes transam e já estão grávidas [...] porque eu não acredito que uma menina de onze, doze anos ... o que sabe uma criança dessas? (M 14 = 1 filha e 1 filho).

Em consonância com a atribuição da instituição escolar, o PCN (BRASIL, 1998), prevê que:

O trabalho sistemático de Orientação Sexual dentro da escola articula-se, também, com a promoção de saúde das crianças, dos adolescentes e dos jovens. A existência desse trabalho possibilita as ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis/Aids de forma mais eficaz (BRASIL, 1998, p. 293).

Outra família também considera importante a atuação das instituições de ensino para com suas(seus) filhas(os) adolescentes, quando abordam assuntos referentes à sexualidade, porém, criticam quanto à distribuição de preservativos. Esse alerta é feito justamente porque há uma descontextualização entre tema e

valores, ou seja, sem a discussão e busca de esclarecimentos, consideram um ato perigoso, pois o saber tônico tem que ser aplicado com um viés ético e moral.

No entendimento de uma mãe:

[...] uma vez, faz uns três anos atrás, eu debati no colégio, e até inclusive, foram mostrar a camisinha para as crianças, [...] Para mim, não serve [...] começarem pelo colégio, claro que as aulas [...] tem que ser falada no colégio, mas até de uso da camisinha! Eu achei uma coisa muito pesada para o colégio!. Porque eu acho que isso daí parte de cada mãe, tanto para filha mulher como para o filho homem para mais tarde não darem uma cabeçada.(M 10 = 1 filha e 1 filho).

Verificou-se no depoimento acima, que há contradições quanto à distribuição de camisinha na escola. A mãe verbalizou que a escola tem a atribuição de instruir saberes científicos sobre DSTs/AIDS, e sobre o desenvolvimento reprodutor masculino e feminino.

A escola dá uma mão, mas por outro lado distribui camisinha, de uma forma estão dizendo que podem fazer arte, só devem prevenir doença e barriga, também não acho certo, não é papel da escola fazer isto (M 3 = 1 filha e 1 filho).

Quanto à distribuição de preservativos às(aos) alunas(os), algumas escolas desenvolvem trabalhos em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, nos diversos programas implantados no município, como PSF, Programa DSTs/AIDS, e Vigilância Epidemiológica.

É necessário salientar que embora o município possua um programa específico que aborda as DSTs/AIDS, em nenhum momento as mães e os pais o citaram; não o percebem como um serviço a sua disposição quanto à orientação, sobre questões pertinentes à sexualidade da(o) adolescente. No entanto, considerou-se neste estudo, que este é um campo a ser explorado, ampliado nos diversos segmentos da comunidade. O programa DSTs/AIDS seria um grande aliado das famílias, bastaria que os setores trabalhassem com a intersetorialidade, em consonância com os Programas Saúde da Família do município.

Segundo Porto (2005), a Coordenação Nacional de DSTs e AIDS, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve inúmeras campanhas de massa a fim de que a população adote comportamentos seguros e tenha acesso aos serviços de diagnóstico e a insumos, como preservativos. Entre as estratégias do MS, está a sensibilização do público para o uso do preservativo como forma mais segura de evitar a infecção pelo HIV.

A prevenção das doenças DSTs/AIDS, no contexto da educação sexual dos (das) adolescentes proporcionado pelos seus pais, acontece através do diálogo. Porém, o mesmo é oferecido por meio de informações, muitas vezes, comprometidas pelo déficit de conhecimento que relatam ter sobre tais doenças. No entanto, como já foi mencionado, há como se esclarecer por meio dos veículos meios de comunicação e da procura pelos serviços públicos de saúde, lembrando-se que o PSF é um órgão que interage com família fazendo visitas domiciliares com a incumbência de prestar assistência integral. Portanto, mães e pais não precisam saber tudo, podem se assessorar do PSF, por exemplo, para sanar as dúvidas do cotidiano de adolescentes.

Educação sexual... sabe nunca pensei nesta palavra eu... na verdade falo, mas não educo... porque não tenho tanto conhecimento assim, o que sei vou passando para eles. (M 2 = 1 filha)

Analisar as falas de usuários dos serviços públicos de saúde em relação à prevenção das DSTs/AIDS foi de fundamental importância para visualizar os Programas de Saúde municipais, como o PSF em que se implantou esta pesquisa. Viu-se ali, na mediação família/PSF a necessidade de interação entre o Programa DSTs/AIDS e a família com o intuito de auxiliá-la na promoção da saúde, na prevenção das doenças, subsidiando-as na educação sexual de adolescentes, uma vez que foi identificado neste estudo o fato de muitas(os) mães e pais não aprofundarem tais temáticas por desconhecerem a complexidade das doenças, principalmente a AIDS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um estudo científico tem a responsabilidade de gerar informações precisas sobre a trajetória cumprida em busca da meta proposta, visualizada pelas escolhas teóricas que fundamentam sua elaboração textual, o desenvolvimento do processo metodológico, apresentar os resultados que alargaram o conhecimento dando vazão à reflexão sobre os achados, às práticas profissionais e, principalmente ao compromisso social estabelecido nos contatos com os sujeitos. As pessoas que se dispuseram à participação na pesquisa tiveram esperança de ter contribuído para elucidação do problema exposto e se sentiram amparadas(os) nas suas inquietudes quanto à adolescência de filhas(os) no que pode ser oferecido pelo serviço público de saúde.

O tema abordado teve a principal preocupação de desvendar como se encontra a relação pai/mãe/adolescente quanto à educação sexual com ênfase na prevenção das DSTs/AIDS, para o que se analisou o conteúdo das entrevistas feitas com quinze mães e três pais, geograficamente pertencentes a um dos PSFs do município de Cruz Alta – RS.

A inspiração para trabalhar esta temática veio do pressuposto de que as famílias, mesmo que presentes nas mudanças globais; vivendo na era da informação; tendo mais do que em outros tempos a facilidade de acesso aos programas de ensino e de saúde vem mantendo a cultura conservadora do silêncio e da informação pontual como forma de amedrontar para gravidez e doenças e outros aspectos que envolvem a educação sexual de filhos e filhas adolescentes.

Partindo disso, pode-se dizer que a educação sexual tem início no cotidiano familiar e é ali que deveriam estar os esclarecimentos. Emocional e afetivamente falando, trocar idéias com as(os) filhas(os) é, acima de tudo, manifestação de preocupação com o ser a quem se quer bem. Pais e mães são as pessoas mais indicadas para entre outros ensinamentos levar-lhes a palavra preventiva, do cuidado de si e do compromisso social.

A literatura consultada durante a elaboração da dissertação detalhou a história da AIDS como uma das doenças mais preocupantes surgidas no último século, estendendo-se geograficamente por todos os países do mundo sem ainda contar com a solução que haverá de destruí-la. Nesse transcurso, rastreando os

povos com milhares de vítimas acometidas dessa doença, somam-se outras, como as DSTs que também se transformaram em caso de saúde pública tal é sua cronicidade instituída por vários fatores que incluem o ser humano como hospedeiro, portador e disseminador, muitas vezes por ignorância, ou desleixo, mas principalmente, pela falta de educação objetiva nas famílias e nas escolas.

Com instrumentos indicados pelo caminho metodológico, foi possível percorrer a trajetória proposta, encontrando nas(os) entrevistadas(os) o material necessário para compreender a sociedade familiar pesquisada e suas estratégias ao agir com adolescentes em questões que envolvem a incorporação de significados que transitam na mentalidade de quem tem o dever de aprender e ensinar para a qualidade das relações humanas.

Uma pesquisa deixaria de cumprir sua missão se não tivesse a clareza do papel dos sujeitos da ação que levam, nesse caso a(o) pesquisador(a) a refletir sobre a sua própria atuação profissional no cosmos que habita, interfere, influencia e, na magnitude da função exercida, dispor de seus conhecimentos para desnudar tabus, desvendar problemas e buscar soluções, enfim, desmitificar.

Assim, com a consecução destes propósitos, chegou-se à análise dos conteúdos das entrevistas, obtendo importantes resultados referentes ao objetivo, considerado plenamente alcançado neste estudo.

Os resultados foram analisados através de categorias que condensaram os tópicos constantes no roteiro das entrevistas conforme consta na figura 3.

Observando a figura 3, vê-se os resultados da pesquisa conforme a seqüência das categorias. Esclarece-se que no círculo central, explicitou-se além do objeto de estudo o roteiro da entrevista, que permitiu a apreensão e análise das categorias que emergiram possibilitando a seguinte compreensão:

a) As(Os) genitoras(es) afirmam, em sua grande maioria, que conversam com filhos(as) adolescentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Porém, ficou explícito nas atitudes, gestos e sentimentos observados nas entrevistas e afirmados na fala que esse “diálogo” acontece de maneira tímida, singela, ora advindo do seu próprio nível educacional, ora por cultura adquirida de seus antepassados a qual é permeada por estigmas e preconceitos.



FIGURA 3: Categorias e temáticas abordadas

Conforme foi constatado, esporadicamente os familiares trocam informações com filhas(os). Via de regra, isso ocorre frente a situações em que se faz necessário abordar tais temáticas. Isso, então, leva a refletir se o diálogo mencionado é realmente vivido, ou apenas desejado pelos pais e mães. Na realidade postergam o diálogo aguardando uma “idade certa”, que nunca chega, mesmo quando vivenciaram uma gravidez precoce ou outro tipo de problema com os mais velhos a conduta não muda em relação aos jovens.

A forma que as famílias educam sexualmente os(as) adolescentes advém, portanto, de uma construção cultural de saberes familiares. Nesse contexto, os ensinamentos são realizados através de poucas palavras, sem aprofundamento e,

muitas vezes, por imposições de regras, que “normatizam” a sexualidade de adolescentes. Foi dito, inclusive, que em determinadas ocasiões há uso de violência física, para repressão de atitudes desaprovadas e prevenção de reincidência.

A violência física ou até mesmo psicológica não é o melhor caminho para a educação sexual e tampouco na prevenção das DSTs/AIDS, pois tais práticas remetem a desentendimentos progressivos entre pais, mães e filhas(os), exacerbam o conflito de gerações e bloqueiam o desencadeamento de um processo reflexivo acerca do conhecimento adquirido e da conduta pessoal. Como consequência, genitoras(es) e as(os) adolescentes ficam mais vulneráveis.

b) O déficit de conhecimento das DSTs/AIDS demonstrado pelos pais e mães contribui consideravelmente para a não-verbalização da prevenção destas doenças, bem como limita suas informações quanto ao uso do preservativo principalmente com intenção de prevenir estas doenças ao filho homem.

Há famílias que proíbem a iniciação da vida sexual ativa da adolescente acreditando que assim, a filha não correrá risco de engravidar precocemente. São estes os principais temores relatados pelos pais e mães das(dos) adolescentes em sua respectiva educação sexual. Para enfrentar esses temores as(os) genitoras(es), pelos fatores já explícitos por limitações de ordem educacional e cultural, se utilizam dos recursos proibitivos, às vezes violentos, para reprimir, cercear e amedrontar. Aqueles mais esclarecidos usam a estratégia da informação, mesmo que limitada ao uso de preservativo aos meninos e anticoncepcionais para as meninas.

A limitada informação sobre DSTs/AIDS contribui para a vulnerabilidade das(os) adolescentes. Nesse sentido, as instituições de ensino têm o dever de complementar a ação das famílias para que a saúde seja compreendida como um direito de todos os seres humanos e para a adoção de medidas preventivas.

Dessa forma, a escola bem como os programas de saúde, PSF e Programa DSTs/AIDS são espaços privilegiados para implementações de ações educativas para a(o) adolescente e sua família, pois estando em processo de desenvolvimento possui maior capacidade de aprender e adotar atitudes e práticas de proteção em relação a sua própria saúde.

c) Constatou-se nos resultados desta investigação que as questões de gênero norteiam as atitudes de pais e mães das(os) adolescentes, determinando a forma de educar pela identidade de gênero.

A prática para a prevenção da DSTs/AIDS nas famílias é permeada pela definição de “masculino” e “feminino” que determinam comportamentos de filhas(os) adolescentes, de acordo com as diferenciações socialmente construídas. Partindo da compreensão de gênero deste estudo, conclui-se que as mulheres, representadas pelas filhas adolescentes são mais vulneráveis, em consequência das desigualdades de gênero, não enfatizando a prevenção das doenças, se comparado com as informações fornecidas ao menino.

Palavras, comportamentos e ações de pais e mães configuram-se como as mais importantes ferramentas de educação sexual das(os) adolescentes, culminando com aspectos importantes considerados nesta investigação, e capazes de promover a valorização e a auto-estima, tão necessárias ao desenvolvimento da capacidade de tomar decisões, adotar atitudes e cuidados com a saúde, manter-se informadas(os) para o autocuidado como habilidade de buscar respostas à vida.

Ademais, é importante que as pessoas responsáveis pela elaboração e implementação das políticas públicas sejam capazes de apreender as percepções das famílias de adolescentes conforme a realidade vivenciada pela instituição familiar. Os PSFs, Programa DSTs/AIDS e a escola são locais favoráveis à criação de espaços para discussões e reflexões, orientações que contribuam para mudanças no perfil da epidemia da AIDS.

Culturalmente, hoje as temáticas que envolvem a sexualidade não são muito comentadas no seio familiar, ficam “supostamente esquecidas” exatamente por terem dificuldade de abordagem. Assim, fatidicamente reproduzem, ainda que de forma sutil, aos descendentes, os princípios da educação recebidos das(os) genitoras(es) ou por genitores.

Por fim, a grande lição tirada desta investigação se refere ao compromisso social de profissionais da saúde e da educação em se transformarem em agentes da transformação social, auxiliando as famílias à prática do aprender e ensinar, fundamentadas em concepções reais, claras, responsáveis sobre o aspecto preventivo em qualquer circunstância de risco de agravos à saúde, especialmente no caso das DSTs/AIDS. Além disso, essa conscientização poderá também minimizar o fato de muitas(os) adolescentes se tornarem pais e mães precocemente, acarretando mais um problema social de amplo espectro uma vez que foram concebidos sem a devida preparação, como expressaram as(os) entrevistadas(os) durante a pesquisa.

Diante disso, este estudo sugere que se crie estratégias de ação entre profissionais atuantes nas famílias que devem ser capacitadas(os) para discutir os fatores que envolvem a sexualidade, para melhor compreender a linguagem dos pais e mães. A assistência das(os) profissionais deve estar alicerçada na integralidade da assistência à família, subsidiando-a a respeito desse tema como parte da vida, integrada às questões de auto-estima, prazer, sexualidade e gênero.

Ressalta-se que tais temáticas devem ser trabalhadas com os pais e mães das(os) adolescentes, proporcionando a oportunidade de se despirem de tabus e preconceitos, para terem mais aproximação às expectativas das(os) filhas(os), referentes à sexualidade e a um viver mais saudável, prazeroso e feliz.

6. REFERÊNCIAS

ALDANA, A. Mulher, sexualidade e sexo seguro. In PAIVA, V. (org.) **Em tempo de AIDS**. São Paulo: Summus, 1992, p. 39.

AZEVEDO, Maria Perpétua do Socorro M. T. *et al.* **Saúde na Escola 2: prevenção de DSTs e AIDS**. Disponível em: <www.tvebrasil.com.br>. Acesso em: 28 nov. 2004.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. **Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes**. Brasília: Posigraf, 2001.

BASTOS, F. I. **Ruínas e reconstrução: aids e as drogas injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, ABIA/IMS/UERJ, 1996.

BELO, Márcio Alves Vieira; SILVA, João Luiz Pinto. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, Ago 2004, vol.38, nº 4, p.479-487.

BOEHS, Astrid E. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar famílias em expansão. **Rev. Marcos para a prática de Enfermagem com Famílias em Expansão**. Florianópolis: UFSC, 1994.

BOGDAN, Roberto C., BICKEN, Sari Knopp, **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução para teoria e aos métodos**. Lisboa: Porto Editora, 1994.

BRASIL. **Principais pontos da trajetória de desenvolvimento do PAN-DSTs/AIDS** para o ano de 2006. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACC5B55EPTBRIE.htm>. Acesso em: 28 de julho de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, v. 4 Brasília: 2006b. 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básica de saúde: saúde da família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: 2006c. 72p.

_____. **Curso Básico em Vigilância Epidemiológica em HIV E AIDS**. Caderno do Aluno- Ministério da Saúde- secretaria de vigilância em Saúde- Programa Nacional de DSTs e AIDS, unidade I, 27p. Brasília, DF, 2005.

_____. **Boletim epidemiológico: programa de DSTs/AIDS/ 2003**. Disponível em: www.fdhf.gov.br. Acesso em: 28 nov. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde. Ano V, n. 7, edição especial, jan. 2003 a abr. 2004b.

_____. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS: uma política por construir**. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2003, 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Edição Especial, Brasília, 2002. 80 p.

_____. Adolescência, Puberdade e nutrição. **Adolescer: compreender, atuar e compreender: Projeto Acolher/ Associação Brasileira de Enfermagem**. – Brasília: ABEn, p.77, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico da AIDS**. Brasília: [s.ed.], 2000a.

_____. Ministério da Saúde **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b.

_____. **Prevenir é sempre melhor**. Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Nacional DSTs/AIDS. Brasília: 3ª Edição – 1999.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais/ Secretaria de Educação Fundamental**. – Brasília: MEC/SEF, 436p. 1998

_____. **Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria1886_18_12_97.>. Acesso em: 18 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei n. 8.069, de 13 jul. 1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 05 out. 1988.

BRUM, Maria L. Bevilaqua. **Percepção de mulheres acerca do cuidado de si e de sua família na prevenção das DST e AIDS**. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS**. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século dos anos 40**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CARVALHO, E. DA S; CARVALHO, W. B. de; **Terapêutica e prática pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTILHOS, E.; BASTOS, F. I. Aids (1981-1997): o rastro da tormenta. **Revista USP**. São Paulo, n. 33, p. 7-9, mar/abr/maio, 1997.

CERVENY, C. M. O et al. **Família e ciclo vital nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1997.

CHEQUER, Pedro. **Boletim epidemiológico AIDS/DST**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BED005A42-14BE-4F7E-98A7-E6AD7CD9A76D%7D/BOLETIM.pdf>. Acesso em: 5 maio 2005.

CORREIA, Áurea Cristina de Paula. **Paternidade na adolescência: Vivências e significados no olhar de homens que a experimentam**. Tese de Doutorado, apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP- Ribeirão Preto, 2005.

DIAS, Ana Cristina G. GOMES William B. Conversas sobre sexualidade na família e Gravidez na Adolescência: a percepção dos pais. **Estud. psicol.** (Natal), Jan./June 1999, vol.4, no.1, p.79-106. ISSN 1413-294X.

DUARTE, L. F. D. Investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma introdução. In: **Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

EGYPTO, Antônio Carlos (org). **Orientação sexual na escola: um Projeto Apaixonante**. São Paulo: Cortez, 2003.

FERRARI, Mário; KALOUSTIAN, Silvio Manoug. Introdução. In: KALOUSTIAN, Silvio Manoug. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p. 871, 2004.

FONSECA, A. D.; GOMES, V. L. O. Manifestações de gênero no processo do adolescer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 231-237, 2004.

FONSECA, C. **Olhares antropológicos sobre a família contemporânea**. Comunicação apresentada no Congresso Internacional Pesquisando a família. Florianópolis, Abril, 2002.

FURLANI, Jimena. Educação sexual: possibilidades didáticas. In: LOURO Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodore. (orgs.). **Corpo, gênero, e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 66-81.

GENTILLE, M. **Promoção da saúde e município saudável**. São Paulo: Vivere, 2001.

GOELLNER, Silvana V. A Produção Cultural do Corpo. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodore (Orgs.). **Corpo, genero, e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Revista de Estudos e Pesquisas em Educação**, Cadernos de Pesquisa, n. 91, p. 7-22, nov. 1994. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1994.

GONZALES-FORTEZA, C.; PALOS, P. A. Estressores cotidianos, mal-estar depressivo e ideación suicida en adolescentes mexicanos. 1993.

GUIMARÃES, I. **Educação sexual na escola: Mito e realidade**. Campinas: Mercado de Letras, 1995.

HALLAL, Roberto Curi. Castigo: um mito educativo. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 7, p. 213-224, Edição Especial 2, Nov., 1996.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000: características gerais da população (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2003a.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000: famílias e domicílios (resultados da amostra)**. Rio de Janeiro, 2003b.

JEOLÁS, L. S. A modernidade e o risco do HIV/AIDS na adolescência: Contribuições da Antropologia. **Boletim 29**. Universidade Estadual de Londrina, Jul/Dez. 1995.

JESUS, Maria Cristina Pinto de. Educação sexual e compreensão da sexualidade na perspectiva da enfermagem. In: RAMOS, Flávia Regina de Souza; MONTICELLI, Marisa; NISTACHE, Rosane Gonsalves (Orgs.) **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEN/Gov. Fed., 2000, p. 46-55.

LACHARITÈ, C. A construção solidária de caminhos para a prevenção e o enfrentamento da violência na família e sociedade: uma experiência canadense. **Texto & Contexto Enfermagem - UFSC**, Florianópolis, 1999.

LEAL, Marta Miranda; SAITO, Maria Ignez. Singularidade do desenvolvimento do adolescente: a síndrome da adolescência normal. In: MARCONDES, Eduardo et al. **Pediatria Básica: Pediatria geral e neonatal**. T. I, 9ª ed., p.1313 São Paulo: Sarvier, 2002.

LOURO, Guacira Lopes. **Currículo, gênero e sexualidade**. Porto: Porto Editora, LDA, 2000.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e Educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. 2ª ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito gênero. In: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, Série Enfermagem, 1996.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa, 2003.

MARTINS, Scheila de C.; ALVES, Rozilda das N., A família e a AIDS. **Ciência Cuidado e Saúde**. UEM/DEN, Maringá, 2003.

MAYER, Dagmar Estermann. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, Guacira Lopes, NECKEL, GOELLNER, Jane Felipe, VILODORE, Silvana (Orgs.) **Corpo, gênero e sexualidade**: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 9-27.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOREIRA, Eliane Cristine; CENTA, Maria de Lourdes. O retrato da violência domiciliar para crianças de 8 a 11 anos. **Fam. Saúde Desenv.**, v. 5, n. 1, p. 35-42, jan./abr., 2003.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cadernos CEDES**, n. 45, p. 48-70, 1998.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **HIV e AIDS nas Américas**: uma epidemia multifacetada. (trad. Andrea Galvão), Washington: UNAIDS, 2001.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescência. 2ª. ed., São Paulo: Revinter, 2003.

PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p.109-119, Abr., 2006.

PAPP, P. **O processo de mudança**: uma abordagem prática à terapia sistemática da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PARKER, R.; GALVÃO J.; BESSA, M. Introdução: políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva. O caso da Aids. In: SAÚDE, desenvolvimento e políticas: respostas frente a AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: **ABIA**, n. 34 São Paulo, 1999.

PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.; (org.). A AIDS no Brasil. In: PARKER, R. **Sexo entre homens**: consciência da AIDS e comportamento sexual entre homens homossexuais e bissexuais no Brasil. Rio de Janeiro: Relumé Dumará, 1994.

PARKER, R. **Corpos, Prazer e Paixão**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991.

PERES, Camila Alves et al . Prevenção da Aids com adolescentes encarcerados em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**., São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

PINTO, José Marcelino de Resende *et al.* Comentários dos resultados de Educação. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**: Educação, Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

PORTO, Mauro Pereira. The fight against AIDS among adolescent girls: the impact of the 2003 Carnival campaign by the Brazilian Ministry of Health. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p.1234-1243, July/Aug., 2005.

RAMOS, Flávia R. Souza, Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto a@ adolescente. In: **ADOLESCER-compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2001.

ROCHA *et. al.* Acompanhamento do adolescente na família. In: **ADOLESCER-compreender, atuar, acolher**. Brasília: ABEn, 2000.

SAITO, M. I. Sexualidade, adolescência e orientação sexual: Reflexões e desafios. **Revista de Medicina**, 1996.

SANTOS JUNIOR, José. Domingues dos. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência: vulnerabilidade a Maternidade. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de juventude, saúde e desenvolvimento**. v. 1, p. 223-39, Brasília, 1999.

SANTOS, Vera L. dos; SANTOS, Cleide E. dos. Adolescentes, jovens e fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência: vulnerabilidade AIDS. In: SCHOR, Nélia, MOTA, Maria do Socorro F. Tabosa: BRANCO, Viviane Castelo (Org.). **Cadernos de juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999, p. 230-48.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil da análise histórica. **Educação e realidade**. Porto Alegre. v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

SILVA, Mara Regina dos Santos. Resiliência: uma referência ao trabalho de enfermagem junto às famílias que vivem em situação de risco psicossocial. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá: Universidade Federal do Maringá, UEM/DEN, 2003.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O Significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDs entre homens casados. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 40-49, ago., 2002a,

SILVA, Neide Emy Kurokawa *et al.* Limites do trabalho multiprofissional estudo de caso no centro de referencia para AIDS. **Rev. Saúde Pública**, n. 4, p. 108-116, v. 36, ago. 2002b,

SIMON, Cristiane Paulen; SILVA, Rosalina. Prostituição juvenil feminina e a prevenção da AIDS em Ribeirão Preto. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 82-87, São Paulo, ago. 2002.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9ª ed., v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SPROVIERI, M. H.; Assumpção Jr., F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 2, p. 230-237, 2001.

SPRINZ, E.; FINKELSZTE, J. N. **Rotinas em HIV e AIDS**. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

SUÁREZ, M. Sexo: gênero e epidemiologia. **III Congresso Brasileiro**, Salvador, 1995. (Comunicação apresentada na oficina de trabalho: Gênero e saúde: estado atual do conhecimento epidemiológico, lacunas e desafios).

SUPLICY, M. *et al.* **Sexo se aprende na escola**. São Paulo: Olho d'água, 2000.

SUPLICY, M. *et al.* **Guia de orientação sexual**: diretrizes e metodologia (Trad. AB de AIDS. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

TIBA, Içami. **Situações Críticas**. Quem ama educa. São Paulo: Gente, 2002.

TIBA, Içami. **Adolescentes. Quem ama educa !** São Paulo. Interage, 2005.

TRINDADE, Ellica; BRUNS Maria Alves de Toledo. **Sexualidade de jovens em tempos de AIDS**. Campinas: Átomo, 2003.

WAGNER, Adriana (org.) **Família em cena, tramas, dramas e transformações**. São Paulo: Vozes, 2002.

WEEKS, J. AIDS and the regulation of sexuality. In: BERRIDGE, V.; STRONG, P. (Eds.). **Aids and contemporary history**. London: Cambridge University Press, 1993.

www.cruzalta@.com.br, acessado em 19 de julho de 2006

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZORDAN, Eliana P.; SCHMIDT, Edileusa B. Percepção dos pais acerca da sexualidade dos filhos na adolescência. **Revista Brasileira da Sexualidade humana**, v. 7, p. 195-212, Edição Especial 2, Nov., 1996.

APÊNDICE A: Roteiro para entrevista

- 1- Em sua família, como ocorre a educação sexual de seus(suas) filhos(as) adolescentes?
- 2- Além de você, quem mais colabora na educação sexual de seus(suas) filhos(as) adolescentes?
- 3- Há alguma diferença na educação sexual de seus(suas) filhos(as) adolescentes por ser homem ou mulher? Por quê?
- 4- O que você considera imprescindível para uma adequada educação sexual de seus(suas) filhos(as) adolescentes?
- 5- Queres falar mais alguma coisa que não tenhamos comentado em nossa conversa acerca da educação sexual de seus(suas) filhos(as)?

APÊNDICE B: Diário de campo

A) LOCAL DAS ENTREVISTAS

B) NOME DA(O) ENTREVISTADA(O)

C) DATA: _____ / _____ / _____.

D) OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Gestor Municipal de Saúde

Ilmo. Sr.
José Martins
MD Gestor Municipal de Saúde

Senhor Gestor

Solicito autorização para realizar no Programa Saúde da Família Santo Antônio n° 5, situado na Rua Germano Zenckner, n° 1829, do município de Cruz Alta- RS, uma pesquisa cujo título é “*A Prevenção das DSTs/AIDS em Adolescentes Partindo do Contexto familiar*”. Este projeto será apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre e está sendo realizado sob orientação da Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Oliveira Gomes, telefone para contato (0xx-53-3232-7296).

O objetivo da realização deste estudo é apreender, compreender e analisar como as famílias realizam a educação sexual de suas(seus) filhas(os) adolescentes, com vistas na prevenção DST/AIDS.

Para realizá-lo precisarei entrevistar individualmente alguns pais e mães dos(as) adolescentes moradores nessa micro-área, no entanto, a participação de cada um(a) estará condicionado à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato dos(as) participantes e do local do estudo. Ressalto ainda, que estou e estarei disponível para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. Esse contato pode ser mantido pessoalmente na ocasião das entrevistas ou pelo telefone (055) 99230503, com Cristina Thum Kaefer e pelo telefone (053) 3233-8855) com orientadora da pesquisa Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

Seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, podendo ser cancelado a qualquer momento, sem que isso possa causar ônus à instituição ou aos participantes.

Sendo o que tinha a tratar no momento e certas de contar com sua colaboração, subscrevemo-nos.

Enf^a. Cristina Thum Kaefer
Responsável pela pesquisa

Dr^a. Vera Lúcia de Oliveira Gomes
Professora Orientadora da Pesquisa

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como estou ciente de que poderei recusar a esse pedido ou cancelar o consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar qualquer tipo de ônus para a instituição ou para @s participantes. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada “A Prevenção das DSTs/AIDS em Adolescentes partindo do contexto familiar”, a ser realizada pela Enfermeira Cristina Thum Kaefer, no programa Saúde da família Santo Antônio nº. 5.

Nome

Assinatura

Cruz Alta/...../.....

NOTA: Conforme Resolução N°196/96 do CNS, este consentimento será assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e outra da Gestora Municipal de Saúde.

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais e mães de adolescentes

Prezado(a) _____
(nome do(a) pai ou mãe da família de adolescentes)

Meu nome é Cristina Thum Kaefer, estou fazendo o curso de mestrado na Fundação Universidade Federal do Rio Grande-RS e, como tarefa deste curso, estou realizando, uma pesquisa cujo título é “Prevenção das DSTs/AIDS em Adolescentes partindo do contexto familiar. Este projeto está sendo realizado com a orientação da Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Oliveira Gomes.

Meu objetivo com a realização deste estudo é apreender, compreender e analisar como as famílias realizam a educação sexual de seus filhos adolescentes, com vistas na prevenção DST/AIDS.

Para realizá-lo, precisarei entrevistar individualmente alguns dos(as) pais e mães dos adolescentes moradores de todas as micro áreas, atendidas pelo Programa Saúde da Família Santo Antônio nº. 5 e você está sendo convidado(a) a participar. Para não esquecer nenhum detalhe da nossa conversa precisarei gravar as entrevistas em fita cassete. Caso você concorde, garanto-lhe que todas as informações serão mantidas em anonimato e que você pode desistir de participar a qualquer momento sem que isso possa causar qualquer tipo de problema para você ou para sua família. Garanto ainda, que todas as suas dúvidas serão esclarecidas por mim, no momento da entrevista, ou pelo telefone (55) 99230305.

Você gostaria de colaborar com este estudo?

Declaro ter sido esclarecido(a) acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como estou ciente de que poderei recusar-me a participar ou cancelar esse consentimento a qualquer momento sem que isso possa causar qualquer tipo de ônus para mim ou para a minha família. Assim, concordo em participar do estudo cujo título é “A Prevenção das DSTs/AIDS em Adolescentes partindo do contexto familiar” a ser realizado pela Enfermeira Cristina Thum Kaefer, bem como autorizo a gravação das entrevistas em fita cassete.

Nome

Assinatura

Cruz Alta/...../.....

NOTA: Conforme resolução 196/96 do CNS, este consentimento será assinado em duas vias, ficando uma em posse da pesquisadora e outra da(o) informante.