

Editorial

CHEGANDO LÁ...

Com este exemplar encerra-se o volume oito de nossa Revista, marcando também o final de uma época. Época em que a Revista só se manteve a custa de um grande esforço científico e de paciência de nossos associados, pois tendo regime semestral de publicação, muitas vezes os autores tinham que aguardar um ano, ou mais, para verem seus textos publicados. E quando isso acontecia, os resultados publicados ocasionalmente já estavam desatualizados. A partir de 1998 (nono ano de publicação da Revista), nossa *Revista Brasileira de Sexualidade Humana* será publicada, sempre que o número de textos assim o exigir, a cada quatro meses.

Essa conquista se deve aos esforços das últimas Diretorias, cujos ajustes administrativos possibilitaram condições econômicas para que isso ocorresse. Assim, a partir já de seu próximo número, a RBSH será publicada rotineiramente a cada quatro meses ou, se escassearem os textos, a cada seis.

Além dessa importante mudança, temos outras boas notícias. Com a regulamentação da concessão dos Certificados de Qualificação em Educação Sexual e em Terapia Sexual, por exemplo, está sendo possível conceder esses importantes certificados, que com o tempo se tornarão, temos certeza, a marca diferencial dos profissionais bem preparados.

A multiplicação de eventos regionais é outro sinal da saúde da SBRASH. Vários eventos estão programados para 98, como os de São Paulo, Paraná (Pato Branco) e Santa Catarina (Chapecó), além de vários outros cuja programação nossos associados poderão acompanhar através de nosso Boletim Informativo, que alias está também em seu nono ano de existência.

Claro que temos consciência de que ainda falta muito por fazer. Fazendo um balanço realista do que nossa Sociedade já realizou, no entanto, não podemos deixar de constatar, com muita satisfação, que estamos chegando lá.

Nelson Vitiello
Editor

A estrutura psicorgânica do homem impotente 1

Maria das Graças Silva*

Falar de impotência é falar de todos nós seres humanos que no decorrer de nossas vidas e em tantos momentos somos impotentes, não conseguimos caminhar, sentimos o corpo pesado, cansado e a mente embutida. Portanto não conseguimos associar o que sentimos com o que pensamos em frente as nossas atitudes. Logo, ficamos inertes, impotentes...

Mas a impotência a qual me refiro é mais profunda, onde o viver da vida cortou a raiz mãe, deixando as ramificações pulsando sua dor pelo corte da desestrutura de uma carência de vida.

Estou falando do homem impotente e de sua sexualidade, onde o pênis em frente às excitações sexuais não consegue obter resposta sensorio-neuromuscular da ereção, pois a sua estrutura somática, visceral e endocrina na história de sua vivência ficou deformada, bloqueada no seu desenvolvimento sociopsicossexual ou do tubo sexual e social. É o espelho

* Psicoterapeuta do Instituto Kaplan, São Paulo.

Recebido em 26.7.96

Aprovado em 9.8.96

da desestrutura do nosso corpo, onde podemos detectar as couraças musculares ou debilidades neuromusculares nas posturas corporais e nas atitudes de vida desse homem consigo mesmo e com seu meio ambiente. A constatação de sua potência, era ansiedade e angústia, onde o pavor nos olhos e a tensão de endurecimento ou corpo cansado caído se faz presente. É uma situação sufocante que se projeta dentro de imagens internas como se fosse um filme em alta rotação, com imagens externas do momento vivido junto a uma autocobrança de um “pinto” ereto, que muitas vezes é transferido e cobrado acusando a sua parceira, com quem viveu ou está vivendo neste momento.

Enfim, a impotência de se sentir impotente como um homem viril faz com que ele transfira essa dor para seus, familiares, amigos e principalmente para o seu trabalho.

Há uma queda geral da energia que envolve este homem e o leva a não se sentir, não se perceber inteiro no seu dia-a-dia. Este ser fragmentado não se faz impotente de um dia para o outro, pois são as conseqüências de sua história de vida, sofrida de carência do alimento afeto e do alimento-comida, e de toda uma história de dor, de luta para sobreviver neste mundo de valores, padrões, modelos criados pelos sistemas dominantes. Num dado momento este Ser homem não agüenta e rompe, e este rompimento é um arrombamento na sua força de vida que se situa na energia sexual, resultado final da sua impotência de vida.

Este é o momento de constatar, ele colocar os pés no chão, de entrar na realidade, em contato com a sua pobreza afetiva desde a mais tenra idade. com suas oscilações de angústia e ansiedade na busca da sua própria identidade na adolescência, para constatar o círculo vicioso da sua dicotomia afetivo-sexual na fase adulta. com isso um autoprovar no decorrer de sua vida.

Assim constatamos uma dor que penetra nas mais profundas camadas do nosso corpo, alma e espírito.

Acredito que desde o surgimento do homem no mundo a impotência sexual se faz presente, pois é um problema no processo do amadurecimento do desenvolvimento psicosssexual ou do tubo sexual, da relação da aceitação intra-uterina no processo simbiótico mãe e filho, da relação do contato do recém-nascido com o calor do toque (aconchego e o sugar do seio). da relação da sua maturação com a mãe, pai, familiares, estruturas sociais. valores morais e religiosos. Neste processo há o amadurecimento das fases em busca da sua identidade sexual, conseqüentemente social, de se sentir integrado consigo mesmo no seu eixo neuro-psico-corporal, onde os processos sensório-perceptivos se fazem

presente, ou seja, um homem confiante, capaz de amar e produzir para si e para sua sociedade.

Afinal estamos quase chegando no século XXI, no aprimoramento da tecnolollia, no avanço das maquinas, dos computadores onde o homem se faz “Robô”, e o Céu é o Limite.

Verificamos que a tecnologia avança em todos os setores, a portanto não podemos deixar de vivenciá-la. integrando-a ao homem impotente, que em busca do “pinto ereto”, pois este desde que o mundo é mundo tem a força do poder, se entrega nas mãos de alguns profissionais que não se autopercebem como Ser Total e projetam nos seus pacientes a sua própria fragmentação, ou mesmo profissionais chamados “máquinas humanas”, também fragmentados, que estão apenas em busca de *status*, com isso eles estão fazendo transferências das manipulações que sofreram e sofrem, e continuam a ser conduzidos pelos sistemas, apenas mudaram de mãos, se entregam confiantes como confiaram no útero materno, ao contato do calor humano no decorrer do seu desenvolvimento.

Hoje, há a moldagem da prótese peniana na sua forma, espessura, tamanho como se essa energia de vida fosse um pedaço de um objeto que pode ser manuseado ao bem querer.

O homem é o resultado da ciência, metafísica, psicologia, filosofia dentro do seu sistema social e cultural, é complexo e multidimensional; a solução não se encontra em usar uma única direção, mas é preciso refletir esta dificuldade em sua totalidade.

Portanto, é a combinação dos avanços tecnológicos com a constatação do problema psicorgânico, a impotência sexual, que pode obter resultados positivos e satisfatórios, desde que consigamos integrar esse homem Ser dentro deste homem Ter, para obter uma prótese peniana que propicie sua auto-satisfação e bem-estar.

Observei que os homem impotentes sexualmente, após prótese peniana e resultados satisfatórios clinicamente, não apresentaram necessariamente mudanças nas suas estruturas psicorgânicas e no seu modo de Vida. O “pinto” está ereto, mas a mente, o corpo e o espírito continuam os mesmos, a história é a mesma, logo eternos insatisfeitos e toda uma história de carências afetivas e alimentares. Na realidade, precisamos interá-los com eles mesmos, pois o processo anatômico é uma profunda e poderosa ciência produzida por imagens emocionais internas, as formas ele nossos corpos e órgãos internos nos falam da nossa mente e do nosso espírito. Isso ocorre, pois todo processo sensoperceptivo vem através dos receptores proprioceptivos, viscerceptivos e interoceptivos, os quais são as bases dos programas cerebrais conscientes e inconscientes que nos con-

duzem a vivenciar o que sentimos, pensamos e agimos. Assim, verificamos que um dos elementos fundamentais encontrados nos seres vivos é a organização pulsátil, capaz de contrair e expandir, de aumentar e diminuir, amolecer e endurecer, de acordo com as nossas histórias de vida. O nosso tecido cerebral também pulsa, se contrai e se expande, para circulação do líquido cérebro-espinhal. Todo organismo é uma bomba pulsátil e o nosso sentimento e pensamento é baseado nessa ação bombeante.

portanto, são as nossas emoções conectadas as nossas memórias antigas e recentes, as duais possuem as mesmas bases neurais da amígdala, situada no lobo temporal pertencente ao sistema límbico, que concentram todas as informações sensoriais e exercem um papel de interface entre os estímulos do ambiente e o retomo das reações. O homem é um organismo autoproduzido.

A partir dessas formas somáticas, viscerais e endócrinas ficamos conhecendo a história genética, social e pessoal. A anatomia, a fisiologia, a cinesiologia e a neurologia emocional constituem-se de camadas de pele, músculos, órgãos e a camada invisível de hormônios ligadas à grande e pequena circulação, favorecendo ou desfavorecendo esse Ser homem.

Essas estruturas emocionais mostram as relações entre forma e as forças genéticas e sociais que inibem ou facilitam a formação de uma vida que contém mistérios ancestrais, desafios atuais e um gancho para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HEICH, W. (1978). *Psicologia de Massas do Fascismo*. São Paulo: Antídoto.
2. FROMM, E. (1972). *Análise do Homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
3. VAYER, P. (1969). *Equilíbrio Corporal*. Rio de Janeiro: Editorial Científico-Médica.
4. ERIKSON, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
5. MACHADO, A. (1981). *Neuroanatomia Funcional*. Rio de Janeiro: Ateneu.
6. GUYTON, A. C. (1984). *Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças*. Rio de Janeiro: Interamericana.
7. CAPRA, F. (1988). *Sabedoria Incomum*. São Paulo: Cultrix.

A trajetória da atenção à saúde do adolescente **2**

Elza Maria Lourenço Ubeda*
Maria das Graças Carvalho Ferriani**

Resumo: O presente estudo apresenta a gênese da atenção à saúde do adolescente e as estratégias de atendimento relacionadas aos momentos históricos ocorridos desde o final do século XIX na Inglaterra até o momento atual.

Unitermos: adolescente, atenção à saúde do adolescente.

Ser ,jovem é tão antigo quanto a humanidade, mas só a partir do século XVIII é que este passou a ocupar um lugar de destaque na vida social humana, apesar de já existir uma percepção desta particular fase de desenvolvimento. Como coloca ARIES (1981), a juventude era identificada como um período de características próprias com relação ao corpo, ao crescimento e ao desenvolvimento, e a certos comportamentos e funções na sociedade. As idades da vida não equivaliam apenas às etapas

* Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

** Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Recebido em 6.1.97

Aprovado em 19.1.97

biológicas mas a funções sociais. Juventude significava força da idade e a sua idéia estava relacionada à dependência. Tornar-se independente decidia o final da infância.

Entretanto, a atenção à saúde do adolescente, como objeto de estudo e preocupação, ocorre posteriormente à abordagem que filósofos e intelectuais desenvolveram, a partir de fins do século XVIII, visando à formação educacional do jovem (MORAES, 1990).

O início da atenção à saúde para essa população ocorre no final do século XIX, exatamente em 1888, quando médicos ingleses passam a se responsabilizar pelos cuidados de saúde a moças e rapazes que moravam em escolas e academias militares. Esses cuidados visavam a melhorar a qualidade e o ambiente das escolas, a assistência médica e a prevenção de doenças e acidentes (COATES, 1993).

Essa atenção à saúde, para ROSEN (1994), se deveu à expansão da industrialização naquele país e às prioridades estabelecidas de prevenção de doenças transmissíveis e de inspeção sanitária nos prédios nas escolas. Nesse sentido, segundo esse autor, a preocupação com a saúde de grupos de pessoas emerge em graus crescentes por motivos práticos. A força de trabalho precisava estar disponível, em número adequado e nos locais indispensáveis.

Ainda no entendimento de ROSEN (1994), uma outra preocupação era a inaptidão de muitos jovens para o serviço militar, uma nação que pretendesse ter homens saudáveis e aptos, para servir as forças armadas, deveria proteger seus recursos humanos.

Segundo COATES (1993), a atenção à saúde do adolescente mudou ao longo do e os interesses que marcaram o atendimento estavam de acordo com a realidade social e cultural da época e dos adolescentes.

Em 1918, nos Estados Unidos, cria-se o primeiro trabalho de clínica médica de adolescentes, na Faculdade de Medicina de Stanford, inicialmente com finalidades médicas e depois aliando a estas os aspectos sociais e educacionais.

Nas décadas de 1920 a 1930, os estudos efetuados em universidades, na Europa e Estados Unidos e atendimentos clínicos em centros de saúde e escolas, dão ênfase aos aspectos de crescimento antropométrico, desenvolvimento da personalidade e nutrição.

Em 1951, surge a Unidade de Adolescentes, ligada ao Hospital Infantil de Boston, EUA, caracterizando-se como um centro inovador de cuidados clínicos ao adolescents e tornando-se, posteriormente, o primeiro programa de treinamento clínico para acadêmicos médicos. Os destaques principais desse programa são a individualidade e as alte-

ções dos adolescentes em outras etapas do desenvolvimento humano (COATES, 1993).

No entanto, como relata MORAES (1990), essa atenção era centrada nas patologias e, via de regra, dava-se em nível terciário.

Entre as décadas de 1950 e 1960, há uma intensificação dos estudos sobre o crescimento e desenvolvimento do adolescente, em busca de critérios de normalidade e padrões de maturação. O destaque é para o trabalho de TANNER, iniciado em 1949 e publicado em 1962, sobre os fenômenos biológicos próprios dessa faixa de idade (TANNER, 1962).

Há um desacordo de opiniões entre autores quanto à época de criação do primeiro serviço de adolescência, na América Latina. SILBER (1985) relata que o Centro Municipal de Adolescência, em Buenos Aires, Argentina, ocorreu no fim da década de 40: COATES (1993) afirma que este só ocorreu em 1955.

Apesar desta divergência, ambos concordam que o serviço multiprofissional criado pela Dra. Ferrarotti é marco da atenção à saúde do adolescente, a partir do qual, vários serviços dedicados à saúde do adolescente foram criados na Europa e América Latina.

A conscientização dos problemas advindos dos movimentos de jovens universitários norte-americanos e franceses, iniciados na década de 50 e que explodiram na década de 60, motivou, além do estudo, a abertura de locais na comunidade com maior atenção ao atendimento primário e aos programas de ação preventiva. Predominam as ações voltadas para o crescimento e o desenvolvimento, para a necessidade de educação e orientação em relação à sexualidade, a gravidez, às doenças sexualmente transmissíveis e à higiene mental, corporal e social.

Assim, cientes da importância da atenção à saúde do adolescente a se constituir em respostas às necessidades deste, a Organização Mundial da Saúde - OMS - e a Organização Pan-americana de Saúde - OPS - vêm difundindo obras relacionadas à saúde do adolescente. desde as décadas de 60 e 70.

Hoje, o que se pensa e se escreve sobre a adolescência e sobre a atenção à saúde do adolescente pode ser encontrado em algumas das publicações da Organização Pan-americana de Saúde e de autores que trabalham com a temática.

MACEDO (1985), no prólogo da publicação "*La salud del adolescente y el joven en las Américas*", ao fazer uma introdução ao tema, expõe aspectos importantes na discussão atual sobre a adolescência na América Latina.

Esse autor refere que a maioria dos valores básicos da civilização ocidental está associada aos problemas de juventude, ao mesmo tempo que

esta se vê amedrontada por esses valores. Comenta que as mudanças rápidas que ocorrem nos campos social, econômico e cultural não têm gerado locais de trabalho e locais culturais para congregar os jovens, estabelecendo assim relação de ambigüidade e contradições. Aborda que a busca de si mesmo e da identidade em muitos casos está associada aos comportamentos de risco. Quando fala sobre a sexualidade não devidamente orientada, relaciona esta ao aumento do número de abortos, gravidez não desejada e das doenças sexualmente transmissíveis.

Ao discorrer sobre as mortes violentas, indica a necessidade de se refletir sobre o papel que os jovens desempenham para se conquistar a paz entre os povos.

Quanto aos problemas de saúde, enfatiza a importância de um enfoque multifacetado, devido às características psicossociais e à inserção social do jovem.

O informe da 42ª Assembléia Mundial da Saúde - OMS (1989), que teve como tema a "*Saúde dos Jovens*", reconhece que o setor saúde desempenha papel importante na mobilização dos esforços voltados para o atendimento das necessidades de saúde dos adolescentes.

Em 1990, a OPS estabeleceu o marco de referência para a promoção da saúde integral do adolescente, bem como expôs as dimensões que devem ser consideradas em relação ao atendimento integral à saúde do mesmo.

Ao discorrer sobre o significado da saúde integral do adolescente, aponta a necessidade de efetivação dos níveis críticos de qualidade de vida em termos de direitos elementares, tais como: a educação, nutrição, habitação, boa saúde física e mental, trabalho, lazer, participação e liberdade.

Quando fala sobre o desenvolvimento de programas com ênfase na saúde integral do adolescente na América Latina, relaciona este à necessidade de redução de desigualdades, de aumento dos níveis de prevenção primordial e primária e de fortalecimento de instrumentos e estratégias que satisfaçam as necessidades biológicas e psicossociais do jovem.

Com relação à atenção da saúde integral, defende a necessidade de ponderar sobre o conceito de integralidade da saúde em geral e do adolescente em particular dentro do contexto de inter-relações dos três sistemas: biológico, psicossocial e meio ambiente. Coloca, ainda, as estratégias de programação e os requisitos operacionais (recursos humanos, materiais e físicos) como indispensáveis para o alcance da saúde do jovem.

Para os adolescentes latino-americanos, a OPS (1990a), também sugere uma metodologia para ser desenvolvida com grupos dessa faixa etária. Trata-se de um manual que orienta grupos, de três a doze membros, com base na problemática da adolescência, alcançarem uma educação que os torne capazes para o viver.

Esta metodologia é uma estratégia programática que tem por objetivo desenvolver as potencialidades dos jovens com o objetivo de que eles próprios busquem na sua realidade sociocultural as melhores formas de enfrentar seus riscos e problemas específicos.

Em termos de operacionalização, o manual corista de quatro módulos, a saber:

- a) apresentação da problemática geral de saúde do adolescente. Elaborada segundo a interpretação de adolescentes e adultos, não só permite uma reflexão múltipla como, também, que os adolescentes iniciem a construção do caminho que os levará a visualizar seus problemas;
- b) desenvolvimento do *método mardic* no tratamento grupal das informações e na orientação da busca de instrumentos próprios à reflexão da problemática abordada. Especificamente esse método ativo, reflexivo dialético, inovador e crítico consiste em cinco fases educativas relacionadas entre si, para capacitar e fortalecer o grupo sobre os fatores de risco, à saúde do adolescente;
- c) reprodução da experiência vivida pelo grupo com outros adolescentes e,
- d) criação de formas de comunicação e divulgação do caminho percorrido.

Como se verifica, a adoção de atitude política e medidas efetivas e permanentes para promover e preservar a saúde dos adolescentes da presente e das futuras gerações é relativamente recente.

No Brasil, os primeiros atendimentos dirigidos aos adolescentes surgem nos anos 70, um no Rio de Janeiro e dois em São Paulo. Os três serviços ligados a hospitais universitários contribuem até hoje para a formação de profissionais voltados para a saúde do adolescente (COATES, 1993).

Desde então, o interesse pela saúde do adolescente vem se expandindo por todo o país, com a criação de Comitês de Adolescência em vários Estados, com a realização de cursos, congressos, publicações, manuais e programas de atendimento integral do adolescente.

Em São Paulo, o governo do Estado, desde 1982 e principalmente a partir de 1986, vem trabalhando com essa população. Inicialmente, isso se deu nas diversas Secretarias como a do Menor, Educação, Justiça, Segurança Pública, Cultura, Esporte e Turismo. Atualmente esse trabalho caracteriza-se por desenvolver um programa de atendimento intersetorial e multidisciplinar de atenção à saúde do adolescente.

A criação desse programa de saúde do adolescente foi motivada pelo fato de profissionais de diversas áreas de atuação entenderem que, para resolver os problemas, desafios e riscos enfrentados pelos adolescentes, era necessário tratá-lo como um todo, sem dividi-lo em áreas compartmentalizadas.

Em termos de atividades, o programa norteia suas ações no combate aos fatores que provocam riscos e no fortalecimento daqueles que protegem a vida e a saúde, por meio da criação de mecanismos que levam o adolescente a conviver em ambientes que o incentivem a adquirir estilos de vida saudáveis.

No que se refere ao desafio de levar o adolescente a se transformar em sujeito de sua própria saúde e a considerar a comunidade como sua causa fundamental, são previstas reuniões com jovens para que os mesmos possam participar e conversar sobre o significado da adolescência e trocar informações sobre suas necessidades e expectativas com outros integrantes desse grupo e também com profissionais.

Para o desenvolvimento dessa ação, o programa enfatiza a união e o intercâmbio com diversas Secretarias do Estado e do Município e com organizações comunitárias não governamentais.

Do contato significativo com adolescentes, durante seis anos de atuação, em diversos setores, como afirma TAKIUTI (1992), foi possível se desenvolver um trabalho de onde surgiram grupos de teatro e dança nos centros de saúde e nas escolas. cujos participantes se transformaram em multiplicadores. Segundo a autora, esse trabalho de promoção à saúde do adolescente passou a ser denominado como o Projeto Janela.

Em relação à Secretaria de Estado da Saúde, em 1988, a Comissão de Saúde do Adolescente elaborou um manual sobre a saúde do adolescente, onde se discutem os principais problemas de saúde dos jovens.

A oficialização do programa dentro do Sistema único de Saúde ocorreu em 1991, com a Resolução SS-69, de 8-3-91, ao serem publicadas as diretrizes para a implantação do Programa de Saúde do Adolescente no Estado (SÃO PAULO, 1991).

De acordo com as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e com as bases programáticas da Organização Pan-americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, o Programa

de Saúde do Adolescente, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, até dezembro de 1991 já tinha sido implantado em 74 unidades de saúde (TAKIUTI. 1992).

Segundo levantamento de demanda nas diversas unidades de saúde do Estado, pela Secretaria da Saúde, até março de 1991, tinham sido atendidos, no Programa Saúde do Adolescente, 45.392 adolescentes, sendo 15.130 do sexo masculino e 30.262 do sexo feminino. Entre os 15.130 adolescentes do sexo masculino atendidos pelo Programa Saúde do Adolescente, os motivos de procura foram: 25%, crescimento e desenvolvimento; 24,1%, dores vagas; 17,3%, problemas dermatológicos, dentre outros: entre os 30.262 do sexo feminino, a procura se deu por motivos ginecológicos em 43%; crescimento e desenvolvimento em 18,6%; vagos em 14,7%. Os principais problemas de saúde diagnosticados nos 45.392 adolescentes foram: problemas ginecoobstétricos, 47%; odontológicos, 42% problemas psicológicos, 35%; familiares, 32%; escolares, 28,9%, dentre outros (SÃO PAULO, s.d).

Em nível nacional, a partir de 1989, o Ministério da Saúde apresenta as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD. Por meio dessas, refere que o desenvolvimento da atenção à saúde do adolescente está associado ao princípio da integralidade das ações de saúde, da multidisciplinariedade no atendimento desses problemas e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1989).

Em termos de atividades, o PROSAD privilegia ações voltadas à promoção e à prevenção da saúde. Essas atividades consistem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na sexualidade, na saúde bucal, na saúde mental, na saúde reprodutiva, na saúde do escolar adolescente, na prevenção de acidentes, no trabalho, Cultura, esporte e lazer.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ocorre pela avaliação do estirão de crescimento, representado pelo indicador altura/idade; da maturação sexual, representada pelo diagrama de Tanner e do desenvolvimento psicossocial, assumido como parâmetro na síndrome da adolescência normal.

Dentre as ações do PROSAD, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se caracteriza como a ação básica do atendimento à saúde do adolescente, permeando e articulando as demais ações.

Especificamente às atividades na sexualidade e na saúde reprodutiva, a atenção se caracteriza por: ações informativas para promoção da consciência do corpo relacionado à vida pessoal e sexual; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis; AIDS; gravidez indesejada, traumas psicossociais: e assistência pré-natal, em nível ambulatorial.

No que tange à saúde mental, são desenvolvidas atividades direcionadas aos adolescentes, aos pais, aos profissionais que trabalham com adolescente e à comunidade para informar e discutir características próprias da adolescência e dificuldades associadas e de risco.

Quanto às estratégias, indica a necessidade de efetivação de itens indispensáveis ao atendimento, tais como: ações de atenção integral dentro dos preceitos do Sistema único de Saúde - SUS; adequação das normas à realidade local; ampliação da cobertura; aperfeiçoamento dos sistemas de referência; capacitação de pessoal, participação do adolescente e ações educativas.

Com relação às práticas educativas e participativas da atenção, enfatiza e necessidade de efetivação em todas as ações dirigidas.

As normas de atenção à saúde integral do adolescente, em nível nacional e estadual, prevêem um atendimento aos adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, no nível primário da atenção (BRASIL, 1993).

Em termos das ações conjuntas da atenção à saúde do adolescente, estas integram experiências e informações desenvolvidas por atividades conjuntas e individuais por parte da equipe de saúde.

A enfermagem faz parte do trabalho em saúde e também está presente na produção de serviços de saúde no âmbito coletivo. Esse trabalho vai desde o "cuidar" de enfermagem, até a participação no planejamento em saúde.

Em relação ao desenvolvimento da saúde do adolescente estão previstas a realização de ações de levantamento inicial dos dados e de orientação sobre os aspectos preventivos e educativos.

Consoante com essas idéias, a enfermagem vem, nas últimas décadas, ratificando e esclarecendo aspectos importantes dessa discussão sobre a adolescência. Os estudos de CALDAS (1991), SANTOS (1991), CADETE (1994) e FERRIANI (1994) são exemplos desta discussão e reforçam o entendimento de que a assistência de enfermagem na atenção à saúde do adolescente não pode ser considerada isoladamente em suas delimitações particulares, mas sim refletida como um elemento ligado a uma totalidade, relacionado às determinações que constituem a sociedade, para se apreender, neste processo, seu verdadeiro significado.

E importante ressaltar ainda que segundo Portaria nº 1721/94 (BRASIL, 1994), os cursos de graduação em enfermagem deverão contar com o ensino da assistência de enfermagem prestado ao adolescente, nos níveis: individual e coletivo.

ABSTRACT

The present study describes the genesis of health care for adolescents and the health care strategies related to the historical times from the end of the 19th century to the present day in England.

Key Words: adolescents, health care for adolescents.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARIÈS. P. *História social da criança e da família*. Rio do Janeiro, Guanabara-Koogan. 1981. 279p.
2. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria n° 1.721 de 15/12/94. *Diário Oficial da União*, Brasília, n° 238, p. 19801-19802. 16 dez. 1994.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. *Programa Saúde do adolescente - bases programáticas*. Brasília, 1989. 24p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Normas de atenção à saúde integral do adolescente*. 3 v. Brasília, 1993.
5. CADETE. M. M. M. *Da adolescência ao processo de adolescer*. Ribeirão Preto, 1994. 142p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
6. CALDAS, M. A. M. *Pensamentos e experiências na área da saúde de pessoas que vivenciam o adolescer: uma abordagem fenomenológica*. São Paulo, 1991. 188p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
7. COATES, V. Evolução histórica da medicina do adolescente. In: COATES, V. et al. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 3-6.
8. FERRIANI, M. G. C. et al. Opinião dos escolares adolescentes sobre a realização de grupos de discussão. *Rev. Bras. de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 5. n. 2. p. 193-203. 1994a.
9. MACEDO, G. Prologo. In: OPS/OMS *La salud del adolescents y el joven en las Americas*. Publicación Científica n. 489, 1985.
10. MORAES, C. A. P. Médicos e adolescentes: uma questão da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1990. 84p. Dissertação (Mestrado). Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz.
11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde dos jovens*, Resolução da Assembléia Mundial da Saúde. 42, maio, 1989. 4p.
12. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Programa de Saúde Materno-infantil. *O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado*. Tradução pela OPS/OMS no Brasil. Washington, 1990b. 19p. [Mimeografado.]

13. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Dicen que estoy en la Mitad del camino: educación en salud con el adolescente*. Washington, 1990a. 87p.
14. ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo, Hucitec, 1994. 423p.
15. SANTOS, M. F. *Fatos e conhecimentos que afetam a vida do jovem: sexualidade, relacionamento familiar e uso de drogas, álcool e fumo*. São Paulo, 1991. 255p. Dissertação (Mestrado) Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina.
16. SÃO PAULO (Estado) Sistema Unificado de Saúde (SUS/SP) *Serviço de referência do adolescente: PAM Tatuapé*. São Paulo. s.d. 39p.
17. SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Resolução SS-69, de 08 de março de 1991. *Diário Oficial do Estado São Paulo*, p. 23-24, 9 de março de 1991. Seção 1.
18. SILBER, T. J. Medicina de la adolescencia: el desarrollo de una nueva disciplina. In: OPS/OMS *La salud del adolescente y el joven en las Americas*. Publicación Científica n. 489, 1985. p. 27-29.
19. TAKIUTI, A. D. et al. *Proyecto, janela: un proyecto de prevención primordial en salud integral del adolescente de la Secretaria de Salud del Estado de San Pablo, Brasil*. Costa Rica: OPS/OMS, 1992. 20p. [Mimeografado.]
20. TANNER, J. M. *Growth at adolescence* 2. ed., Oxford: Blackwell. 1962.

Educação em saúde na escola: o papel do professor e do enfermeiro **3**

Maria das Graças Carvalho Ferriani*

Resumo: Este artigo é uma reflexão da Educação em Saúde na escola que vem sendo desenvolvida por professores, enfermeiros, onde se aborda a formação destes profissionais, seja nos cursos de magistério e na graduação para estar assumindo esta atividade na escola.

Unitermos: Educação em Saúde na escola. professor, enfermeiro.

Toda prática educacional emana do posicionamento teórico de quem o propõe ou realiza. Não poderíamos falar sobre Educação em Saúde na Escola se não apresentássemos inicialmente o conceito de saúde que embasa essa proposta.

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, profissionais desse campo e advindos das mais variadas regiões do Brasil chegaram a um consenso de que o atendimento às necessidades básicas do homem era fator

* Professora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Recebido em 6.1.97

Aprovado em 24.1.97

estrutural para se ter saúde, sem o que qualquer outra reivindicação tornar-se-ia vã.

Saúde era afinal resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Para se preparar o educando para promover, estimular e reivindicar essa qualidade de vida seria utilizado o processo educativo.

Diante do exposto, a Educação em Saúde na Escola seria o processo pelo qual se pretenderia colaborar para a formação no escolar de uma consciência crítica, que resultasse na aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e na da comunidade de que fez parte.

Lencastre, em conferência proferida no 4º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, apresenta os resultados de sua busca, através de leis, decretos e pareceres, sobre os conteúdos de saúde, oficialmente incluídos no currículo escolar. O estudo dessa legislação nos permite inferir que a Educação em Saúde na Escola foi oficialmente implantada nas escolas do 1º e 2º graus no Brasil em 1971 através do artigo 7º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei nº 5692/71), que torna obrigatória a inclusão de "Programas de Saúde" nas suas grades curriculares.

Para melhor esclarecer este aspecto o Parecer nº 2264 de agosto de 1974 considerou "Programas de Saúde" como Educação em Saúde, compreendendo quatro áreas de abrangência: condições da escola, ensino da saúde, serviços de saúde e participação de pais e da comunidade nas ações de saúde na escola. Em 1986, houve uma redefinição do que se entendia por Programas de Saúde, através do Parecer 47/86, também do Conselho Federal de Educação. Este definiu "Programas de Saúde" através do Parecer 47/86, também do Conselho Federal de Educação. Este definiu Programas de Saúde como algo mais abrangente que uma disciplina, sendo muito mais uma ação educativa envolvendo diversas atividades escolares em diferentes momentos. Esta nova interpretação permite dizer que atualmente e pelo menos a nível central e do ponto de vista legal, a Educação em Saúde na Escola é definida mais como atividade pedagógica que eleve ser desenvolvida a cada que se tenha, de modo a aproveitar os conteúdos curriculares e situações propícias. Segundo este raciocínio, a Educação em Saúde na Escola teria como objetivo lógico a promoção da saúde e prevenção das doenças, atuando de modo contextualizado no ambiente escolar, sem se afastar da realidade de onde provém o escolar.

Entretanto, observe-se na literatura consultada que nos cursos de graduação em Educação e Licenciatura nada é previsto a respeito da introdução da Educação em Saúde Pública em seus currículos; conseqüente-

mente, nor cursor de Formação de Professores de 1ª a 4ª série do 1º grau este terra não é abordado. O que se percebe é que a inserção de programas de Saúde acaba ocorrendo como temas isolados nas disciplinas de Ciências, no 1º grau de Biologia no 2º grau. Isto não significa que estes profissionais estejam preparados para desenvolverem trabalhos do nível previsto na legislação. É necessário refletirmos que isto se deve a falhas de constituição na formação desses profissionais e na estrutura do sistema escolar.

Para desenvolver um trabalho como está previsto em lei, os professores precisam estar bem formados, informados e orientados sobre o terra para se reconhecer a importância de sua atuação na área da saúde. É importante que sejam modificados os currículos a sejam oferecidas oportunidades de treinamento, atualização e aperfeiçoamento sobre as mais variadas questões relativas à saúde e suas implicações no cotidiano dos alunos a seus familiares.

Segundo BOGUS (1992), que realizou um estudo exploratório de caráter qualitativo, com o objetivo de verificar como esta sendo realizada a formação do professor de 1ª a 4ª série do 1º grau (Curso de Magistério) em relação à função educativa em saúde, os resultados demonstraram que os alunos de magistério *percebem a função do professor como de transmissor de conhecimento sobre higiene, considerando a responsabilidade sobre saúde essencialmente do indivíduo e dependendo de seu comportamento*. A atividade educativa em saúde seria formal e diretiva, independente das atividades cotidianas dos alunos. Sugere-se que seja revisto o currículo de formação dos professores e sejam promovidos cursos de treinamento.

Diante do exposto, os professores não têm recebido em sua formação, seja nos cursos de Formação para Magistério, seja nas Faculdades de Educação, qualquer orientação ou Educação em Saúde. Como vão poder introduzir a matéria no currículo escolar? Entretanto, a Saúde Escolar, como parte da Saúde Geral, envolve a criança em idade escolar, dentro ou fora da escola, em razão do que passa a ser responsabilidade de todos, tanto dos órgãos governamentais quanto comunitários. A sua importância está na colaboração efetiva para a formação do homem e do cidadão. Ela está ligada a um compromisso de vida melhor e mais saudável para todos.

Quanto ao enfermeiro, este ao longo da história da Saúde Escolar esteve presente nos discursos dos grandes intelectuais entretanto, registramos a ausência das enfermeiras nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo até a década de 70 em razão do escasso número desses profissionais nessa área. Quanto a assistência à criança em idade escolar, vamos

encontrar o “professor primário” nessa área atuando como orientador de saúde, ora como coordenador da área de saúde, em algumas unidades escolares, ora na orientação do educador de saúde pública.

O profissional de enfermagem reúne conhecimentos específicos para o atendimento das questões de saúde das crianças e isto deve ser articulado junto aos professores servindo de apoio para que os mesmos possam futuramente com segurança assumir tal posicionamento.

Para trabalhar com os escolares, os profissionais de saúde e educação precisam ser reciclados em seus conhecimentos e técnicas. As próprias escolas de sua redondeza devem servir como exemplo de ambiente físico e emocional saudáveis para que possa haver a promoção da saúde.

ABSTRACT

The present article is a reflection about Health Education in schools which teachers and nurses, with an approach to the training of these professionals both in teacher courses and in graduation for this activity in schools.

Key words: adolescents, health care for adolescents.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOGUS, C. M. et al. Health education at school: how is the elementary school teacher's preparation? *Rev. Bras. Saúde Escolar*, n. 1, v. 1, jan. 1990.
2. FERRIANI, M. G. C. A inserção do enfermeiro na saúde escolar. São Paulo. EDUSP, 1991 (Coleção Campi, v. 3).
3. FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área escolar. *Rev. Bras. Saúde Escolar*, v. 1, n. 1, jan. 1990.
4. LENCASTRE, E. F. Educação em saúde: campos de atuação na área escolar. São Paulo. Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP. 1988. [Mimeografado.]
5. _____. Formação do professor e seu papel: o assistente de saúde na escola. São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP. 1988. [Mimeografado.]

Possibilidades e limitações da escola pública como agente de educação sexual **4**

Cenira Ribeiro Silva*

RESUMO

Este estudo investigou os fatores que se inter-relacionam na educação sexual feita pela escola pública de 1º Grau, na região da Grande Passo Fundo, RS. Buscou identificar as possibilidades e as limitações com que contam os diretores e os professores dessas escolas para promover a educação sexual dos alunos e a percepção que a clientela tem da educação sexual aí praticada. Foram entrevistados 135 integrantes de escolas públicas de 1º Grau, distribuídos entre diretores de escolas (22,2%), professores (33,3%) e alunos (44,5%). Os achados revelam que os mesmos fatores que dificultam a realização da educação sexual na escola podem, também, facilitar essa tarefa, dependendo de como eles se caracterizam. As condições pessoais e profissionais dos professores são citadas como os principais intervenientes na educação sexual por alunos e diretores. Os pro-

* Bióloga. Mestre em Educação. Professora Titular de Biologia Educacional da Universidade de Passo Fundo, RS.
Recebido em 5.3.97

fessores apontam a falta de estratégias adequadas como o principal fator dificultador do seu trabalho. Conclui-se, dessa forma, que os principais fatores intervenientes na educação sexual na escola pública se vinculam, fundamentalmente, à figura do professor, à sua formação profissional e à sua prática pedagógica.

IDÉIAS INICIAIS

Capazes de gerar muitos filhos, os pares humanos têm-se mostrado pouco competentes em orientá-los como serem sexuados. Por não perceber as transformações evolutivas de seus filhos como realidade significativa ou por desconhecer o processo de desenvolvimento humano, a grande maioria dos casais brasileiros tem deixado para a escola ou para o “mundo” essa tarefa.

Pesquisa divulgada pela *Data Folha* em 27 de junho de 1993, sobre a inclusão da educação sexual nas escolas, demonstra que nas dez capitais brasileiras envolvidas nesse trabalho, 86% das pessoas entrevistadas são favoráveis à realização da educação sexual nas escolas e que somente 36% desses pais falam com seus filhos sobre o assunto. Por outro lado, a editora FTD realizou, em maio de 1989, pesquisa com 10 mil professores, considerados influentes no mundo escolar, cujo resultado mostra que esses profissionais admitem a necessidade de a escola fazer a educação sexual de seus alunos, mas se sentem despreparados para tal responsabilidade. (Fórum Nacional de Sexualidade Humana, 1994.)

Como Professora de Ciências Naturais no ensino de 1º Grau e de Biologia, nos seus vários ramos, no 2º e no 3º Graus, tenho tido oportunidade de conviver com currículos escolares em que o estudo de um corpo sexuado, vivo e funcionante raramente encontra espaço. Fala-se de como Bactérias e Fungos se reproduzem, enfatiza-se os mecanismos presentes na reprodução sexual dos animais em geral; todavia, a reprodução humana não é tratada com a atenção que merece. Quando chega a hora desse tema não há mais tempo. O ano letivo acabou e os alunos ficam, mais uma vez, com as perguntas presas na garganta.

Pesquisa que realizei para Dissertação de Mestrado, em 1994, com o título de Experiências Fluberais e Sexualidade Feminina: subsídios para a educação sexual, com mulheres de 15 a 90 anos, revela que a escola, tanto quanta a família, se mostra pouco preparada para abordar questões que possibilitariam a mais adequada compreensão das manifestações sexuais de crianças e de adolescentes. As mulheres mais, velhas

nem chegam a mencionar a interveniência da escola nas suas vivências sexuais. As entrevistadas adolescentes mencionam a escola como local onde grupos de jovens de sexos diferentes se encontram para trocar confidências, isso contribui para a socialização entre os sexo (FERREIRA, 1984). Os grupos de amigos que ali se formam representam grande depositários das dúvidas e dos questionamentos dos jovens e meio para compartilhar experiências.

A família parece ainda estar preocupada em estabelecer e institucionalizar sistema de alienação quanto à maturidade de suas filhas, sacramentando o sofrimento e o mistério como naturais no processo que conduz a menina a se tornar mulher num mundo sob o domínio masculino (CUNHA, 1994). No trabalho referido anteriormente, as mulheres das mais diferentes idades declaram que só foram orientadas sobre menstruação depois que a mesma já havia ocorrido e que essas orientações se restringiram à adoção de medidas de higiene e de prevenção de complicações com a saúde. Raramente essa tarefa foi assumida pela mãe (SILVA, 1995).

Por outro lado, sabe-se que o menino é impelido a assumir desde cedo o papel de machão no convívio social. Mesmo que ao nível individual ele reconheça a igualdade e a complementariedade de homens e de mulheres, ao nível social ele se vê impelido a manifestar o contrário. Além disso, a crença de que o homem deve apresentar uma performance sexual “normal” ou “supernormal” gera tensões, medos e sofrimentos para o menino. Nesse contexto, não encontrando o apoio necessário nos educadores, tanto da família quanto da escola, os meninos vão para a rua procurando respostas para suas indagações sexuais junto a amigos, a revistas, a filmes pornográficos e a outros meios.

Nas culturas patriarcais como a que caracteriza a sociedade brasileira. O mito da masculinidade impede que as diferenças sexuais sejam vistas coma exigências de complementariedade entre os sexos (FERNÁNDEZ, 1992). O homem é sempre o senhor e como senhor detém o saber. Esse saber envolve, até mesmo, a sexualidade feminina, o que lhe confere maior prestígio e condição de domínio sobre a mulher.

Nunca como nesta hora, de tão graves ameaças ligadas à vivência sexual, se fez tão necessário ouvir os jovens para orientá-los. E preciso criar situações de discussão e de análise das possibilidades e das vulnerabilidades existentes nas suas experiências sexuais. Tradicionalmente pouco se tem considerado as opiniões, as experiências e as percepções que os indivíduos “comuns” têm a respeito da sexualidade, como referencial para sua educação e sua orientação. Contudo, essa prática não tem se re-

velado eficaz na promoção do bem-estar das crianças, dos jovens e das pessoas em geral.

A superficialidade e o medo parecem ser uma constante na questão da sexualidade humana. As meninas têm medo do desconhecido da menarca. Elas e as mulheres mais maduras têm medo de engravidar fora do casamento, “serem abandonadas e ficarem faladas para sempre”. As mães, por sua vez, têm medo de que isso venha ocorrer com suas filhas. Enfim, todas as mulheres se mostram com muito medo da gravidez fora do casamento.

A contradição entre os avanços científicos e tecnológicos referentes ao controle da natalidade e ao aumento do número de meninas que, mesmo com pavor da gravidez fora do casamento, engravidam precocemente, parece evidenciar que o medo da mãe e da família não se limita à gravidez extraconjugal de suas filhas, mas se caracteriza, também, como “medo de saber”. Ter conhecimento sobre sexo, sexualidade, gravidez, menstruação, doenças sexualmente transmissíveis, contraceptivos e sobre outros assuntos implica responsabilidade com a educação sexual de suas filhas e de seus filhos. De igual forma, implica assumir a culpa pela omissão dessa educação. Enveredar pelo caminho da sexualidade significa conviver com a insegurança da existência humana. É mais fácil não saber!

Uma entrevistada no trabalho já referido anteriormente, grávida e com experiências sexuais desde os 12 anos de idade, assim se refere à educação sexual feita pela família e pela escola:

“Acho que os pais se fecham para esse assunto. Acham que com sua Família nunca vai acontecer nada. Não basta assustar, isso não resolve. Tem que buscar conhecimento. A escola precisa enfrentar esse assunto, começando pelos pais e de modo claro e direto”.

SEDUÇÃO, 17 anos (1994)

Ao se referir à educação sexual, Sedução envolve os mas significativos e tradicionais agentes de educação, a família e a escola. Deixa transparecer um eixo condutor para que a eficácia das ações educativas desses setores seja melhorada. Contudo, a família e a escola não têm vida “de per si”. Imbricadas que estão num contexto sociocultural, carregam consigo preconceitos, mitos e tabus, próprios de uma sociedade patriarcal e capitalista, que dificultam e que até impossibilitam as atividades educacionais voltadas às questões sexuais. A visão positivista e androcêntrica contribui para que os agentes educacionais, nem sempre, vislumbrem ou-

tras possibilidades de construção e de realização pessoais, que não aquelas já sedimentadas nesse contexto.

Concordo com Sedução ao colocar a família e a escola com o mesmo nível de responsabilidade na orientação sexual dos educandos. Por outro lado, vejo agora que a escola não se encontra em condições de subsidiar a família na educação sexual de seus filhos. Neste estudo a escola se revela tão frágil e confusa quanto a família tem se revelado, para promover a educação e a orientação sexuais de crianças e de jovens.

A não formação adequada dos pais e professores como educadores sexuais contribui para que, embora como todo o avanço tecnológico, a educação sexual ainda em moda se caracterize como pseudoliberalidade sexual, que só aumenta a confusão e a insegurança dos jovens, trazendo-lhes novas dificuldades. A falta de diálogo entre educadores e educandos impede que pais e professores saibam coisas simples e significativas para a juventude. Poucos são aqueles que sabem, por exemplo, ser mais importante para os jovens saber quais os melhores métodos contraceptivos do que conhecer como ocorre a fecundação.

Embora as mudanças sociais da era industrial e a chegada dos mas diversos e modernos métodos contraceptivos tenham trazido em seu bojo maior liberdade para a prática sexual, os educadores não têm conseguido se libertar do acanhamento e das meias verdades no trato dos assuntos relativos à vivência sexual. Na maioria das vezes, a educação sexual chega tarde demais, age misteriosamente e passa ao largo das questões principais na vida sexual de um ser humano real, camuflando a verdadeira situação sexual das pessoas (REICH, 1988).

OBJETIVOS

Geral

Desvelar os fatores que se inter-relacionam nas condições da Escola Pública como agente de educação sexual, para oferecer curso de Extensão em Educação e Orientação Sexual, que subsidie a ação dos professores como educadores sexuais.

Específicos

- Investigar as possibilidades e limitações com as quais contam as direções das escolas públicas para promover a educação sexual dos alunos.

- Identificar as possibilidades e limitações próprias dos professores dessas escolas para assumir a educação sexual em suas classes.

- Desvelar a situação de acomodação e resistência em que se encontram os alunos quanto à educação sexual praticada na escola.

METODOLOGIA

1. Sujeitos

Foram entrevistados 135 integrantes da escola pública do ensino de 1º Grau, de municípios da região da Grande Passo Fundo, RS. A amostra constitui-se de: 22,2% de diretores de escolas, 33,3% de professores e 44,5% de alunos do 1º Grau.

A divisão da amostra entre os diferentes componentes do universo da escola permite caracterizar como cada um desses segmentos percebe a questão da educação sexual dentro da mesma, buscando diminuir os desvios que as diferentes experiências escolares vividas pelos sujeitos que os compõem possam imprimir à realidade da educação sexual na escola pública dessa região.

2. Instrumento/Procedimento

Os sujeitos responderam à entrevista dialógica, semi-estruturada, com questões abertas, comuns a todos os entrevistados: “Qual a sua opinião sobre a educação sexual na escola? Quais os fatores que ajudam e quais os fatores que dificultam a prática da educação sexual na escola?”

As questões das entrevistas foram elaboradas a partir de respostas retiradas de entrevistas gravadas com sujeitos, de diversas idades, sobre a ação da escola na sua orientação sexual.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e pelas alunas do 3º nível do curso de Pedagogia Séries Iniciais, semestre I, de 1995. Os dados recolhidos foram analisados utilizando-se o método de Análise de Conteúdo. A coleta de dados e as fases de unitarização e de categorização da análise dos mesmos foram realizadas com a participação direta das alunas do curso de Pedagogia. As demais fases, interpretação e discussão dos resultados da pesquisa, tiveram a participação indireta das alunas.

RESULTADOS

Embora a abordagem desta pesquisa não priorize os aspectos quantitativos de suas informações, é importante salientar a sensível diferença nos percentuais referentes à percepção dos níveis de dificuldades e dos níveis de possibilidades revelados pelos diferentes grupos de entrevistados para que a educação sexual seja realizada pela escola.

Num percentual de 70% das respostas contra 30%, os diretores de escolas consultados ressaltam as dificuldades existentes para que a escola faça a educação de seus alunos. As respostas dos professores revelam que, na percepção deste segmento da escola os fatores que dificultam têm seu percentual diminuído para 20%, enquanto os fatores que possibilitam têm seu percentual elevado para 80%. As respostas dos alunos revelam um maior equilíbrio na percepção entre os fatores que dificultam e os fatores que facilitam a educação sexual na escola, 55% e 45% respectivamente. Resumindo tem-se o seguinte quadro:

1. Para os diretores de escolas:

- fatores que dificultam a realização da educação sexual na escola - 70%
- fatores que ajudam a realização da educação sexual na escola - 30%

2. Para os professores:

- fatores que dificultam a realização da educação sexual na escola - 20%
- fatores que ajudam a realização da educação sexual na escola - 80%

3. Para os alunos:

- fatores que dificultam a realização da educação sexual na escola - 55%
- fatores que ajudam a realização da educação sexual na escola - 45%

Analisando-se os fatores que são apontados como dificultadores e os fatores considerados facilitadores da ação da escola na educação sexual

dos alunos de 1º Grau, verificam-se as seguintes categorias, em ordem de frequência:

dificultam

1. condições e formação dos professores;
2. estratégias utilizadas no trabalho;
3. características dos pais;
4. características dos alunos;
5. dificuldades originadas fora da relação família-escola;
6. necessidade da participação de especialistas de fora da escola.

facilitam

1. formação dos professores;
2. estratégias utilizadas no trabalho;
3. características dos pais;
4. características dos alunos;
5. progresso dos meios de comunicação;
6. relações interpessoais;
7. material didático.

Corno se percebe, a grande maioria das categorias apontadas como fatores dificultadores aparece, também, como fatores possibilitadores da educação sexual na escola, isto conforme eles possam estar caracterizados. As condições pessoais e a formação profissional do professor, as estratégias utilizadas para fazer a educação sexual, as condições dos pais, as condições dos alunos e os meios de comunicação aparecem tanto como fatores dificultadores quanto como fatores facilitadores dessa tarefa. Os fatores externos à relação família-escola só aparece como fator dificultador e a categoria material didático é vista, apenas, como fator facilitador da educação sexual na escola.

Para os diretores de escolas e para os alunos, a formação e as condições pessoais do professor aparecem como o principal elemento que pode ser tanto dificultador como possibilitador da realização da educação sexual pela escola. Na opinião dos professores, as condições do profissional da educação aparecem em último lugar entre os elementos que interferem na realização da educação sexual pela escola. O fator que eles citam como o principal interveniente nessa tarefa são as estratégias utilizadas.

A discussão de todas as categorias de análise emergidas nesta pesquisa pode provocar o surgimento de muitos e longos trabalhos. Contudo, nesta ocasião quero me ater aos temas: formação do professor e

estratégias por ele utilizadas para a educação sexual de seus alunos, por terem eles se revelado muito significativos para os sujeitos desta investigação e por representarem um desafio para mim, que trabalho na formação de professores.

1 - O Professor, sua Formação e seu Desempenho

Dentre as condições dos professores apontadas pelos entrevistados como fator que facilita a educação sexual na escola, a sua formação adequada e citada com preponderância por diretores de escolas e pelos alunos. Mesmo os professores, embora não com a mesma ênfase anterior, ressaltam a conveniente formação do docente como se constituindo num elemento possibilitador da realização da educação sexual na escola. O professor é percebido, na maioria dos casos, como um profissional mal preparado e inseguro para tratar dos assuntos ligados à sexualidade de seus alunos: “Às vezes, os alunos são mais esclarecidos sobre sexo do que os professores.” “A vergonha que os professores têm de falar sobre sexo dificulta a educação sexual.” “Os professores só estão preparados para suas disciplinas específicas e fogem do assunto sexo.”

O Guia de Orientação Sexual (1994) ressalta pesquisa feita pela Editora FTD (1989) com 10 mil professores de escolas públicas e particulares, considerados com poder decisório junto às direções e às coordenações das escolas e junto aos seus colegas, cujos resultados apontam que 84,3% dos entrevistados acham que não o tiveram uma boa educação sexual, 75,9% desses mesmos sujeitos consideram importante que a educação sexual seja feita nas escolas, mas não se sentem em condições de fazê-la. Elas acreditam não ter vivido condições de formação profissional adequadas para lidar com as questões ligadas à sexualidade de seus alunos.

Por outro lado, Max Sugar (1992, p. 58), referindo-se às colocações de Johnson, diz: “A educação sexual para pessoas normais pode constituir-se num problema inadmissível para muitos educadores e pais.” O mesmo autor, mencionando Gorgon, afirma que não são freqüentes os casos de professores, enfermeiros e médicos especialmente bons em educação sexual, e que boa parte da educação sexual de crianças e de jovens é feita por pessoas formalmente não preparadas para isso.

Por seu turno, os alunos enviam através de seus depoimentos um “SOS” professores e um “SOS” escola. A contradição entre a necessidade que os alunos têm de educação sexual e as condições que a escola apre-

senta para atendê-la é apontada pelos alunos, pelos professores e pelos diretores. Tal estado de coisas revela que a carência de conhecimentos e de formação sobre a sexualidade humana não se restringe aos alunos, o que seria até certo ponto admissível. O que mais preocupa é o fato dessas limitações se estenderem aos professores e aos diretores de escolas. Essa realidade na escola, associada aos tabus, preconceitos e omissões, que parecem acompanhar o desconhecimento das questões sexuais de seus filhos por parte da família brasileira, representam um fator complicador da vida dos indivíduos.

Sabe-se que a gravidez precoce não representa um fato novo. Entre nossas avós eram comuns os casamentos de adolescentes de 15, 16 e até de menor idade que essas. Mulheres de 18 anos já possuíam 2, 3 ou até mais filhos. Porém, esses filhos eram desejados e até necessários para o contexto em que viviam tais famílias. O que se tornou preocupante é a intensidade com que a gravidez precoce e indesejada vem ocorrendo nos dias atuais no Brasil. Nesses casos, à adolescente grávida só restam três alternativas: o casamento por conveniência, o abortamento ou ser mãe solteira (VITIELLO, 1994).

É claro que nenhuma dessas alternativas representa almejada perspectiva de vida para qualquer adolescente ou para qualquer família, principalmente para aquelas cuja luta pela sobrevivência já é tão difícil em nosso país. A gravidez precoce da mulher solteira se mostra indesejável para ela mesma, para seu parceiro, para sua família e para toda a sociedade. Por outro lado, os avanços tecnológicos na produção de novas drogas e no aperfeiçoamento de técnicas anticonceptivas podem ser considerados bastante satisfatórios. Por quê, então, as mulheres continuam engravidando precocemente e contra sua vontade?

Sem dúvida, foram as conquistas Científicas e tecnológicas no campo da anticoncepção e a comercialização da pílula que ofereceram às mulheres grandes possibilidades de mudança em seus hábitos e em suas limitações na sociedade. Infelizmente, essas transformações não são frutos nem se fizeram acompanhar de ações educativas efetivas, que viabilizassem a plena incorporação de tais avanços. As lacunas no campo educacional e pedagógico na abordagem da sexualidade humana vêm se mostrando acen-tuadamente claras. Os dados desta pesquisa mostram que, ao mesmo tempo que as práticas de educação sexual são dificultadas por questões culturais, também impedem que sejam criadas oportunidades de transformações e modernização sociais. A formação do professor negligenciada nesse âmbito impede que ele seja instrumentalizado para um desempenho mais adequado às necessidades dos alunos: "Os professores não têm preparo para responder qualquer pergunta do aluno sobre sexo." "As escolas que

têm professores especializados no assunto têm maior sucesso na educação sexual dos alunos.”

A escola se mostra com dificuldades para refletir sua prática pedagógica e em encontrar novas formas de trabalhar, através das quais seja possível fazer a mediação entre a sua função específica de ensinar e as necessidades e condições de vida do novo aluno, que integra seu corpo docente. Essa dificuldade parece ter sua vertente também nos cursos de formação de professores, nos quais são priorizados os conteúdos específicos em detrimento das disciplinas de Fundamentos da Educação, fundamentos biopsicológicos e sociofilosóficos. “Os professores só querem saber de falar da sua matéria.” Não penso que estas disciplinas possam, por si mesmas, resolver a falta de preparação do professor como educador sexual. Este profissional, antes de tudo, viveu e vive numa cultura que não favorece esta formação. Porém, seria mais um espaço a ser conquistado.

A prioridade do enfoque biológico na educação sexual tem concentrado a responsabilidade dessa tarefa nos professores de Ciências e de Biologia. Os professores das demais disciplinas ficam isentos dessa preocupação. Os professores ligados à área biológica, por sua vez, também estão sujeitos aos condicionamentos socioculturais que têm dificultado a educação sexual nas escolas brasileiras. Embora com suposto maior domínio de conhecimentos subsidiadores da educação sexual, poucos são aqueles que enfrentam sem medo esse assunto: “O professor de Ciências é o único que trata de sexo com os alunos.” Mesmo os professores ligados à área biológica muitas vezes não conseguem responder as perguntas dos alunos como estes desejariam.

Fora da escola são, predominantemente, os profissionais da área da saúde que se propõem assumir a orientação sexual. Enfermeiros, médicos, biólogos e psicólogos têm sido os principais agentes de educação sexual. Mais uma vez, se verifica o predomínio de profissionais ligados à área das ciências biológicas preocupados com a sexualidade humana. Mal ou bem, essas pessoas vêm tendo a oportunidade de vivenciar experiências com jovens, adultos e crianças, que podem representar importante ponto de referência, para que novas propostas de educação sexual possam ser criadas.

2 - As Estratégias e o Desempenho do Professor

Todos os grupos participantes desta pesquisa citam as estratégias utilizadas na realização da educação sexual pela escola como elemento sig-

nificativo nessa tarefa. Os diretores de escolas e os professores apontam essas estratégias como podendo ser um fato, facilitador ou dificultador da educação sexual na escola pública, conforme elas se caracterizem. Os alunos só se referem àquelas estratégias utilizadas pelos professores, ou pela escola toda, como elemento facilitador de tal tarefa: “A boa convivência entre professor e alunos ajuda na educação sexual.” “Quando os alunos confiam no professor tudo fica fácil.” “Pessoas palestrantes, que sejam conhecidas na escola, podem ajudar os professores a orientar sobre sexo”. “Se a escola tem um psicólogo, facilita a orientação sexual.” “A informação correta e aberta ajuda os alunos a terem coragem de fazer perguntas”.

Ao priorizar a falta de estratégias adequadas à prática da educação sexual, o professor, parece entender que a maior deficiência, neste caso, não se prende à falta de formação adequada do professor como educador sexual, mas se localiza na falta de indicação de medidas e de modelos que viabilizem a eficácia de suas ações. Embora se digam malformados sexualmente e receosos de enfrentar esse tema junto a seus alunos, esses profissionais se mostram dispostos a executar tal tarefa, se munidos de “receitas e de bulas” traçadas por outras pessoas, supostamente mais preparadas.

Mais uma vez se vê refletir a percepção distorcida do professor, que tenho observado ao longo da minha atuação na capacitação e atuação de docentes das escolas estaduais e municipais. Muitos são os professores que participam desses encontros com o objetivo de encontrar “receitas milagrosa para resolver as suas dificuldades pedagógicas. Esses profissionais têm se mostrado equivocados a respeito da relação dos fundamentos e dos princípios de uma postura profissional e os métodos e estratégias utilizados na operacionalização da mesma. Aqui se repete a dicotomia estabelecida entre dois momentos do fenômeno da práxis educativa.

Quanto a esse fato, um grupo de professores pesquisadores, ligado à Faculdade de Educação, da Universidade de Passo Fundo, RS, confessa não ser fácil superar os embates e dificuldades que, comumente, se estabelecem entre sua prática educativa e a teorização da mesma. Concorro com esses profissionais da educação. Ao não ser consultado sobre questões fundamentais do seu fazer pedagógico e sobre a vida da escola, o professor passa a viver um processo de acomodação e resistência no seu ambiente profissional. Ao ser aliado dos processos decisórios da vida escolar, o professor não se compromete, efetivamente, com as possíveis decisões e implicações que deles advenham. Torna-se então, um mero executor de tarefas pensadas por outras pessoas, muitas vezes estranhas ao ambiente escolar e à vida da comunidade (ANDREOLLA, 1995).

Vivemos numa sociedade capitalista e ocidental, onde predomina uma visão positivista de ciência. Tal paradigmia prioriza o “como fazer” em detrimento do “o que fazer e para que fazer”. Daí o predomínio da quantificação e do tecnicismo. Nesse contexto, alunos e professores passam a ser considerados segundo sua competência no desempenho em usar tecnologias educacionais pré-determinadas pelos verdadeiros pensadores e conhecedores da educação. “Aos professores cabe aguardar as orientações desses sábios e, depois, executar fielmente os procedimentos e os modos de fazer determinados por eles” (MÜLL, 1994, p. 16).

Os reflexos dessa visão de ciência se fazem notar em todos os campos de atuação dos professores. Seja no ensino de Matemática, de História ou na Educação Sexual, o procedimento é o mesmo: o professor fica à mercê de novas modas milagrosas que possam trazer segurança em seu fazer pedagógico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se pode negar que a sexualidade humana carece de um tratamento sério e adequado tanto por parte da família como por parte da escola. Essa constatação aponta para a necessidade de que mais pessoas estejam efetivamente preparadas para lidar com esse assunto. A preparação tanto de pais como de professores não é coisa que se faça de uma hora para outra. De qualquer maneira, esse desafio precisa ser enfrentado porque pais e professores precisam estar preparados para orientar o novo educando que aí está.

Dados deste trabalho mostram que os professores se encontram na mesma polêmica que vem caracterizando a atual sociedade brasileira: educar as crianças e os jovens dentro da liberdade que sempre desejaram. Para si ou reproduzir a educação preconceituosa e autoritária que receberam. Os professores se mostram sensíveis às questões sexuais de seus alunos, mas se confessam temerosos e despreparados para abordá-las (TIBA, 1994).

Não se pode esquecer que esses profissionais pertencem, na sua maioria, a geração dita sanduíche, que se vê na contingência de dar orientações para que seus alunos resolvam situações de vida que eles próprios não viveram. Por seu turno, a formação profissional do professor tem se mostrado pouco preocupada com o tratamento do ser humano como um ser sexuado e displicente com o futuro desempenho desse profissional nesse particular. Dessa forma, o professor se caracteriza como inseguro para lidar

com alunos reais, trabalhar com gente, pessoas sexuadas, com seus processos normais de desenvolvimento, com suas indagações e conflitos sexuais. Essa situação de desconforto e de insegurança, tanto para alunos como para professores, interfere nas relações intrapessoais e interpessoais tão importantes dentro da escola (SILVA, 1995).

Como já mencionei, existe significativa diferença nas respostas dos diferentes segmentos representativos da escola pública sobre os fatores que possibilitam e os fatores que dificultam a educação sexual na escola. As respostas dos diretores de escolas apontam 70% de dificuldades e 30% de possibilidades para que a escola faça a educação sexual de seus alunos; as respostas dadas pelos professores indicam 20% de dificuldades e 80% de possibilidades de a escola pública realizar a educação sexual; as respostas dos alunos revelam um certo equilíbrio entre as dificuldades, 55%, e as possibilidades existentes, 45%, para que a educação sexual seja feita pela escola de 1º Grau.

Os intervenientes que contribuem para este fato podem ter as mais diferentes origens. Pode-se pensar que o desempenho de diferentes funções pelos diversos grupos que compõem os corpos docente e discente da escola, interfere nas formas de sentir, de aprender e de se envolver com os acontecimentos do mundo escolar. Parece haver um pacto silencioso entre os integrantes de cada grupo para a defesa interna do mesmo e, conseqüentemente, a transferência de responsabilidades por possíveis dificuldades no desempenho. Muito poucos são os sujeitos desta pesquisa que revelam alguma tentativa de ação conjunta da escola no sentido de atender a orientação sexual de seus alunos.

Ao manifestar a predominância de fatores que dificultam a realização da educação sexual na escola, os diretores parecem buscar justificativas para a inexistência de ações efetivas por parte da escola nesse sentido: “Não existem programas sérios sobre o assunto.”

Em seu trabalho sobre educação sexual na escola pública Andaló (1995), citando Cavalcanti, ressalta que o fundamental para que aconteça a educação sexual na escola não são os programas, mas as atitudes. Tais atitudes são concebidas como resultantes da vontade de o indivíduo agir, de forma favorável ou desfavorável, em relação a um determinado objeto. Maximizando os fatores que dificultam a ação da escola pública na educação sexual (70%), os diretores de escolas parecem querer, não só justificar sua omissão, mas também salvaguardar a própria instituição que representam de possíveis críticas. Dessa forma, o diretor de escola revela assumir acriticamente as características da mesma, contribuindo para a manutenção de suas omissões e suas deficiências.

Os professores desta região, ressaltando os fatores que possibilitam a educação sexual na escola (80%), embora se declarem inseguros e eles preparados para assumir tal tarefa, se mostram mais abertos às necessidades dos alunos e das comunidades. Embora não coloquem de modo direto a sua formação como o principal impedimento para que possam fazer a educação sexual de seus alunos, esses profissionais ressaltam as estratégias que utilizam como o principal fator dificultador dessa tarefa. Se tais estratégias se mostram inadequadas, parece evidente que é porque a Sua formação profissional não lhe oferece os subsídios necessários para criar outras ou melhorar as já existentes.

Dessa forma, mais uma vez o professor chama para si, de modo indireto, a maior responsabilidade pela não realização da educação sexual, o professor revela a situação paradoxal que vive no seu dia-a-dia: já está acostumado a ser culpado pelos problemas e desvios nos possíveis projetos, nos quais não teve chance de ser ouvido (ANDREOLLA, 1995).

Se por um lado os professores não demonstram, nesta pesquisa, significativa preocupação com as dificuldades e conflitos a respeito da sexualidade com as quais os alunos aportam à escola, por outro, esses profissionais manifestam temor quanto à reação que os pais possam ter à educação realizada pela escola. Ao mesmo tempo que parecem desconsiderar a ação educativa da família, admitem que a mesma tem posições definidas sobre a educação de seus filhos.

Ao desvelar sua formação pessoal e profissional como os pontos particularmente deficientes, os professores apontam caminhos a serem seguidos por aqueles que perseguem alternativas de melhoria da educação sexual na escola: promover formas de maior e mais efetiva formação do profissional da educação como educador sexual.

A proposta de formação do educador sexual por certo não pode se restringir à incorporação de receitas prontas. Elas envolvem a pesquisa, pelo próprio professor, das condições reais do universo da clientela, a busca de embasamento teórico que possibilite a análise e a compreensão dos seus achados e, conseqüente, a montagem de estratégias alternativas para essa realidade.

A criação de medidas que possibilitem a formação de educadores sexuais nos cursos de preparação de professores ou fora deles, a implementação da orientação sexual e da educação sexual em todos os níveis de escolaridade representam alternativas viáveis e fundamentais para que as pessoas passem a ver seu corpo e sua sexualidade livres de ansiedade e de preconceitos.

Para que seja aumentada a eficácia desses trabalhos, entre outras, precisam ser consideradas as seguintes questões:

- a contextualização da clientela a que se destina cada programa - as origens das pessoas, as experiências por elas vivenciadas bem como suas idades, são informações fundamentais que podem ser obtidas pelo educador, através de levantamentos de dados, de pesquisas e de encontros de estudos;
- a parceria escola-família - a insegurança que essas duas instituições vêm mostrando no tratamento das questões da sexualidade de seus educandos representa um fator indicador da necessidade de ações educativas conjuntas e complementares entre elas;
- o caráter de continuidade das ações de orientação e de educação sexuais - a continuidade dos encontros possibilita que as distâncias entre a clientela e o educador sejam diminuídas e o clima de confiança e de franqueza se estabeleça entre eles. Assim sendo, o trabalho será gratificante e mais eficaz;
- os conteúdos a serem trabalhados - esses conteúdos devem fazer parte do universo do interesse da clientela e não ser estabelecido a priori pelo professor;
- a atitude do educador - uma das questões mais difíceis, senão a mais difícil, de ser encarada é a postura do educador sexual na relação com seus educandos. Há sempre uma certa indagação sobre coisas como: quando falar e quando calar, dar a informação ou deixar que os alunos a encontrem. Vale lembrar que o importante é criar oportunidades de discussão e de trocas de experiências entre os educandos e entre estes e o educador;
- a universalidade de compromisso dos professores - predominantemente os professores da área biológica e os professores de educação religiosa têm assumido a responsabilidade da orientação e da educação sexual. A questão sexual do ser humano está presente em todas as facetas da sua vida. Os problemas que dela decorrem têm reflexos na sociedade como um todo. Portanto, não se entende que profissionais ligados a outras ciências como a Sociologia e a Filosofia permaneçam isentos dessa preocupação. Estudos interdisciplinares e grupos multiprofissionais representam excelentes alternativas de abordagem da sexualidade humana nas escolas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDALÓ, Carmen S. A. Um Trabalho sobre sexualidade na escola pública. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. v. 6, n. 2, jul/dez, p. 151-159, SBRASH. São Paulo: Iglu, 1995.
2. ANDREOLLA. Neusa e outros. A escola de periferia no olhar do professor pesquisador. *Revista Espaço Pedagógico*. v. 2, n. 1, p. 31-62. Passo Fundo: UPF, Faculdade de Educação, 1995.
3. CUNHA, F. Deusas, Bruxas e Parteiras. Porto Alegre: SOLIVROS, 1994.
4. FERNÁNDEZ. Alicia. *La sexualidad atrapada de la señorita maestra*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1992.
5. FERREIRA, Berta W. *Adolescência, Teoria e Pesquisa*. Porto Alegre: Sulina, 1984.
6. FÓRUM NACIONAL DE EDUCAÇÃO E SEXUALIDADE. *Guia de Orientação Sexual: diretrizes e metodologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
7. MOLL, Eldon H. Reflexões sobre Pressupostos Filosóficos-metodológicos da Educação. *O Fazer Pedagógico*. Programa Interinstitucional de Integração da Universidade com a Educação. Ijuí: UNIJUI. 1993.
8. REICH. Wilhelm. *A Revolução Sexual*. Rio do Janeiro: Guanabara, 1988.
9. SILVA, Cenira Ribeiro. *Experiências Puberais e Sexualidade Feminina: subsídios para a educação sexual*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS. 1995.
10. SUGAR, Max. *Adolescência Atípica e Sexualidade*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.
11. TiBA, Içami. *Adolescência: o despertar do sexo*. São Paulo: Gente, 1994.
12. VITIELLO. Nelson. Sexualidade e Reprodução na Adolescência. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*. v. 5, n. 1, p. 15-27. jan/jun - Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana. São Paulo: Iglu, 1994.

Homossexualidade em perspectiva 5

Sérgio J. A. Almeida*

RESUMO

O presente trabalho foi apresentado durante o V FINGEMENTE, realizado pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Sociedade de Medicina de S. J. Rio Preto.

Trata-se de discussão a respeito da homossexualidade, da maneira como a vemos inserida em nossa sociedade, dos acontecimentos de Stonewall à política do “out”.

HOMOSSEXUALISMO EM PERSPECTIVA

Gostaríamos de iniciar este trabalho lembrando que nem todo gay gostaria de andar vestido como Carmem Miranda nem gostaria de ser

* Faculdade de Medicina de S.J.R.P. - FAMERP; Mestre em Psicologia Social - PUC-SP; Doutor em Medicina Biológica - FAMERP.

Recebido em 20.4.97

Aprovado em 6.5.97

Madonna, nem toda lésbica é masculinizada e tem como desejo oculto ser lutadora de boxe.

O antropólogo Peter Fry relata que sempre que se fala em homossexualismo surge uma questão: O que é homossexualidade? Como se fosse alguma coisa em realidade. Imaginemos então que estamos escrevendo para uma revista de turismo e observemos algumas cenas que ocorreriam dentro do Brasil:

1 - Belém do Pará - Um bancário de 32 anos, casado, mantém relações sexuais com outro colega de banco. Em todas as ocasiões mantém o “papel ativo”, enquanto o amigo exerce o “papel passivo”. Não se considera homossexual, mas sim um homem com grande charme, pois sempre exerce o “papel ativo”, que é o esperado socialmente.

2 - São Paulo - Jovem operário de 23 anos, físico definido, noivo, salário de 400 reais ao mês. Através de um primo descobre que pode sair com homens melhor situados socialmente e receber em média 50 reais por programa, o que aumentaria bem seu rendimento mensal, facilitando a compra do que necessita para casar-se.

3 - Salvador - Professor universitário, 35 anos, militante de ONG em defesa dos direitos civis dos homossexuais, faz preleções em rádio e em programas de TV.

4 - Terezina - Delegado de polícia resolve que travestis, michês e “desmunhecados” estão atrapalhando o turismo da cidade. Sendo assim, o melhor é mandar todos para a cadeia, por vadiagem.

5 - Recife - Advogado resolve interceder nos acontecimentos do Piauí, se propondo a defender gratuitamente os que dele necessitarem.

6 - Rio de Janeiro - Empresário, 29 anos, aparece nas festas “montado” e a drag *queen* Paloma dos Andes ferve na noite.

7 - Porto Alegre - Travesti, 19 anos, faz “ponto” na rua da praia das 21:00 hs às 5:00 hs da madrugada.

Aos menos avisados pode parecer que se tratam de 7 situações diferentes, porém em realidade são variações sobre o mesmo tema, ou seja, as várias faces que uma mesma figura pode representar. Da mesma maneira ninguém, em sã consciência, poderá dizer que o comportamento homossexual na era de ouro da Grécia, na Inglaterra da séc. XIX (vide Oscar Wilde) e no Brasil de 1996 são coisas idênticas. Em realidade estas variações acabam mostrando situações diversas em sociedades diversas.

A palavra homossexualismo foi inventada em 1869 pelo húngaro Karoly M. Benkert. No mesmo período surge a palavra uranismo (o nome provém da musa Urania citada por Platão), criada por Carl Heinrich

Urichs. A partir dessa data estudos sobre a homossexualidade colocando-a como patologia congênita, defeito, doença, naturalidade, etc..., passam a serem feitos por Krafft-Ebing, Havelock Ellis, Magnus Hirschfeld, Edward Carpenter, entre outros. Embora não fosse pesquisador, mas poeta, Walt Whitman também não pode ser esquecido.

No nosso ponto de vista o marco da história da homossexualidade acontece em 1969 na cidade de Nova York, em um bar chamado Stonewall Inn, freqüentado por travestis, *drags queens e fairies*. Apesar das variadas versões, ou talvez mesmo por causa dela, nunca se saberá exatamente o que aconteceu na noite de 28 de junho e nas duas noites que se seguiram. Eloy Martínéz em seu romance Santa Evita coloca que é impossível se reconstruir a realidade, pois ela só existe no momento em que o fato acontece, se é que existe mesmo neste instante. Seja como for a revolta na Christopher st. marca uma alteração total na mentalidade gay americana e conseqüentemente na mundial.

Os gays americanos tornam ciência de sua força e passam a se organizar em grupos e associações que irão lutar por direitos e reconhecimento. É o surgimento do gay power. A partir deste instante a pregação diz que o gay não deve mas ser feminino ou efeminado, “desmunhecar” ou “fechar por aí”, mas sim deve apresentar uma imagem a mais masculina possível. A banda Village People lança *Macho Men*, sucesso mundial que determina novas diretrizes. O gay agora deve ser forte, musculoso, ter corpo modelado em academias de musculação, praticar lutas marciais, usar cabelos curtos, jeans, botas militares, camisetas, etc...

Após intermináveis discussões, simpósios, reuniões, a idéia de integração com a sociedade heterossexual é quase totalmente abandonada e o gueto surge com toda a sua plenitude. Bares, danceterias, saunas, livrarias, vídeos, cinemas, prédios, bairros, inteiramente voltados para a cultura e o povo gay passam a proliferar em todos os lugares e San Francisco torna-se meca mundial.

A “nova sociedade” trás como alicerce nesta mudança de estrutura o machismo copiado e exacerbado da sociedade heterossexual.

Paglia (1996) relata que 1974 foi o ano em que os estabelecimentos gays masculinos fecharam as portas para ela, pois a “nova moral” totalmente sexualizada não permitia a entrada de mulheres nos locais de diversão.

Uma visão muito interessante deste período, mergulhando no mundo sadomasoquista, encontramos em Morriscoe (1996), quando analisa a agitada e controvertida vida de Mapplethorpe. A fama desta nova sociedade é tamanha, que personalidades como Foucault deixam a Europa para

conhecê-la, como relata Guibert em seu livro *Para o amigo que não me salvou a vida* (1995).

Neste período a política do *Coming out*, o sair do armário ou assumir-se, em português, começa a ficar cada vez mais forte. Muitos chegavam mesmo a defender uma política de delação em relação a aqueles que não se assumiam e publicamente ainda tentavam prejudicar o movimento homossexual. Um exemplo disto é visto no grande sucesso teatral *Angels in America*, quando enfocam a personagem de Ron Cohen.

A alegria, a festa, o sexo totalmente liberado vão durar até o início dos anos 80 quando, como tão bem coloca Sullivan (1996), a AIDS resolve estragar tudo isto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, F.; Janmelli, M. *A Princesa*. Nova Fronteira, RJ, 1985.
2. BROWN, P. *Pecados safados*, Rosa dos Ventos, RJ, 1995.
3. COLAR, C. *Noites Felinas*. Brasiliense, S. Paulo, 1994.
4. FAIRCHILD, B.; Hayward, M. *Agora que você já sabe*, Record, RJ, 1996.
5. FRY, P.; Macrae, E. *O que é Homossexualidade*. Brasiliense. S. Paulo, 1994.
6. KATZ, J. *A invenção da heterossexualidade*. Ed. Ouro. RJ. 1996.
7. MARTINEZ, T. *Santa Evita*, Companhia das Letras. S. Paulo, 1996.
8. MORRISCOE, P. *Mapplethorpe - Uma Biografia*, Record, RJ, 1996.
9. MOTT, L. *O lesbianismo no Brasil*. Mercado Aberto. S. Paulo, 1992.
10. PAMPLONA DA COSTA, R. *Os 11 sexos*, Gente. S. Paulo, 1994.
11. PAGLIA, C. *Vampes & Vadias*. Francisco Alves, RJ, IL96.
12. PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões*, Best Seller. S. Paulo, 1992.
13. RICHARDS, J. *Sexo, desvio e danação*. Zahar. RJ, 1992.
14. SULLIVAN, A. *Praticamente normal*, Companhia das Letras, S. Paulo, 1996.
15. VIDAL, G. *A cidade e o pilar*, Rocco, RJ. 1993.

Sexualidade: (re)pensando a repressão **6**

Maria Luiza Macedo de Araújo*

RESUMO

O artigo discute a repressão sexual através de um ponto de vista da história das 'idéias. É dada relevância ao pensamento católico que, ao ser difundido, incorporou o platonismo, o neoplatonismo e o estoicismo, filosofias que norteavam o pensamento dos intelectuais convertidos. A partir daí, surge como vertente a cristianização do pensamento grego. Embora a Igreja tenha deixado de ser a normatizadora da sexualidade, os educadores e médicos continuaram tendo posicionamentos que, com o aval científico, ratificavam a visão da moral sexual tradicional. Deixa em aberto uma questão importante: será que já adquirimos maturidade suficiente para discutir a questão da sexualidade mantendo uma atitude de isenção, aceitando o outro como ele é e não fornecendo a nossa verdade?

* Psicóloga, Mestre em Psicologia, Doutora em Fisiologia, professora do Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho.

Recebido em 9.5.97

Aprovado em 18.5.97

Desde a pré-história, quando o homem se organizou em grupos, houve a necessidade de que regras de convívio, ou seja, limites, fossem estabelecidos a fim de que pudesse interagir com seus semelhantes; o sexo se insere neste momento, dentro das normas de convivência, nem sempre pacífica. A luta básica era pela sobrevivência. Neste sentido as práticas sexuais obedeceram a regras, exigências naturais e cerimônias. Passam-se milênios para que o homem consiga descobrir que pode modificar a natureza, ou seja, inserir valor e então cria a cultura. Neste ponto necessitamos definir o que entendemos por cultura - é a inserção de valor na natureza - ou seja, a natureza é modificada, ou transformada pelo ser humano que, num primeiro momento, descobre que pode semear e domesticar animais; descobre ainda a paternidade, pois assim como os animais precisam copular para que a fêmea reproduza, também entre os humanos há a necessidade do homem fecundar a mulher (Tannahill, 1983). Num determinado momento da história o sexo deixou de ser apenas biológico para ser cultural e assim diferentes culturas têm suas normas referentes à questão sexual.

Dentro deste ponto de vista, não existe convivência humana sem repressão. Marilena Chauí (1984, p. 9) define repressão sexual como “um conjunto de interdições, permissões, normas, valores, regras estabelecidas histórica e culturalmente para controlar o exercício da sexualidade”. É neste sentido que estaremos refletindo sobre o tema. Temos que considerar ainda que a discussão sobre repressão sexual iniciou-se no século XIX. Até então, sexo era assunto de teólogos. Moralistas, pedagogos, juristas, confessores e artistas. O discurso médico-científico ratificou o discurso moral, tornando-o científico a possibilitando que não mais o confessor ou o pastor ditassem as regras sexuais, o sexo passou a ser domínio da ciência, que classificou as patologias e patologizou o prazer, dando um fundamento científico a posicionamentos que referendavam as posições moralistas de então (por exemplo, a condenação à masturbação, que poderia provocar as mais nefastas enfermidades, o que não se confirmou com os estudos subsequentes de fisiologia sexual).

Em nossa opinião, diversos equívocos marcaram a forma como a questão sexual foi articulada no Ocidente, por isso, precisamos voltar no tempo e chegar à Antiguidade: observamos que a raiz do enfoque do corpo como algo que atrapalha a alma para se desenvolver está com a interpretação da filosofia platônica, neoplatônica e estoica pelos pensadores cristãos desta época, que deram um sentido diferente à alma da qual Platão fala. Alma para o pensamento grego é *intelecto e vontade* e alma para o cristão é *o espírito*, a própria essência da vida. Para o grego não havia a noção de pecado e o que ele valorizava era a harmonia do ser. O desen-

volvimento das virtudes tinha o objetivo de tornar o homem senhor dos desejos e não escravo das paixões. A virtude para o grego não tem o sentido religioso e sim existencial. Ora, quando o cristianismo foi difundido para a camada intelectualizada, os intelectuais que se converteram já eram adeptos de filosofias que colocavam restrições ao corpo e que procuravam, como forma de vida, controlar as paixões (o sexo seria uma delas) através do intelecto (Brown, 1990). A transposição para um contexto religioso foi óbvia. Por outro lado, havia a crença de que o fim do mundo estaria próximo, então as pessoas deveriam manter-se em estado de pureza e castidade (interpretação errônea de São Paulo) a fim de serem julgadas (Araújo, 1995). O pecado do corpo (ou da carne) seria o sexo - temos aí outra interpretação errônea dos textos bíblicos, pois carne, num sentido bíblico; significa existência e não corpo (Léon-Dufour, 1965). Para completar o quadro de equívocos, reinos Santo Agostinho, intelectual brilhante da época, que deixou imensa obra de teologia moral, mas que por razões particulares, colocou o sexo como fonte de pecado. Santo Agostinho tinha pertencido a uma religião chamada "Maniqueísmo", na qual a crença básica seria que duas forças regem o mundo - o bem (representado pela luz) e o mal (que seriam as trevas). Nesta religião os adeptos praticavam o controle da natalidade, pois cada criança que nascia aumentava as trevas e somente através de uma ascese pessoal conseguiria se purificar para que a luz vencesse as trevas. Ele conservou a estrutura maniqueísta de pensamento, contrapondo a virtude ao vício e, excetuando o sexo sem prazer para a procriação, vê a prática sexual como pecado. Sua engenhosidade intelectual ainda completa o quadro postulando que não deve haver paixão entre os cônjuges, pois assim fica mais fácil abdicar do sexo em função da família. Está formado o arcabouço intelectual que irá sedimentar o pensamento ocidental sobre a questão sexual (Brown, 1965).

Acrescentemos o período de mil anos que dura a Idade Média, onde a Igreja possuía todo o poder espiritual e pretendia o temporal. Nesta fase, toda forma de desenvolvimento intelectual partia da Igreja e tinha seu aval. Em virtude de questões políticas, o Oriente e o Ocidente estavam divorciados. Logo, ficou fácil para a Igreja tornar-se a única forma de difusão da cultura. Toda problematização da sexualidade seria feita a partir da teologia moral em termos de virtude e vício, logicamente o sexo passou a ser parte da luxúria e o prazer proscrito, seguindo a posição agostiniana de que o sexo só seria lícito se fosse praticado sem "deleite" e para a procriação (Araújo, 1985, 1995).

A sociedade evoluiu como um todo e chega-se ao século XVI com o renascimento trazendo uma nova visão do mundo e um retorno ao clacissismo e, no plano religioso, a Reforma Protestante introduziu modificações importantes na forma de articular a moral. Há transformações na ordem econômica européia, gerando uma nova ordem social, surge a burguesia e os pedagogos assumem a liderança na postulação dos princípios educacionais. Criam-se regras de recato e educação que visam cada vez mais disciplinar o homem. Neste momento, há a passagem do controle da sexualidade do plano religioso para o plano social, onde o indivíduo intrometa as normas de recato e pudor, sendo seu próprio juiz. Este período coincide com a separação entre moral e religião, ou seja, não haveria necessidade de temer o julgamento divino pois o homem, mesmo sem acreditar em Deus, poderia ter a capacidade de agir de acordo com a moral (Araújo, 1995, Van Ussel, 1983).

Chega-se ao século XIX, o qual ficou caracterizado pelo duplo padrão e hipocrisia, pois o extremo rigor moral convive a todo momento com a transgressão. Freud introduz o conceito de inconsciente, que explica o mecanismo de recalçamento e repressão. Passa-se então a entender como o sexo é reprimido e se manifesta em situações aparentemente não sexuais. Nunca se falou tanto em sexo e sexualidade, porém o discurso não serviu para libertar e sim para reprimir pois fala-se muito, mas a finalidade é o controle. Os livros que tratam de educação sexual repetem os mesmos posicionamentos religiosos e morais. Somente para dar um exemplo ilustraremos com um livro publicado no Brasil, em 1930, por um médico, José de Albuquerque, que se chama *Moral Sexual*. Ele afirma:

A função sexual, quando realizada dentro dos preceitos da boa ética, sem ser desviada de sua verdadeira finalidade, sem ser transformada em objeto de prazer, respeitando a todos os preceitos da moral sexual, (...) nada tem de imoral, como nenhuma imoralidade existe em qualquer função do organismo, quando orientadas, conforme já vimos, de acordo com os preceitos da fisiologia e da higiene.

O fim de todas as funções é o mesmo, garantir a conservação do organismo, tendo além deste, a função sexual um outro, que é o de garantir a conservação da espécie “ (p. 19-20).

Neste livro a questão sexual não é vista como a possibilidade de interação entre duas pessoas, mas sim como uma forma de aliviar uma necessidade premente nos homens, porque as mulheres que são honestas não têm tais necessidades. Ele compara a sexualidade a qualquer atividade fisiológica, tal como a digestão. Além disso, repete Santo Agostinho dizendo que o sexo não deve ser praticado por prazer. Sua posição se complica

quando diz que, em períodos que a esposa não pode se relacionar com o marido ele deve procurar uma prostituta, pois não é saudável reprimir a função sexual.

Outro médico (este é católico) apresentou uma tese em 1946 onde diz que “o pecado contra a Castidade é, sem dúvida, a maior e mais perniciosa *fonte dos males* que minam a saúde e a vida da Humanidade”. Para ilustrar o posicionamento do referido autor transcrevemos o seguinte:

“A virtude cristã, muito sabiamente, costuma indicar com grandes, incalculáveis proveitos físicos e morais para todos da família, os seguintes tempos de viverem como irmãos guardando a nobreza da continência conjugal.

1º Os dois primeiros meses de casados.

Aos cônjuges virgens a virtude concede o privilégio da intangibilidade, isto é, o direito de ainda por aqueles dois meses guardar o precioso tesouro da Virgindade, sem constrangimento legal que os obrigue ao ponto contrário. É isto uma aceitação pratica do conselho que o Arcanjo São Rafael dera a Tobias o moço, ao se desposar com Sara.

“É extraordinário e sem conta o número de benefícios com que esta virtuosíssima prática favorece aos recém-casados.

Foi a expressão que, há poucos meses, ouvi de um colega médico, casado há cinco anos. Ele, par três meses, guardou essa pratica da Virgindade após o casamento, ensinada pelo grande médico celeste, o glorioso São Rafael Arcanjo, cujo nome quer dizer: Medicina de Deus.

2º Aos Domingos e Dias Santos de guarda.

3º Durante o tempo da Quaresma, isto é, de Quarta-feira de Cinzas até a Páscoa.

4º- Durante as quatro semanas do Advento, isto é, do Primeiro Domingo até o Natal.

5º Nas tēporas de Pentecostes e nas de Setembro, isto é, nos dias de Quarta-feira, Sexta-feira e Sábado da Semana depois de Pentecostes ou dia do Divino e da Semana depois da Exaltação da Santa Cruz 14 de Setembro.

6º Nos três dias de Rogações ou Ladainhas que precedem o dia da Gloriosa Ascensão do Senhor.

7º Nas quatro Vigílias principais, a saber: 1) da véspera do Divino (Pentecostes); 2) da véspera da Assunção da Senhora; 3) da véspera do São Pedro e São Paulo; e 4) da véspera de Todos os Santos” (Franco Filho, 1946, p. 17).

Este autor conseguiu ser mais ortodoxo que os papas Leão XIII e Pio XI que publicaram duas encíclicas relacionadas à família e ao matrimônio cristão, respectivamente em 1880 e 1930, sendo que somente nesta última é que foi admitido o controle da natalidade pelo método rítmico, abrindo-se então uma porta para o prazer.

Note-se que somente no pós-guerra é que a questão sexual pode ser discutida de forma mais objetiva. Consideramos que os trabalhos de Kinsey e cols., em 1948 e 1953, foram decisivos para dar uma radiografia da sociedade enquanto Comportamentos efetivos e não como ingerências feitas a partir de posicionamentos pessoais. Na década de 60 surgem a pesquisa de Masters e Johnson relativa à resposta sexual humana, tendo sido a primeira vez que os pesquisadores ousaram observar, medir e quantificar a resposta sexual humana. Desta pesquisa resultou o primeiro modelo de terapia sexual, um trabalho no qual havia a proposta de cura das disfunções sexuais. Este trabalho originou todos os modelos de terapia sexual.

Temos, então. apenas quatro décadas em que o sexo foi tratado objetivamente, o que não significa que já tenhamos superado a repressão à sexualidade. Muitas pessoas dirão que às vésperas do terceiro milênio não seria verdadeiro dizermos que a repressão sexual ainda exista, que o sexo é mostrado ao vivo e a cores nos meios de comunicação, que a Igreja não forma mais a mentalidade da maioria das pessoas. Que dizer então quando uma determinada pessoa vai planejar um trabalho de educação sexual e começa pelas doenças sexualmente transmissíveis? Ou das discussões sobre sexualidade nas quais não se leva em conta a questão do sexo como uma forma de crescimento pessoal? Ou das professoras da escola primária ou do pré-escolar que ficam extremamente perturbadas tom as brincadeiras infantis ou com a manipulação genital? Ou ainda das mães que fingem que não vêm ou não sabem que seus filhos já estão engajados em atividades sexuais par não saberem o que dizer para eles? Ou ainda da jovem que apenas quer se relacionar com seu namorado e engravida pois não tomou providências para não engravidar? Ou do(a) médico(a) que desconversa quando o(a) cliente fala da sua própria sexualidade por não saber o que dizer? Os cursos de medicina, fisioterapia, enfermagem. educação física têm a cadeira de sexualidade humana? Os professores de primeiro e segundo grau recebem treinamento para lidar com o jovem e seus questionamentos? Ou ainda se pratica a pedagogia do silêncio em muitas ocasiões?

Deixo para o final talvez a pergunta mais importante: Suponhamos que o governo resolvesse colocar em prática a proposta de educação sexual obrigatória em todo território nacional. teríamos profissionais capacita-

dos em número suficiente para dar conta do recado? Ou se repetiria o que aconteceu no século XVIII, quando os educadores passaram ensinamentos baseados em seus posicionamentos morais?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, José. *Moral sexual*. Rio de Janeiro: Tipografia Coelho, 1930.
2. ARAÚJO, Maria Luiza Macedo. *A sexualidade do universitário: uma pesquisa entre estudantes do Rio de Janeiro*, Dissertação do Mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1985.
3. ARAÚJO, Maria Luiza Macedo. *Moral sexual: um estudo sobre o pensamento católico e suas relações com a sociedade brasileira*. Tese do Doutorado. Rio de Janeiro: Universidade Gama Filho, 1995.
4. BELZER, E. G. *An historical sketch of western man's sexual attitudes* in F. COHN. *Understanding human sexuality*. New Jersey: Prentice-Hall, 1974.
5. BROWN, Peter. *Corpo e sociedade: o homem, a mulher e a renúncia sexual no início do cristianismo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.
6. CHAUI, Marilena. *Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
7. ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Tradução do Ruy Jungman. Revisão e apresentação de Renato Janine Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
8. FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
9. FRANCO FILHO, José Gonzaga. *A castidade nos três estados*. Fortaleza: 1946.
10. GREGERSEN, Edgar. *Práticas sexuais: a história da sexualidade humana*. São Paulo: Roca, 1982.
11. LEO XIII, Encíclica "Arcanum Divinae Sapientiae" (1870). Documentos Pontifícios: Vozes, Petrópolis.
12. LÉON-DUFOLTR, Xavier. *Vocabulário de teologia bíblica*. Barcelona: Herder, 1965.
13. MASTERS, William e JOHNSON, Virginia. *A conduta sexual humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
14. MASTERS, William e JOHNSON, Virginia. *A incompetência sexual*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1976.
15. NAHOUM, Jean-Claude. *A construção da sexualidade feminina*. Rio de Janeiro. São Paulo: Eleá Ciência Editorial, 1989.
16. PIO XI, Carta Encíclica "Casti Conubii", 1930. Documentos Pontifícios. Petrópolis: Vozes, 1960.

17. RANKE-HEINEMANN, Uta. *Eunucos pelo reino de Deus*. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1996.
18. SUSSMAN, Norman. *Sex and sexuality in history*, in B. J. SADOCK, H. J. KAPLAN e A. M. FREEDMAN (orgs.), *The sexual experience*. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1976.
19. TANNAHILL. Reay. *Sexo na história*. Rio do Janeiro: Francisco Alves, 1983.
20. VAN USSEL, Jos. *Repressão sexual*. São Paulo: Campus, 1980.
21. VIRAL. Marciano. *Moral de atitudes: I - Moral fundamental*. Tradução de Ivo Montanhese. Aparecida-SP: Editora Santuário, 3ª ed. 1986.
22. VIDAL, Marciano. *Moral de atitudes: II - Ética da pessoa*. Tradução de Ivo Montanhese. Aparecida-SP: Editora Santuário, 3ª ed., 1988.
23. WOOD. Robert. *Civilizações antigas, vida sexual* in ELLIS. Albert e ABARBANEL, Albert (orgs.). *Enciclopédia do comportamento sexual*. Tradução de Edison Carneiro. V. II C-E. Rio de Janeiro: 1967.

Sexualidade no climatério: influências psicológicas e socioculturais 7

Jaziel B. Pitelli*

RESUMO

O climatério é considerado, dentro da evolução biológica feminina, um período de transição entre o final da vida reprodutiva plena e o início da senectude. Sendo fenômeno fundamentalmente biopsicossocial, são abordadas, no presente artigo, as influências dos fatores psicológicos e dos fatores socioculturais na expressão da sexualidade nesta fase da vida. Em relação ao componente psicológico do climatério, é mostrado como este período pode produzir modificações psicológicas na mulher, seja pelo fato de ser uma fase de transição, portanto potencialmente de “crise”, seja em decorrência das próprias alterações orgânicas ocorrentes no período. Aborda-se, então, como tais mudanças psicológicas podem influenciar o exercício da sexualidade. Igualmente, em relação ao componente Sociocultural do climatério, após tecer considerações de como a vivência

* Médico Ginecologista e Obstetra. Pós-Graduando em Educação e Terapia Sexual pela SBRASH.

deste período pela mulher é intensamente influenciada pela maneira como cultura e sociedade vêem e valorizam o climatério, são abordados os efeitos desta influência, quer seja, dos fatores sociais e dos culturais na expressão da sexualidade feminina nesta fase da vida.

Denomina-se climatério a fase da vida da mulher que se entende do final da maturidade reprodutiva plena até o início da senectude. É, pois, uma fase de transição, como o é a adolescência. Corresponde, biologicamente, à falência progressiva dos ovários como gônadas (produtores de óvulos) e como glândulas (enquanto produtores de estrogênio - progesterona). Episódio marcante dentro deste período é a menopausa, cessação definitiva das menstruações. A menopausa, data da última menstruação, só vai ocorrer em torno dos 49 anos, dividindo o climatério em dois períodos, ditos pré e pós-menopáusicos.

O termo “menopausa” só aparece no século XIX (pelo menos na língua inglesa) e tem sido freqüentemente usado como sinônimo de climatério. E, exceto a partir da primeira década do séc. XX - assim mesmo por segmentos minoritários da sociedade, e não por todos os médicos - sempre usado com conotação negativa.

Na verdade, o climatério só começou a ser estudado amplamente e melhor compreendido, portanto) em nosso século.

Hipócrates, além de outros autores da antigüidade, já faz referência ao mau prognóstico que cerca as mulheres que apresentam o que hoje chamamos sangramentos pós-menopáusicos (15). A medicina árabe, que recolheu todo o legado clássico e editou numerosos tratados de ginecologia, obstetrícia e mesmo sexologia, não faz referências relevantes ao climatério. E do obscurantismo da Idade Média, não nos chega qualquer texto concreto sobre o assunto.

É Graaf, no séc. XVIII, o primeiro a focar o período climatérico de maneira significativa, ao descrever, em seu célebre tratado sobre a reprodução, o desaparecimento dos mecanismos reprodutores, nesta fase. Em 1780, o dicionário da Real Academia, na Espanha, não consigna a palavra menopausa, mas traz o verbete climatério, “el año tenido supersticiosamente por acaso. El tiempo enfermo por el temperamento o peligroso por sus circunstancias. Se está climatérica cuando se tiene oral humor” (15).

Durante o séc. XIX e até mesmo nos princípios de nosso século, os autores que focam o período climatérico o fazem quase sempre apenas do ponto de vista patológico e, com freqüência, superpõem a ele patologias orgânicas advindas simplesmente do passar da idade.

Para o vulgo, até hoje, principalmente nas camadas socioeconômicas mais desprotegidas, “menopausa” (climatério) é geralmente algo de se temer, uma patologia, quase sempre referido, o período, como “a idade crítica”.

Referimo-nos a esta conotação negativa do climatério, da “menopausa” porquanto a sexualidade da mulher poderá sofrer, neste período, alterações (às vezes enormes) advindas unicamente de fatores psicológicos e socioculturais.

Climatério é palavra de origem grega, que denota crise, período crítico na existência humana. E climatério é, realmente, na evolução biológica da mulher, um período de transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva de sua existência. Esta transição se apresenta de maneira muito mais destacada para a mulher, que para o homem. Biologicamente, ocorre uma senescência gradual do ovário como gônada e queda acentuada na produção de estrogênio, de tal forma que, após os 50 anos, quase todas as mulheres perderam todas as suas células germinativas. É fato singular entre os animais, pois na maioria das espécies a fecundidade é perdida graças a fatores uterinos que incrementam as perdas fetais (19). Pode-se dizer, de certa forma, que as mulheres “sobrevivem” às suas gônadas.

A expectativa de vida das mulheres à época do Império Romano era cerca de 25 anos. No início deste século, nos Estados Unidos, era 51,1 anos (para a mulher branca; para a negra, 35,7 anos). Em 1960, esta expectativa de vida já era 74,2 anos para americana branca e 66,5 anos para a americana negra. Na Espanha, em 1900 era de 35,7 anos; em 1950, 64,3 e em 1970, 74,6 anos. Pode-se dizer que, hoje, década de 90, no primeiro mundo, a expectativa de vida das mulheres beira os 80 anos. Dados do IBGE apontam, para o Brasil, cerca de 66 anos. Em termos gerais, sabe-se que, nos últimos 50 anos, a população mundial duplicou, a população de pessoas com mais de 60 anos quadruplicou e a população de pessoas com mais de 80 anos octuplicou.

Como se vê, a partir da 2ª metade deste século, o número de mulheres que passam pelo período climatérico e atingem a senilidade é muito grande. Pode-se dizer que a mulher, hoje, vive um terço de sua existência, em estado de falência gonadal.

Por outro lado, é fato singular, também na espécie humana, que o coito é praticado independentemente da reprodução (inclusive durante a gravidez!), não sendo necessário, como nas outras espécies, que a fêmea esteja no período fértil, para que homens e mulheres exerçam sua sexualidade- o que fazem a vida toda: a sexualidade no ser humano se extingue apenas com a morte do indivíduo. No ser humano, o sexo, com a evolução

e conseqüente corticalização do mesmo, deixa de ser necessidade puramente biológica, para ser também (e principalmente) necessidade psicológica.

MODIFICAÇÕES ORGÂNICAS E PSICOLÓGICAS OBSERVÁVEIS NO CLIMATÉRIO

Em primeiro lugar: a resposta sexual humana, como demonstraram de maneira brilhante William Masters e Virginia Johnson (13), sofre mudanças fisiológicas com o passar da idade.

Considerando-se o conceito (mais útil para uma visão clínica e prática) de natureza bifásica da resposta sexual proposta por Kaplan (9), alterações ocorrem fisiologicamente nas fases de excitação e orgasmo, com o avançar da idade. Tais alterações foram bem demonstradas por Masters e Johnson. De maneira resumida, podemos dizer que, na fase de excitação, o aumento vasocongestivo no tamanho das mamas se torna mínimo ou desaparece, a elevação geral da tensão muscular é menor, há menor expansão da vagina e menor engrossamento vasocongestivo dos pequenos lábios, além da lubrificação vaginal ser mais lenta. Na fase orgásmica, o número de contrações rítmicas vaginais é menor, o mesmo ocorrendo com as contrações retais.

Decorrentes do déficit estrogênico e de fenômenos próprios do envelhecimento, é forçoso que a mulher, no climatério, apresente mudanças orgânicas importantes, além das citadas alterações na resposta sexual. Tais mudanças podem produzir sintomas, os quais, por sua vez, podem ser muito desagradáveis; alguns deles, certamente, acarretam mudanças também no comportamento sexual.

O decréscimo dos níveis de estrogênio produz alterações a curto/médio prazo e a longo prazo. Entre aquelas se destacam, em 1º lugar, os fenômenos vasomotores: as sobejamente conhecidas “ondas de calor” (cerca de 75% das mulheres na perimenopausa, nas estatísticas dos países ocidentais), além de sudorese, calafrios, etc. Também sintomas desconfortáveis ao nível dos genitais, principalmente por alterações tróficas da parede vaginal, destacando-se a dispareunia. A longo prazo, o déficit estrogênico contribui para alterações muito importantes no metabolismo lipídico e ósseo, principalmente.

E praticamente todos os trabalhos a respeito do climatério (inclusive os mais recentes) apontam mudanças psicológicas ocorrendo nas mulheres que atravessam este período, em graus variáveis e em maior ou menor porcentagem. Revisando literatura ao nosso alcance, parece-nos

razoável agruparmos tais mudanças mais os sintomas e sinais que as acompanham em cinco grupos principais:

1) É muito descrito o surgimento de um aumento da irritabilidade, da agressividade, de “nervosismo” com um aumento da tensão interna e inquietude, durante o climatério. Trabalhos (2)(17) demonstram que as respostas psicofisiológicas ao stress (frequência cardíaca, pressão arterial, nível plasmático de catecolaminas, etc.) estão exageradas, dando suporte objetivo aos dados subjetivos (sentimentos de excitabilidade aumentada).

2) Distúrbios do sono são também muito freqüentes: demora para adormecer. despertar precoce, insônia, inquietude durante o repouso noturno, sono com interrupções freqüentes, etc. Estudos realizados em laboratório também dão suporte objetivo a estes distúrbios, mostrando alterações principalmente na fase REM (Rapid Eye Movement) (16) (20).

3) Depressão. Sabe-se que a incidência de depressão é maior nas mulheres que nos homens e aumenta com a idade. Cerca de 15 a 20% da população total de mulheres vai ter ou teve pelo menos um episódio ou fase depressiva na vida, sendo que o período da perimenopausa tem sido correlacionado a uma maior prevalência de transtornos depressivos. Parece haver, aqui também, uma base orgânica, relacionada a alterações dos níveis de neurotransmissores e neuropeptídeos opióides no sistema nervoso central, conseqüentes ao decréscimo estrogênico no organismo feminino. Este assunto será pormenorizado mais adiante.

4) Queda no rendimento mental: não se sabe se direta ou indiretamente causada pelo climatério, todas as pesquisas de sintomas que causam impacto na qualidade de vida das mulheres neste período mostram a impressão subjetiva de queda no rendimento mental, fadiga, perda de memória (“esqueço-me facilmente”), dificuldade de concentração (sente-se “dispersiva”). É interessante notar-se que, quando se quantificam certos sintomas, como por exemplo a perda de memória e a dificuldade de concentração, os testes objetivos não corroboram, o mais da vezes, a forte impressão subjetiva (15).

5) Alterações na sexualidade. Os estudos mostram, quase sempre, uma queda na atividade e interesse sexual, em ambos os sexos, com o passar da idade. Na maior parte das pesquisas, a frequência coital das mulheres cai, durante o climatério. Para termos uma idéia representativa da situação na atualidade (e, assim, por ilação, formarmos uma idéia acerca do item que estamos tratando), há um trabalho francês (3) publicado em 1990 (recente, portanto), que representa uma investigação metódica da sexuali-

dade em uma amostra estratificada. a nível nacional, de homens e mulheres entre 52 e 70 anos. Em 1º lugar, quanto ao estado civil, apenas 8% dos homens eram viúvos, divorciados ou separados, contra 31% das mulheres (o que nos mostra que, na manutenção da díade conjugal, as mulheres são prejudicadas, com o passar da idade). A atividade sexual masculina diminuiu pouco até os 65 anos, enquanto que a das mulheres caiu acentuadamente, entre os 52 e os 65 anos. Enquanto a proporção de homens “sem nenhuma relação sexual no ano anterior” passou de 6% aos 52 anos para 32% aos 70 anos, a das mulheres passou, de 16% aos 52 anos, para 73% aos 70 anos. A porcentagem de homens que declararam ter tido relação sexual “na semana anterior” foi 40% enquanto a de mulheres foi 26%. Os autores do trabalho deixam claro que “as mulheres se acomodavam bem a esta situação” (de inatividade sexual) e que elas se conformavam com o fato facilmente. Na amostra, 42% das mulheres não tinham atividade sexual e somente um terço delas o lamentava. E apenas 36% do total das mulheres declararam-se dispostas a realizar um tratamento que melhorasse seu comportamento sexual. Finalmente. os autores mostram que a diminuição da atividade e satisfação sexual com o passar da idade não mostrou diferenças quando comparadas a outras pesquisas realizadas há 15 ou 20 anos atrás.

Como vimos até agora, há mudanças orgânicas e psicológicas observáveis no climatério, em maior ou menor grau, e em maior ou menor porcentagem de mulheres.

Ao conjunto de sintomas e sinais que podem ocorrer neste período, chamamos de “síndrome climatérica” (muitos autores usam o termo “síndrome menopausal”).

CLIMATÉRIO: FENÔMENO BIOPSIKOSSOCIAL

Todos nós, adequada ou inadequadamente, reagimos ao envelhecimento: é próprio da condição humana.

Para a mulher, a ocorrência marcante da menopausa (sua última menstruação!) e a percepção de mudanças em seu organismo (até então, tão “normal”!), ensejadas pela queda dos estrogênios, mostram-lhe de maneira ineludível que chegou à terceira idade, vale dizer, “que está envelhecendo”.

E é, este período, transição durante a qual ela deixa para trás a para sempre a função reprodutiva em sua vida.

O climatério tem, pois, implicações psicológicas muito importantes. Por passar da fase reprodutiva para a não-reprodutiva de sua existência, a mulher muda de papel - ou de papéis - dentro da sociedade.

A vivência deste período, portanto, também vai depender do contexto social e cultural em que esta mulher vive mergulhada.

Biologicamente, o climatério é período de transição entre a fase de função plena dos ovários e o estado de falência dos mesmos como gônadas.

É fenômeno biológico inevitável, singular à espécie humana.

Mas, pelo exposto, a crise vivenciada pela mulher neste período é fundamentalmente um fenômeno biopsicossocial.

COMPONENTE PSICOLÓGICO

Numa tentativa de metodizarmos a exposição, as influências psicológicas que podem se fazer presentes na sexualidade da mulher climatérica serão abordadas em 3 tópicos: 1) O climatério como fase de transição. 2) Alterações psicológicas relacionadas a alterações orgânicas ocorrentes no climatério. 3) Fatores afetando o psiquismo.

1) O climatério como fase de transição

O climatério, como já vimos, é um período de transição, dentro da evolução biológica feminina.

Por ser período de transição, é período crítico na existência humana.

Já em 1965, Neugarten e Kraines (14) publicavam interessantíssimo trabalho em que 28 sintomas somáticos e psíquicos eram investigados em 460 mulheres de 13 a 64 anos, distribuídas em 5 faixas de idade. A maior frequência de sintomas ocorreu nas fases críticas do desenvolvimento humano, quer seja, na adolescência, 13 a 18 anos, e no climatério, 45 a 54 anos.

Como bem lembra Maria Tereza Maldonado, “no ciclo vital da mulher há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. São três períodos de tensão biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudança envolvidas nos aspectos de papel social, necessi-

dade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade. (...) uma das características fundamentais de uma situação de crise é o fato de constituírem verdadeiras encruzilhadas em termos de saúde mental” (11).

Ora, a sexualidade é manifestação afetiva do ser humano; deixou de ser, como nas demais espécies animais, uma necessidade puramente biológica voltada para a reprodução, para ser sobretudo uma necessidade psicológica, uma manifestação afetiva.

Se o climatério é período de transição, se é tempo de “crise” comprometendo o psiquismo do ser humano, forçosamente comprometerá também a manifestação da sexualidade humana.

2) Alterações psicológicas advindas de alterações orgânicas ocorrentes no climatério

Já vimos que, no climatério, podem ocorrer numerosos sintomas psicológicos (aumento da irritabilidade, tensão, nervosismo, insônia, depressão, etc.) capazes de comprometer intensamente o estado emocional e o bem-estar da mulher, afetando assim, indiretamente, sua sexualidade.

Cada vez se torna mais evidente para os pesquisadores a correlação entre os esteróides sexuais e neurotransmissores hipotalâmicos (as catecolaminas, principalmente a noradrenalina, serotonina e dopamina) e neuropeptídeos opióides (as endorfinas: beta-endorfina e beta-lipotropina). No cérebro humano existem receptores esteroidianos em larga escala e, embora desconhecidos os mecanismos íntimos, a atividade cerebral esta sob a influência dos esteróides sexuais, graças a interação entre os mesmos e as catecolaminas e endorfinas. Sabe-se hoje, por exemplo, que neurônios hipotalâmicos produtores de endorfinas têm níveis de receptores para o estradiol elevados em seus núcleos. Em macacas, os níveis de beta-endorfinas no sistema portal hipofisário-hipotalâmico caem acentuadamente após ooforectomia, e retomam a níveis normais, após reposição de estradiol e progesterona (21).

Existem cada vez mais evidências de que os peptídeos estão envolvidos na modulação de uma grande variedade de funções psicológicas, neurológicas e comportamentais. Têm sido também associados a distúrbios psíquicos como a depressão, o stress, etc.

Inúmeros estudos demonstram que o estado hipolestrogênico da mulher pós-menopausada está associado a um baixo tônus opioidérgico (4) (6) (18) e que esta diminuição das endorfinas explicaria os quadros de

depressão, irritabilidade, perda de memória e nervosismo, encontradiços nestas mulheres.

Quanto às catecolaminas, elas atuam como neurotransmissores hipotalâmicos a desempenham também, ao que tudo indica, importante papel na modulação do humor a do comportamento.

E existem cada vez mais evidências de que a carência estrogênica favorece igualmente a depleção das catecolaminas.

A deficiência de catecolaminas a nível central é uma das principais hipóteses na gênese bioquímica da depressão. A monoaminoxidase (MAO), enzima responsável pela degradação destes neurotransmissores, apresenta um aumento com a idade, sendo mais elevada nas mulheres que nos homens e está particularmente aumentada nas pessoas deprimidas. Existem evidências laboratoriais de que a terapêutica estrogênica provoca a diminuição dos níveis de MAO (10).

A serotonina é outro neurotransmissor hoje relacionado à gênese da depressão. Sua queda, no organismo, parece favorecer o quadro. Há evidências de que o triptofano, precursor da serotonina, está diminuído na pós-menopausa a de que a reposição estrogênica aumenta substancialmente seus níveis (1).

Veja-se também a relação dos níveis centrais dos neurotransmissores com o sono. A noradrenalina é o neurotransmissor predominante no controle do sono em sua fase REM (Rapid Eye Movement), e a serotonina o neurotransmissor predominante no centro do controle do sono de transição e do profundo.

É possível, pois, que a depleção destes neurotransmissores seja responsável pelos distúrbios do sono no climatério.

Ou seja: por todo o exposto, parece haver nítida relação dos sintomas psicológicos (capazes de afetar o exercício da sexualidade) com a carência estrogênica que se instala no climatério.

E a nós pareceu importante abordar as relações de carência estrogênica com os níveis centrais de catecolaminas e endorfinas, porque há cada vez mais evidências de que o funcionamento do cérebro é bastante influenciado pelos esteróides sexuais e de que a queda dos mesmos, com o envelhecimento, tanto no homem como na mulher, condiciona alterações importantes no humor, no comportamento e, sem dúvida, na sexualidade.

Poderíamos ainda, dentro deste tópico (alterações psicológicas advindas de alterações orgânicas no climatério, capazes de influenciar na sexualidade), abordarmos os sintomas emocionais oriundos de alterações genitais decorrentes da carência estrogênica. Dispareunia, sinusorragia,

prurido, ardência certamente podem prejudicar o exercício da sexualidade. no climatério.

Mas queremos referir-nos especialmente a um sintoma aparentente pouco valorizado: a incontinência urinária de esforço (IUE). Hilton (8) comenta que a IUE é um sintoma comum porém raramente admitido. Em trabalho realizado no Reino Unido, mostra que a IUE durante o ato sexual é um problema bem mais freqüente que o admitido pelas próprias mulheres, e que está presente em uma de cada quatro destas pacientes.

3) Fatores afetando o psiquismo da mulher

3.1) Distúrbios emocionais subjacentes e principalmente latentes

O climatério constitui, sem dúvida, fator de vulnerabilidade para o afloramento de conflitos emocionais pre-existentes, na mulher.

Os diversos estudos sugerem que o período, por si só, não é causa de distúrbio psiquiátrico; entretanto, por ser período crítico na existência humana, é extremamente propício para que neuroses latente, se manifestem.

O exercício da sexualidade estará, obviamente, afetado em mulheres neuróticas, climatéricas ou não. A pessoa neurótica tem dificuldades essencialmente no campo das relações sociais e afetivas. E sexualidade sadia é fundamentalmente manifestação de afetividade sadia, de equilíbrio emocional. Além disso, o exercício da sexualidade envolve, na quase totalidade, interação com um parceiro, uma relação diádica, que o neurótico dificilmente consegue realizar de maneira satisfatória.

3.2) O parceiro sexual

Preferimos abordar a problemática relacionada ao parceiro sexual, entre os fatores psicológicos que influenciam a sexualidade no climatério, porquanto, numa relação diádica, é fundamentalmente a emoção da mulher climatérica que está em foco.

Em primeiro lugar, um companheiro “interessante e interessado” é fator importantíssimo para que a mulher enfrente de maneira adequada o período do climatério, inclusive continuando a exprimir de maneira sadia-

sua sexualidade, ainda que de forma modificada, adaptada às suas novas condições.

O parceiro sexual pode influenciar de modo negativo a expressão da sexualidade da mulher climatérica de muitas maneiras, dentre as quais listaremos:

- incompreensão, e, mais ainda, falta de informação, a respeito das mudanças pelas quais a mulher está passando no climatério;
- ser emocionalmente reprimido, com medo inconsciente de intimidade, não conseguindo propiciar à mulher a oportunidade de contato (toques e carícias), para ela mais importante, às vezes, que o coito, nesta fase;
- ele próprio, com o avançar da idade, se tornando sexualmente disfuncional;
- por não compreender que há mudança na expressão da sexualidade com o passar da idade, fazer críticas ao desempenho sexual da mulher, o que a torna mais insegura, a faz sentir-se mais desamparada a isolada, na sua crise climatérica;
- mercê do tipo de educação sexual que recebeu, tornar o sexo monótono, repetitivo, sem criatividade, sendo sexo, para ele, igual a orgasmo, o seu orgasmo;
- ter vícios (fumo, álcool) que prejudiquem a relação diádica;
- estar, por sua vez, em crise. O “climatério masculino”, período de transição biopsicossocial por que passa o homem de meia-idade costuma ser mais sutil e gradual, mas pode precipitar-se também em crises;
- estar preocupado com a carreira, às vezes no auge da mesma. Ou sob pressão de preocupações financeiras, dificultando a relação diádica.

Por fim, lembremos que, simplesmente, a mulher pode estar sem parceiro sexual (a viuvez ocorre com freqüência nesta faixa de idade, assim como a separação).

3.3) *Fatores Comportamentais e Outros*

Disfunções sexuais podem exacerbar-se ou mesmo aflorar, durante o período do climatério, em mulheres que tiveram experiências sexuais prévias muito traumatizantes, tais como: o estupro, um relacionamento

incestuoso, uma ligação sexual prévia que foi desastrosa, experiências infantis traumatizantes (ser surpreendida masturbando-se, ter sido reprimida de maneira traumática ao ser descoberta praticando jogos sexuais com outras crianças), experiências sexuais destrutivas como ter sido freqüentemente criticada pelo desempenho sexual.

Também, entre os fatores comportamentais, podemos citar o temor à gravidez, sempre indesejada nesta época da vida (ou quase sempre), ou o temor desarrazoado a doenças sexualmente transmissíveis, principalmente a AIDS, no caso de mulheres viúvas ou separadas que procuram novo relacionamento.

Há, neste período, uma maior incidência de cirurgias (histerectomia, ooforectomia, mastectomia) potencialmente perturbadoras do psiquismo e da sexualidade.

E entre os fatores comportamentais, podemos incluir também as iatrogenias. Com o passar da idade, certas doenças crônicas aumentam sua incidência (hipertensão arterial, diabetes, doenças auto-imunes, etc.). As drogas utilizadas no tratamento podem interferir com a sexualidade, principalmente a nível do desejo sexual (anti-hipertensivos, antiarrítmicos, antidepressivos, ansiolíticos, etc.).

É bom se falar aqui da possibilidade de uma iatrogenia importante: o médico ao qual acorre a mulher climatérica com queixas sexuais.

COMPONENTE SOCIOCULTURAL

Discorreremos sobre o tema (influências sociais e culturais na sexualidade do climatério) comentando 2 trabalhos de pesquisa, que, a nosso ver, mostram de maneira inequívoca o quanto o fenômeno climatério (em seus vários aspectos) é função de fatores sociais e culturais.

Inicialmente o trabalho de Marsha Flint (5). Sabemos que a síndrome climatérica é muito freqüente e intensa entre as mulheres do mundo ocidental, especialmente as do 1º Mundo. A cultura ocidental contemporânea, através da “mídia”, glorifica a juventude, marginaliza o velho, exalta um modelo idealizado de corpo (principalmente o feminino) e sempre tendeu a ancorar a imagem e o valor da mulher no seu papel de mãe, introjetando-lhe valores que a fazem sentir como perda muito grande a cessação de sua função reprodutiva. Além da perda da capacidade reprodutiva, a mulher é confrontada, no climatério, com a perda do viço, a diminuição dos “atrativos femininos” impostos pelo modelo de corpo idealizado pela “mídia”, e, claro, com a percepção de mudanças orgânicas. Este

estado de ânimo, com que a mulher ocidental chega ao climatério, pode fazer deste período realmente uma crise existencial e não apenas um período de transição. O climatério é, por isso, geralmente ligado a um período de degradação da existência, no mundo ocidental. E a menopausa, para o leigo, a causa indefectível de todo um conjunto de sintomas desagradáveis e intensos. Marsha Flint trabalhou, na Índia, com mulheres da casta Rajput. Constatou nelas a inexistência quase total, quando no climatério, da vasta gama de sintomas exibidos pela mulher ocidental. E mais: as pré-menopáusicas aguardavam com ansiedade a chegada da menopausa. Todas as mulheres, principalmente as pós-menopausadas, exibiam atitude francamente positiva em relação à menopausa. Quando na fase reprodutiva da vida, ou seja, antes da menopausa, as mulheres ficavam confinadas, sendo-lhes proibido o convívio com homens, e a elas eram impostas pesadas restrições. Após a menopausa, não mais eram segregadas, podiam falar e, em certas áreas, até beber com os homens. Ou seja: para estas mulheres, cuja menopausa representava um aumento de status na sociedade, simplesmente não ocorria “crise”!

O segundo trabalho a que nos queremos referir é o realizado por Martin, Block, Sanchez, Arnaud e Beyne (12) entre descendentes diretas de índias maias, no Yucatan, México. Um artigo anterior a este trabalho havia ressaltado que as índias maias do Yucatan, depois de uma vida com alta paridade e ocorrência relativamente precoce da menopausa (entre 41 e 45 anos), tinham pouquíssimos sintomas (não apresentavam as “ondas de calor” características) e, inclusive, apresentavam menor incidência de osteoporose, pois não exibiam cifose ou fraturas patológicas. A partir destes dados, foi formulada a hipótese de uma endocrinologia diferente, nestas mulheres: talvez altos níveis de estrogênios endógenos ou então altos níveis de androgênios. Para verificar a hipótese de um climatério endocrinologicamente diferente, os autores acima procederam a uma pesquisa na localidade de Chichimila, no Yucatan. A hipótese não foi confirmada: as alterações endócrinas encontradas eram similares àquelas observadas nas americanas, e ocorria, igualmente, uma desmineralização óssea com a deprivação do estrogênio. Concluem, os autores, que o mesmo evento endócrino (no caso, a transição climatérica) tem expressão clínica diferente em diferentes grupos populacionais. Um dado cultural interessante: a chegada à menopausa para estas mulheres (descendentes das índias maias) representa um aumento do status, com novo estilo de vida cercado de respeito e consideração.

Na verdade, são numerosos os estudos que mostram diferenças na atitude da mulher face ao climatério, quando se consideram etnias, culturas e classes socioeconômicas diferentes. O climatério sofre, em todos

os seus aspectos, inclusive a sexualidade, a influência de fatores culturais e sociais.

Na cultura ocidental, a perda da capacidade reprodutiva tem uma conotação negativa muita grande.

Em nossa cultura, a menina é treinada desde cedo para o papel de mãe - e primordialmente o papel de mãe - e, na idade adulta, exaltada quando exerce a maternidade.

Mas no contexto social, no mercado de trabalho, ocupa - por fatores culturalmente determinados - papéis subalternos, limitados. E o tem feito porque, compensadoramente, é muito valorizada enquanto mãe. “O papel de mãe tem sido definidor da posição da mulher na sociedade. A sua capacidade reprodutiva é essencial para ela enquanto ser social”.(7)

Por isso mesmo, para a mulher, na nossa cultura, a capacidade reprodutiva costuma estar muito intimamente ligada à sua sexualidade.

Assim, quando surgem os primeiros sintomas climatéricos, a mulher os sente como o início inexorável de um processo de perda. A perda de sua capacidade reprodutiva. E alterações negativas no exercício da sua sexualidade poderão surgir.

Igualmente, mudanças no corpo, alterando a sexualidade e distanciando-a dos padrões a que estava acostumada na juventude, não são interpretadas como o início de uma nova fase na vida, e sim como o início do fim de sua sexualidade.

Como vimos, papéis sociais e padrões culturais podem influenciar comportamentos e emoções, em relação à sexualidade.

Outro aspecto a ser debatido é que a época do climatério costuma coincidir com eventos sociais importantes na vida da mulher. Doenças e/ou morte de pais idosos, viuvez, aparecimento de uma doença, aposentadoria. conflito conjugal por infidelidade. Nesta época os filhos geralmente saem de casa, para estudar ou porque se casam. Estes eventos sociais são capazes de perturbar seu psiquismo - e, por conseguinte, sua sexualidade.

Entre os fatores culturais, devemos lembrar também os tabus e credices sexuais. Crendice é crença popular sem fundamento; tabu é o proibido (também sera fundamento) que, se desobedecido, acarreta punição.

Há numerosos tabus e credices cercando o climatério e a menopausa.

Alguns exemplos: “mulher idosa não necessita sexo”; “a sexualidade começa na adolescência e termina com a menopausa”; “mulher idosa não se masturba”; “atração erótica só existe às custas de beleza física”; etc.

Queremos, para finalizar a abordagem do componente sociocultural, ponderar sobre um fator que, a nosso ver, afeta de maneira muito importante o exercício da sexualidade no climatério: a falta de informação. Falta de informação da mulher quanto às mudanças na fisiologia de sua resposta sexual. Falta de informação acerca das mudanças que ocorrem com a sexualidade de seu companheiro. Mas falta de informação, sobretudo, do médico, que se vê, assim, cerceado na tentativa de ajudar a mulher a conhecer o climatério e a melhor conhecer-se, ciente de que o conhecimento, a cognição apenas, é capaz de produzir alterações profundas na emoção, na afetividade e, principalmente, no terreno do exercício da sexualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AYLWARD M.: Estrogens, plasma tryptophan levels in perimenopausal patients. Chapter 12. In CAMPBELL, S. *The Menagement of menopausal and postmenopausal years*. 133-147. University Part Press, London, 1975.
2. COLLINS A., HANSON V., ENEROTH P. et al.: Psychological stress responses in postmenopausal women before and after replacement therapy.
3. DELIGNIERS B., WEILL E., MAUVAIS-JARVIS P. et al.: Relations interactives entre comportements sexuels et hormonotherapic substitutive postmenopausique: enquête Sofres. *Rev Franc Gynecol Obstet*. 1990; 85:581-586.
4. FACCHINETT F. et al.: Effects of postmenopausal therapies on pain perception. 5º International Congress on the Menopause. April, 1987, abstract nº 84, Sorrento, Italy. 1987.
5. FLINT M.: The menopause: reward or punishment. *Psychosomatics*. 1975; 16:161-163.
6. GENAZZANI AR. et al.: Steroid replacement treatment increases beta-endorphin and beta-lipotropin plasma levels in postmenopausal women. *Gynecol Obstet Invest*. 1988; 26:153.
7. HARDY E., ALVES G., OSIS MJD.: *Climatério, implicações sociais*. Femina. 1988; 20:313-320.
8. HILTON P.: Urinary Incontinence During, Sexual Intercourse: A Common, But Rarely Voluntered, Sympton. *British Journal Obstetrics and Gynaecology*. 1988; 95(4):377-381, Ref. 4.
9. KAPLAN HS. *A Nova Terapia do Sexo*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1990.
10. KLAIBER Ei. et al.: Effects of estrogen therapy on plasma MAO activity and EEG during responses on depressed women. *Am. J. Psychiatr*. 1972; 28:1492-1498.
11. MALDONADO MTP. *Psicologia da Gravidez* 4ª edição. Petrópolis: Editora Vozes; 1981.

12. MARTIN MC., BLOCK JE., SANCHEZ SD., AMAUD CD. e BEYENE Y.: Menopausa sem sintomas: A Endocrinologia das Índias Maias. Am. J. Obstet. Gynecol. 1993; 168:1839-1845.
13. MASTERS WM., JOHNSON VE. A *conduta Sexual Humana*. 3ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira; 1979.
14. NEUGARTEN BL. e KRAINES RJ.: "Menopausal symptoms" in women of various ages. Psychosom med. 1965; 27:266-273.
15. PALACIOS S. *Climaterio y menopausia*. Madrid: Mirpal; 1993.
16. REGESTEM RR., SCHIF I., TULCHINSKY D. e RYAN KJ.: Relationship among estrogen - induced psychophysiological changes in hypogonadal women. Psychosom Med. 1981; 245:1741-1744.
17. SAAB PG., MATTHEWS KA., STONEY CM. e MCDONALD RH.: Premenopausal and postmenopausal women differ in their cardiovascular and neuroendocrine responses to behavioral stresses. Psychoneuroendocrinology. 1989; 26:270-280.
18. SHOUPE S. e LOBO R.: Endogenous opioids in the menopause. Semim Reprod Endocrinol. 1987; 5:199.
19. TALBERT GB.: Effect of maternal age on reproductive capacity. Am J. Obstet Gynecol. 1968; 102:451.
20. THOMSON J. e OSWALD I.: Effect of oestrogen on the sleep, mood and anxiety of menopausal women. Brit Med. J. 1977; 2:1317-1319.
21. VAN VUGHT DA. et al.: Naloxone stimulation of luteinizing hormone secretion in the female monkey. Influence of endocrine and experimental conditions. Endocrinology. 1983; 113:1858.

Iniciação sexual: uma pesquisa nacional - Resultados preliminares

1

Nelson Vitiello*

RESUMO

Utilizando técnica de estudo multicêntrico, foram analisados 3.650 questionários sobre iniciação sexual e condições de exercício da sexualidade, em todo o território brasileiro. A análise da distribuição por região dos questionários analisados mostrou que 19% deles provieram da Região Norte, 13% da Nordeste, 10% da Centro Oeste, 36% da Sudeste e 22% da Região Sul. A maioria dos questionários foi respondido por pessoas do sexo feminino (71,5%), sendo a faixa etária prevalente aquela correspondente a adultos jovens, isto é, entre os 20 e os 44 anos (75,8%). No estudo predominaram pessoas solteiras (67%). A análise comparativa da amostra sobre a religião mostrou que a maioria foi educada dentro do catolicismo (87,6%). No entanto, no momento da resposta do questionário, embora o catolicismo ainda seja a religião mais vezes citada como sendo a

* Ginecologista Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana.

Recebido em 2.12.96

Aprovado em 9.12.96

professada, isto ocorreu apenas em 54,6%, tendo ocorrido notável migração para o espiritismo, as várias formas de cristianismo não-católico, e outras. O número dos que se afirmam “sem qualquer religião” também subiu de 1,3%, como religião de criação, para 16,4%. Quanto à educação sexual recebida dos pais, apenas 29,2% classificou o pai como “educador”; o percentual de “mães educadoras”, ainda que maior, ficou aquém da metade (45%), sendo tanto pais como mães mais freqüentemente classificados como “repressores” ou “omissos”. A idade da primeira relação sexual mais freqüentemente referida pelas mulheres foi entre os 15 e 16 anos, sendo um pouco mais avançada para os indivíduos de sexo masculino (17 anos). O local onde mais comumente ocorreu a iniciação sexual foi na casa de um dos parceiros, que quase sempre foi classificado como “namorado” (65,9%) ou “amigo” (18,6%), sendo minoritárias as iniciações sexuais ocorridas após o casamento (8,7%). Ainda que 86,0% dos inquiridos tenha referido conhecer métodos anticoncepcionais por ocasião da primeira relação sexual, apenas 51,4% deles os utilizaram na primeira relação sexual. A freqüência atual de relações sexuais mais freqüentemente referida é a de até 5 coitos por mês (35,8%). Foi referida freqüência coital de 6 a 10 vezes por mês por 30,1%, de 11 a 15 coitos mensais por 18,5%, e 16 ou mais relações sexuais mensais por 15,6% dos inquiridos. Os métodos anticoncepcionais atualmente mais Utilizados são a anticoncepção hormonal oral (37,7%), a camisinha (26,41%) e a esterilização (15,8%).

Desde muito os interessados no estudo das diversas facetas do exercício da sexualidade humana vêm sentindo falta de estudos confiáveis e abrangentes sobre o tema, que digam respeito especialmente às condições brasileiras. De fato, entre nós circulam com freqüência indicativos obtidos em outros países, de diferentes condições sócio-econômico-culturais. Faltavam-nos, realmente, números nacionais que relatassem informações extremamente importantes, não apenas para o planejamento de ações baseadas nas características prevalentes do exercício da sexualidade, mas até mesmo para que se propusessem medidas preventivas e corretivas de eventuais distorções. Assim, não tínhamos números nacionais sobre idade de iniciação sexual, características dessa iniciação, número de homo e bissexuais, uso de métodos anticoncepcionais e de prevenção as Doenças Sexualmente Transmissíveis, etc. É mais: será que os jovens, de ambos os sexos, têm mesmo se iniciado sexualmente mais precocemente? Será que o fato de ter pais educadores, no que diz respeito à sexualidade, faz com que as pessoas se iniciem mais cedo? Será que uma educação repressora leva a maior número de parceiros? Será que uma educação classicamente considerada como repressora, como é a católica, influi na

época da primeira relação sexual? Pessoas com pais omissos terão maior ou menor probabilidade de utilizar métodos anticoncepcionais em suas primeiras relações sexuais? Qual o local de “maior risco “ para que ocorra o primeiro coito?

Com o objetivo de conseguir respostas a essas e muitas outras indagações, a Diretoria da Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana (SBRASH) planejou ampla pesquisa, em todo o território nacional, visando colocar as informações coletadas ao alcance de todos os especialistas interessados.

A pesquisa ainda não se encerrou, estando sendo ainda colhidos dados. objetivando-se chegar a um número de perto de dez mil questionários respondidos. Até o momento, contamos com dados obtidos da análise de 3.650 questionários, enviados entre maio e dezembro de 1996, dados estes não completamente tabulados, que no entanto permitem já tornar disponíveis alguns indicadores. Tendo em vista a premente necessidade de divulgar essas informações, resolvemos apresentar os resultados preliminares obtidos do primeiro levantamento dos dados disponíveis, ficando a análise mais elaborada, especialmente no que diz respeito às correlações entre os itens estudados, para ser publicada em breve.

METODOLOGIA

Após aplicação de testes em grupo piloto e ajustes efetuados no modelo original, foram impressas dez mil cópias do questionário, contando-se para isso com a colaboração de algumas instituições (Centro de Estudos PERSONA) e Casas Farmacêuticas (Bohering e Wyeth), às quais desde logo deixamos registrados nossos agradecimentos. O questionário utilizado é o mostrado no Anexo 1.

Tendo em vista a necessidade de ser o presente estudo o mais completo e abrangente possível, tomamos a providência de enviar cópias dos questionários a todos os associados da SBRASH, que somam mais de setecentos profissionais, distribuídos em todo o território nacional. Juntamente com os exemplares do questionário foi enviada carta, especialmente dirigida aos Delegados Regionais da entidade, com a recomendação de que, além de responderem pessoalmente ao inquérito, fizessem tantas cópias quantas necessárias para aplicá-lo a familiares, amigos, colegas, alunos, pacientes, etc.

Recomendou-se ainda, visando à obtenção de respostas as mais próximas da verdade, que fosse respeitada a privacidade e o anonimato do

entrevistado, que poderia enviar a resposta pelo correio ou, em casos em que o questionário foi distribuído durante reuniões (aulas, congressos, etc.), colocadas *dobradas e sem identificação*, em urna colocada em lugar de passagem obrigatória (próximo à porta de saída, por exemplo).

Para a análise dos dados obtidos encomendamos de uma empresa especializada em informática o desenvolvimento de um programa que nos permite analisar cada dado em si e suas correlações com outros dados. Assim, além de podermos dispor, por exemplo, da informação sobre a idade do inquirido quando da primeira relação sexual, o programa nos permite correlacionar tal dado com a faixa etária, de maneira a conseguirmos saber se os indivíduos que atualmente estão na faixa dos cinquenta anos se iniciaram mais cedo ou não do que os que estão na faixa dos vinte. Tais informações ficam disponíveis sob a forma de relatórios, gráficos ou tabelas.

Os questionários recebidos na Secretaria da Sociedade recebem um número crescente de ordem, de maneira a nos permitir saber, a cada momento, de quantos questionários dispomos. São eles então encaminhados para um digitador profissional, que introduz os dados no citado programa.

RESULTADOS

Observação: foram avaliados, em cada item, apenas os questionários claramente preenchidos.

1 - Proveniência dos questionários

Dos questionários recebidos. 19% vieram de localidades da Região Norte, 13% da Região Nordeste, 10% da Região Centro Oeste, 36% da Região Sudeste e 22% da Região Sul.

2 - Caracterização da amostra

2.1 - Distribuição por sexo

De 3.565 questionários onde esse item foi claramente preenchido, tivemos 2.536 participantes do sexo feminino (71,5%) e 1.008 (28,5%) de sexo masculino.

2.2 -Faixa etária

De 3.544 questionários onde esse item foi claramente preenchido, tivemos a distribuição mostrada na Tabela 1.

2.3 - Estado Civil

De 3.530 questionários onde esse item foi claramente preenchido, o Estado Civil foi o mostrado na Tabela II.

3 - Religião de criação e religião atualmente professada

Os dados encontrados são os mostrados nas Tabelas III e IV.

4 - Avaliação da educação sexual recebida na infância

4.1 - Avaliação do pai (3.296 questionários incluídos)

Dos participantes na pesquisa, 1.740 (52,8%) referiram ter tido pais omissos no que diz respeito à educação sexual, enquanto 592 (18,0%) classificaram pais como repressor e 964 (29,2%) como educador.

4.2 - Avaliação da mãe (3.393 questionários incluídos)

Os participantes classificaram suas mães como omissas, no que diz respeito à educação sexual em 1.245 (36,7%) das vezes, enquanto 621 (18,3%) as classificaram como repressoras e 1.527 (45,0%) educadoras.

5 - Vida sexual ativa presente ou pregressa

De 3.547 participantes que responderam a essa indagação, 3.006 (84,7%) afirmaram terem tido ou estarem tendo coitos, enquanto 541 (15,3%) relataram jamais terem praticado coitos.

6 - Idade quando da primeira menstruação

Tendo em vista nosso interesse em correlacionar idade da primeira menstruação com idade ao primeiro coito, esse questionamento foi incluído na pesquisa. Das 2.050 mulheres que responderam este quesito, a distribuição da menarca por faixa etária foi a mostrada na Tabela V.

7 - Idade quando da primeira relação sexual

Nos 2.940 questionários respondidos por pessoas de ambos os sexos, encontramos a distribuição de idade quando da primeira relação sexual mostrada na Tabela VI.

8 - Grau de relacionamento com parceiros(as) da primeira relação Sexual

Um total de 2.511 homens e mulheres que responderam esta questão indicou os graus de relacionamentos com parceiros(as) da primeira relação sexual indicada na Tabela VII.

9 - Anticoncepção e iniciação sexual

Inquiridas sobre se conheciam métodos anticoncepcionais na época em que tiveram a primeira relação sexual, 2.934 pessoas de ambos os sexos responderam afirmativamente. Assim, 86,0% dos homens e mulheres que participaram do inquérito afirmam ter conhecimentos sobre métodos anticoncepcionais na ocasião.

No entanto, questionadas sobre se usaram ou não algum método anticoncepcional na primeira relação sexual, 51,4% de 2.969 pessoas de ambos os sexos responderam que não.

10 - Local da primeira relação sexual

O local onde ocorreu a primeira relação sexual de 2.544 pessoas de ambos os sexos (768 homens e 1.746 mulheres) que responderam o questionário é mostrado na Tabela VIII.

11 - Vida sexual ativa atual

Dentre os 3.006 participantes que afirmaram já terem tido ou estejam tendo relações sexuais na atualidade, 2.912 pessoas de ambos os sexos responderam esse quesito. Desses, a expressiva maioria (2.424, correspondendo a 83,2%) referiu manter vida sexual ativa atual. Os 488 restantes (16,8%), sem vida sexual ativa atual, alegaram principalmente falta de parceiros(as).

12 - Orientação sexual

De 2.772 pessoas que responderam essa questão, 2.561 (92,4%) declaram-se heterossexuais, enquanto as outras 211 (7,6%) referem-se como homossexuais. Quanto ao número de bissexuais, por não estar esse questionamento diretamente incluído entre as perguntas formuladas, deverá ser estabelecido quando se processarem outros itens da presente pesquisa.

13 - Prática de masturbação

Dos 2.774 participantes que responderam a essa questão, 1.390 (50,1%) declararam praticar masturbação, quer pela falta de parceiros, quer por ser essa prática prazerosa mesmo como complemento do coito.

14 - Método anticoncepcional atualmente utilizado

O método anticoncepcional atualmente utilizado por 1.792 participantes que responderam essa questão é mostrado na Tabela IX.

DISCUSSÃO

A amostragem, embora ser ainda menor do que a que desejamos ter, mostra-nos uma razoável distribuição por todo o território nacional. A maior incidência de participantes de sexo masculino é um dado que esperamos seja corrigido na medida em que a pesquisa incluir mais sujeitos.

Observa-se que a maioria dos entrevistados encontrava-se entre os 20 e os 44 anos (75,8%), seguido de pessoas na adolescência (17,9%) e da assim denominada “Terceira Idade” (6,3%).

No que diz respeito à religião, observa-se nítida predominância do catolicismo entre as religiões de criação. No entanto, pode-se também observar que expressivo número de entrevistados migraram para outras confissões, ocorrendo acentuado aumento de todas as outras religiões e, inclusive, dos que não professam fé alguma.

Fica evidente a baixa qualidade da educação sexual recebida no lar, na própria avaliação dos envolvidos. A situação é pior no caso dos pais, dos quais menos de um terço foi considerado como educador. Mesmo as mães, com avaliação melhor, foram educadoras em menos da metade das vezes.

A grande maioria das pessoas, de ambos os sexos, que responderam o questionário tiveram ou têm experiência com coitos vaginais.

Quanto à idade quando da primeira menstruação, os números encontrados na presente pesquisa são concordes com os indicadores na literatura, pela maioria dos autores que se dedicaram ao assunto. Assim, a média de idade quando da menarca, em nosso material, foi de 12,4 anos, variando o intervalo entre os nove e os dezesseis anos. É de se notar que a maioria das inquiridas teve a primeira menstruação entre os 11 e os 14 anos

(84,1 %), sendo a frequência desse evento aos nove anos de 2,8% e aos 16 de 2,4%.

Fica patente que a maioria das mulheres inquiridas iniciou-se sexualmente na segunda década de vida, fase correspondente à da adolescência. Esses dados também são concordes com inúmeros trabalhos da literatura nacional e internacional, que dão como faixa mais comum de iniciação sexual aquela entre os 15 e os 16 anos para as mulheres, e um pouco mais tardia para os rapazes.

Os números encontrados mostram claramente que a maioria das pessoas de ambos os sexos chega ao matrimônio com experiência sexual progressiva, já que apenas 8,7% dos inquiridos teve sua primeira relação sexual com seu marido ou esposa. A maioria (65,9%) inicia-se sexualmente na fase de namoro ou de noivado, ainda que nem sempre venham a contrair matrimônio com a pessoa com que se iniciaram. Chama a atenção também o relativamente baixo número de iniciações sexuais com prostitutas, que até poucas décadas atrás eram as mais frequentes parceiras de rapazes em suas primeiras relações.

No que diz respeito ao conhecimento de métodos anticoncepcionais na ocasião da primeira relação sexual, aliada ao não uso desses métodos, deve-se salientar ser essa ilogicidade frequentemente encontrada, especialmente entre adolescentes, que por vários motivos não usam (ou usam mal) métodos anticoncepcionais.

Sobre o local da primeira relação sexual, fica patente que a maioria dos inquiridos teve sua primeira relação sexual em sua própria residência ou na de seu(sua) parceiro(a).

Tabela I
Faixa etária

Faixa etária, em anos completos	Número
Até 14	20
De 15 a 19	615
De 20 a 24	1.299
De 25 a 29	509
De 30 a 34	360
De 35 a 39	311
De 40 a 44	207
De 45 a 49	123
De 50 a 54	61
55 ou mais	39

Tabela II
Estado Civil

Estado Civil	Número	%
Solteiros	2.378	67,4
Casados	896	25,4
Separados	156	4,4
Víúvos	36	1,0
Outros	64	1,8
TOTAL	3.530	100

Tabela III
Religião de criação (2.789 incluídos)

Religião de criação	Número	%
Catolicismo	2.444	87,6
Espiritismo	116	4,2
Protestantismo	128	4,6
Budismo	3	0,1
Umbandismo	1	-
Outras	61	2,1
Nenhuma	36	1,3

Tabela IV
Religião atualmente professada (2.338 incluídos)

Religião atualmente professada	Número	%
Catolicismo	1.276	54,6
Espiritismo	427	18,3
Protestantismo	140	6,0
Budismo	11	0,5
Umbandismo	11	0,5
Outras	89	3,8
Nenhuma	384	16,4

Tabela V
Idade quando da menarca

Idade em anos completos	Número
Até 9	58
10	103
11	436
12	517
13	472
14	300
15	114
16	50

Tabela VI
Idade quando da primeira relação sexual,
de 2.940 pessoas de ambos os sexos

Idade em anos completos	Número	%
Até 9	20	0,7
Dos 10 aos 14	340	11,6
Dos 15 aos 19	1.689	57,4
Dos 20 aos 24	703	23,9
25 ou mais	188	6,4

Tabela VII
Grau de relacionamento com parceiros(as) de primeira relação sexual,
de 2.511 pessoas de ambos os sexos

Grau de relacionamento	Número	%
Amigos ou conhecidos	467	18,6
Namorados ou noivos	1.655	65,9
Marido ou esposa	220	8,7
Prostitutas	63	2,5
Outros	106	4,2

Tabela VIII
Local em que ocorreu a primeira relação
de 768 homens e 1.746 mulheres

Local da primeira relação	Homens		Mulheres	
	Número	%	Número	%
Casa do(a) parceiro(a)	103	13,4	371	21,2
Casa do(a) inquirido(a)	257	33,5	446	25,5
Casa de amigos	39	5,0	59	3,4
Festa	3	0,4	3	0,2
Locais públicos	94	12,2	78	4,6
Automóveis	45	5,8	105	6,0
Hotel ou Motel	80	10,4	560	32,1
Prostíbulos	59	7,7	0	0
Outros	88	11,4	124	7,1

Tabela IX
Método anticoncepcional atualmente utilizado por 1.792 participantes

Método atualmente utilizado	Número	%
Camisinha	459	25,6
Diafragma	14	0,8
Coito interrompido	36	2,0
Abstinência periódica	80	4,5
Anticoncepcional hormonal oral	675	37,7
Anticoncepcional hormonal injetável	16	0,9
Dispositivo intrauterino (DIU)	91	5,1
Esterilização (vasectomia ou laqueadura)	284	15,8
Nenhum	137	7,6

ANEXO I QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana (SBRASH)

Data: idade: sexo: religião de criação: religião professada:

Estudante? sim () não () Curso:

Atividade profissional:

Est. civil: solt. () cas. () separ. () viúv. () Outros:

Como avalia a educação sexual recebida na família?

Em termos de educação sexual, como classificaria seus pais:

Pai: Educador? Omisso? Repressor?

Mãe: Educadora? Omissa? Repressora?

Se de sexo feminino, teve a primeira menstruação aos anos

Já teve relações sexuais? sim () não () [*Se a resposta foi não, é desnecessário continuar*]

Qual a reação de seus pais ao saberem de sua iniciação sexual?

Iniciação sexual:

1ª relação sexual (coito) aos anos. Idade do parceiro(a) na época: anos

Foi heterossexual? sim () não ()

Foi com parceiro(a) atual? sim () não ()

Qual seu relacionamento (conhecido, namorado, etc.), na época, com esse(a) parceiro(a)?

Quanto(a)s parceiro(a)s hetero já teve? 1 () De 2 a 4 () Mais de 4 ()

Quanto(a)s parceiro(a)s homo já teve?

Nenhum () Um () De 2 a 4 () Mais de 4 ()

Quando da 1ª relação sexual, conhecia métodos anticoncepcionais?
sim () não ()

Usou algum método anticoncepcional na 1ª relação? sim () não () qual?

Prevía a 1ª relação sexual? sim () não ()

Sentimentos quanto à 1ª relação: antes: durante: depois:

Na 1ª relação sentiu: Desejo? sim () não () Excitação? sim () não ()
Orgasmo? sim () não () Local da 1ª relação:

Informações sobre o(a) parceiro(a) atual:

É parceiro(a) heterossexual? sim () não () idade: tempo de
convivência:

Coabita? sim () não () tempo:

Vida sexual atual:

Sim () não () Frequência atual de Relações Sexuais: /semana
ou /mês

Exercício atual da sexualidade: Heterossexual? Homossexual? Bissexual?

Desejo: excitação: orgasmo:

Considera-se portador(a) de alguma disfunção sexual? sim () não ()

Qual? Se tem disfunção, há quanto tempo?

Se tem disfunção, a que a atribui?

Pratica masturbação? sim () não () desde a idade deanos.
Frequência:

Sentimentos quanto à masturbação:

Planejamento familiar:

Método atual: tempo de uso:

Anteriores: tempo de uso:

Observações (Use o verso da folha, se necessário)

Educação sexual: qual o profissional designado para esta tarefa? 2

Mary Neide Damico Figueiró*

O presente artigo apresenta os resultados da investigação de qual ou quais têm sido os profissionais apontados, em nossa produção acadêmico-científica, como responsáveis pela Educação Sexual.

Este estudo faz parte da dissertação que apresenta o Estado da Arte da Educação Sexual no Brasil, do período de 1980 a 1993. Elaborar o Estado da Arte de alguma Área de conhecimento significa fazer uma revisão teórica de todo o conhecimento produzido até o presente momento.

Entre os principais resultados da investigação de quais os profissionais que vêm sendo apontados, pode-se dizer que a questão de quem deve assumir o papel de educador sexual é perineada por séries de pontos em comuns e também por séries de pontos divergentes, entre os estudos da temática. Muitos são os profissionais apontados. Portanto, não

* Docente do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina. Mestre em Psicologia Escolar pela USP.

Recebido em 27.11.96

Aprovado em 9.12.96

há uniformidade de opiniões quanto a quem deve assumir a Educação Sexual.

Alguns autores designam, ou até “defendem” direta e, muitas vezes, exclusivamente, um tipo específico de profissional.

Pretende-se alertar para a não validade de se estar prefixando, de maneira radical, a quem cabe o papel; menos ainda, de se pensar em termos de exclusividade de alguma área profissional.

Agora que já é de consenso da grande maioria da sociedade o reconhecimento da necessidade de se realizar a Educação Sexual formal junto a crianças e adolescentes, várias são as questões que precisam ser redimensionadas, no conjunto de nossa produção acadêmico-científica, para que seja possível uma construção continuada de conhecimentos sólidos a coerentes com nossa realidade social.

E com essa preocupação que foi desenvolvida a pesquisa, onde analisou-se a maior parte das publicações brasileiras sobre Educação Sexual, do período de 1980 a 1993. Para efetivar esta análise, vários foram os questionamentos estabelecidos. Entre eles, citam-se: - qual a abordagem de Educação Sexual predominante?; - qual a área de conhecimento que mais vem produzindo sobre Educação Sexual?; - qual ou quais profissionais são mais freqüentemente apontados como responsáveis pela Educação Sexual?

Essa análise das publicações brasileiras culminou no Estado da Arte em Educação Sexual no Brasil, ou seja, num quadro demonstrativo (quantitativo e qualitativo) da situação dos conhecimentos produzidos no Brasil sobre esta temática. Para o estudo, as publicações foram organizadas em três Grupos: Grupo A: livros e capítulos de livros; Grupo B: artigos científicos e trabalhos apresentados em eventos; Grupo C: dissertações e teses.

Com respeito, especificamente, ao questionamento de qual o profissional apontado, pode-se dizer, como ponto de partida, que em aproximadamente 45% das publicações acadêmico-científicas brasileiras desenvolvidas, de 1980 a 1993, os autores fazem referências, apontamentos e/ou comentários sobre qual o profissional que deve assumir o papel de educador sexual. Vários são os autores, evidentemente, que ao falar *sobre* Educação Sexual, não abordam essa questão.

O professor é o mais freqüentemente apontado, pois, no Grupo A, do conjunto de publicações que fazem referência ao profissional, 93,33% indicam-no; no Grupo B, 63,63% e no C, 87,5%.

Alguns autores designam, ou até “defendem”, direta e muitas vezes exclusivamente, um tipo específico de profissional.

No Grupo A, composto por livros e capítulos de livros, temos o exemplo de Fucs (1987), que dá ênfase ao professor de *Biologia* (ou Ciências).

Dentre os artigos e trabalhos científicos apresentados em eventos (Grupo B), Nogueira (1981) aponta diretamente o professor de *Biologia*. Amaral (1981) e Stoll (1988), apesar de atribuírem a função aos professores em geral, dão ênfase ao de *Biologia*.

Thums e Kieling (1990) dizem que essa função cabe a todo o profissional da escola, mas afirmam, por outro lado, que cabe principalmente ao professor de *Biologia* e de *Educação Física*.

Lins et al. (1985) apontam diretamente para os *profissionais da saúde*: afirmam que são os mais aptos, por terem conhecimento das DSTs e que as escolas deveriam contratá-los para esse fim. Berger (1990) também partilha da mesma opinião (apenas, não faz referência à questão da contratação, porém acrescenta que eles são aptos para, além de atuarem como educadores sexuais, prepararem professores para serem agentes multiplicadores.

Tavares (1985) aponta diretamente para o enfermeiro como sendo indicado para desempenhar função de orientação sexual no ensino básico. (p. 10)

No Grupo C (composto pelas dissertações e teses), Felizari (1989) aponta, na maior parte de sua Dissertação, direta e exclusivamente para o *enfermeiro*. Quase no final da mesma, fala em equipe composta por este profissional e por médico, professor, assistente social, psicólogo escolar. porém, fica muito pouco esclarecido, ou seja, não explicita se considera um trabalho multi, ou interdisciplinar. como também não esclarece a função de cada profissional.

Guimarães (1989), em sua tese, aponta direta e exclusivamente para o *professor* (todo aquele interessado em participar), e diz, porém, que a escola não pode restringir ao professor de *Biologia*, pois correria o risco de limitar o sexo à dimensão biológica. Ao mesmo tempo, diz que não há necessidade de que seja “um especialista em Educação Sexual”. Defende enfaticamente que a escola (o professor) deve assumir a Educação Sexual e não terapeutas e médicos.

Tomando como referência as opiniões de Guimarães (1989) e confrontando-as com a de outros autores, é possível exemplificar o quanto a questão de quem deve assumir o papel de educador sexual é permeada por series de pontos em comuns e também, por séries de pontos divergentes. entre os estudiosos da temática.

Bruschini (1981) e Werebe (1981), entre outros, afirmam que consideram uma ameaça a sexualidade ser reservada a especialistas.

Já Gherpelli et al. (1992), ao contrário, indicam que o trabalho deve ser da responsabilidade de um professor capacitado (o que não se pode discordar) ou de um especialista em orientação sexual (OS) [termo usado por esses autores - eu, enquanto autora, prefiro o termo: Educação Sexual].

Esses últimos afirmam, ainda, que a escola é o local mais apropriado para a "OS", dentre os locais: consultórios, serviços de saúde e igrejas, embora não tão radicais neste ponto, quanto Guimarães (que mostrou-se contra a possibilidade de terapeutas e médicos atuarem como educadores sexuais), há semelhança na identificação da escola como local mais apropriado.

Bruschini e Barroso (1986) dizem que "... é responsabilidade da escola dar aos, jovens a educação sexual de que necessitam a que não lhes é oferecida por outras fontes". (p. 50)

Uma posição peculiar foi detectada no texto de Queiroz et al. (1991), que propõem a integração de profissionais das áreas: educação, comunicação e serviços de saúde.

Em síntese, pode-se concluir, que não há uniformidade de opiniões, quanto a quem deve assumir a Educação Sexual.

É interessante constatar que, no conjunto de todas as publicações, muitos foram os tipos de profissionais apontados: médico, assistente social, orientador pedagógico, professor, psicólogo, profissionais da saúde, pedagogo, ginecologista, enfermeiro, técnico em educação, pastor, padre.

Há muitas variações entre os autores, no sentido de proporem diferentes "arranjos" de composição de equipes de profissionais, para juntos desenvolverem a Educação Sexual.

É importante salientar dois pontos fundamentais: 1º, conforme salientam Mello (1975), Rosemberg (1975) e Werebe (1981), a escola educa sexualmente, não apenas através da realização de programas planejados, mas também através da forma como se estrutura, como organiza suas atividades; 2º, que é através dessa Instituição, especialmente da pública, que se pode atingir um grande contingente de crianças e adolescentes.

Isso, evidentemente, reforça a questão de que a escola não pode se omitir de se preparar para educar sexualmente bem seus alunos, tanto *informal, quanto formalmente*.

A participação da escola (bem como de todos os elementos da sociedade), através do informal, chama a atenção também para o preparo do educador sexual, que pode e deve ser estendido a todas as pessoas que nela trabalham - incluindo especialmente os professores da pré-escola - e a

um maior número possível de elementos da sociedade, mesmo que não tenham pretensão de atuar, formalmente, como educadores sexuais.

O que é preciso considerar, é que não é válido estar prefixando de mancira delimitada, restrita, a quem cabe o papel; menos ainda, é pensar em termos de exclusividade de alguma área profissional.

Muitas vezes, é o contato com a realidade, no exercício profissional cotidiano, que impulsiona profissionais conscientes, e de boa vontade a intervirem na Educação Sexual.

Barroso (1985) comprova isto quando afirma que, embora a questão não seja atribuição exclusiva dos serviços de saúde, devido às condições específicas da sociedade brasileira, é sobre esse setor profissional que tem incidido muitas reivindicações de Educação Sexual da população mais carente. E assim, mesmo sem um preparo adequado, sem uma infra-estrutura, os profissionais desses setores têm tomado iniciativas.

Já na década de 60, as experiências pioneiras que fazem arte da história da Educação Sexual no Brasil, dão mostras de integração entre duas ou mais áreas científicas no desenvolvimento de trabalhos de Educação Sexual.

Na experiência desenvolvida de 1961 a 1969 nos Colégios Vocacionais do Estado de São Paulo (Pimentel & Sigrist, 1971), professores das disciplinas: Estudos Sociais, Português, Ciências, Educação Física, Educação Musical, Educação Doméstica, Artes Plásticas e Artes Industriais estavam integrados com a Orientação Educacional no desenvolvimento do plano.

No trabalho realizado no Colégio de Aplicação da USP, de 1963 a 1968, a integração deu-se entre o Orientador Educacional e os professores de Ciências. O mesmo aconteceu com o trabalho desenvolvido pela CENP (Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas), juntamente com o Departamento de Educação da Faculdade de Saúde Pública da USP, realizado em 1980 e 1981. (São Paulo, 1984.)

O exemplo dado por Queiroz et al. (1991), anteriormente comentado, a respeito da integração da área da *comunicação com a de educação e de serviços de saúde*, nos faz ver que a Educação Sexual pode e deve ser de interesse de várias áreas e que cada profissional, dentro de suas reais condições, deve buscar criatividade para atuar.

O campo pode e deve ser aberto à possibilidade de atuação de profissionais graduados e pós-graduados, das várias áreas científicas, que tenham interesse e preocupação com a questão. Na medida do possível, esforços devem ser feitos para que o trabalho seja desenvolvido interdisciplinarmente.

Com toda razão, o êxito na interdisciplinariedade poderá estar mais garantido, quando a concepção que se tem de Educação, de desenvolvimento humano e, em especial, de Educação Sexual, convergirem, dentro da equipe, para uma única direção.

É necessário que se realizem mais experiências em caráter interdisciplinar, investigando as reais contribuições que cada área pode oferecer e, mais importante: que se, busque estabelecer o que está faltando de fundamental a cada uma, para que possa contribuir de maneira mais eficaz para o avanço da Educação Sexual, seja tanto a nível da prática, quanto a nível da produção teórico-científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL. Luiz Antonio de Souza. A reprodução no quadro da educação sexual na escola, *Rev. Educação AEC*, Brasília, v. 10, n. 41, p. 44-48, 1981.
2. BERGER. Israel. Palestras sobre aspectos da sexualidade para grupos de adolescentes: relato de uma experiência. *Rev. Bras. de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 102-103, jul./dez. 1990.
3. FELIZARI, Gessi Maria Cardoso. *Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1989.
4. FUCS. Gilda Bacal. *Por que o sexo é bom: orientação sexual para todas as idades*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987, p. 200-226: A educação sexual nas escolas.
5. GUIMARÃES, Isaura Rocha Figueiredo. *Ilusão e realidade do sexo na escola: um estudo das possibilidades da educação sexual*. Campinas: UNICAMP, 1989. Tese (Doutorado em Educação/Metodologia de Ensino) - Universidade Estadual de Campinas, 1989.
6. BARROSO, Carmen. *A saúde da mulher no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1985. p. 47-49: Educação Sexual.
7. BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha (Coord.). Educação sexual: instrumento de democratização ou de mais repressão? *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 36, p. 99-110, fev. 1981. Mesa-redonda apresentada em evento com a participação de Marilena Chauí, Maria Rita Kehl e Maria José Werebe.
8. BRUSCHINI, Maria Cristina Aranha; BARROSO, Carmen. Educação sexual e prevenção da gravidez. In: BARROSO, Carmen et al. *Gravidez na adolescência*. Brasília: INPLAN/IPEA/UNICEF, 1986. p. 29-54. (Série Instrumentos para a Ação: n. 6).
9. GHERPELLI, Maria Helena Brandão Vilela; BURALLI, Keiko Ogura; ROSENBERG, cornélio Pedroso. Proposta de um programa de orientação sexual para escolas infantis e de 1º e 2º graus. *Rev. Bras. de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 46-55, jan./jun. 1992.

10. LINS, Lenia Clecia Saraiva; PEREIRA, Eduarda D. R.; LIRA, Ida Vieira de. *Como anda a educação sexual nos jovens: um estudo exploratório em quatro colégios do Recife*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 37. Recife, 1985. Trabalho apresentado... [s.l.], 1985. p. 2-26.
11. MELLO, Guiomar Namó de. Os estereótipos sexuais na escola. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo. n. 15, p. 141-144. dez. 1975.
12. NOGUEIRA, José Bonifácio Coutinho. "Falando nos espinhos". *Rev. Educação AEC*. Brasília, v. 10, n. 41, p. 28-31, 1981.
13. PIMENTEL, Maria José Garcia da Glória; SIGRIST, Áurea C. *Orientação Educacional*. São Paulo: Pioneira, 1971.
14. QUEIROZ, Katia et al. Sexualidade na adolescência: uma experiência interativa de educação e comunicação com adolescentes. *Cadernos de Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo, n. I, p. 181 / 196, mar. 1991.
15. ROSEMBERG, Fúlvia. A escola e as diferenças sexuais. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, n. 15, p.78-85, dez, 1975.
16. SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. *Sexualidade humana: uma abordagem curricular com enfoque educativo*. São Paulo: SE/CENP. 1984, v. I.
17. STOLL, Raul Roberto. Orientação sexual nas escolas. *Signos*, Lajeado, v. 12, n. 22. p. 90-93. mar. 1988.
18. TAVARES, Celina Araújo. Orientação sexual para crianças e adolescentes: proposta para a formação de enfermeiros como Educadores sexuais. *Rev. Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 8-11. jan/mar. 1985.
19. THUMS, Jorge; KIELING, Suzana Schuch Santos. Reflexões sobre uma educação: análise de um estudo exploratório. *Educação*, Porto Alegre. v. 13, n. 18. p. 37-45. 1990.
20. WEREBE, Maria José Garcia. Educação Sexual: instrumento de democratização ou de mais repressão? *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, n. 36, p. 99-110, fev. 1981. Trabalho apresentado na mesa-redonda da 32ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Rio de Janeiro. 1980.

Estudo sobre sífilis, gonorréia e AIDS no espaço de vida dos alunos universitários

3

Yara Lescura*
Marli Villela Mamede**

RESUMO

No presente trabalho objetivou-se identificar alguns determinantes do comportamento dos alunos universitários em relação às DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, baseado no Modelo de Crenças em Saúde.

Foram entrevistados 28 alunos pertencentes ao curso de graduação: Física, Fisioterapia e Ciências Biológicas, de uma Universidade Federal.

Os dados foram submetidos à análise qualitativa através da análise de Conteúdo de BARDIN (1991), que possibilitou através da categorização dos conteúdos das falas dos alunos a identificação de suas crenças em relação às DST de acordo com a suscetibilidade, seriedade, barreiras e benefícios percebidos.

* Professora Doutora da Universidade Federal de São Carlos do Departamento de Enfermagem.

** Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.

Recebido em 14.12.96

Aprovado em 8.1.97

Palavras-chave: Modelo de Crenças em Saúde, DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, Alunos Universitários; Mudança de Comportamento; Teoria de Campo.

Terms/subjects: Health Belief Model: Sexually Transmitted Diseases - Syphilis, Gonorrhoea and AIDS; University Students, Behavior Modification Field Theory.

1-INTRODUÇÃO

No presente trabalho objetivou-se identificar alguns determinantes do comportamento dos alunos universitários em relação às DST, devido ao fato de as mesmas apresentarem um nível cada vez mais elevado na população de adultos jovens. Essa preocupação decorre da gravidade de suas complicações em virtude das sérias consequências individuais, sociais e coletivas (FURTADO, 1978), principalmente em relação à AIDS, que continua se difundindo entre a população heterossexual de adultos jovens sexualmente ativos (MANNING e BALSON, 1989).

Por medo, desinformação ou mesmo vergonha, esses adultos jovens, quando contaminados pelas DST, muitas vezes não buscam tratamento adequado. Na prática, o que se observa é que quando adoecem vão atrás de conselhos de amigos, geralmente desinformados e/ou adotam a automedicação ou procuram tratamento em farmácias. É na prática, a partir da realidade onde se dão as relações homem-meio, que a educação em saúde se insere (MELLO, 1976). Partindo desse ponto de referência, a primeira preocupação deste trabalho foi inserir a educação em saúde no contexto da abordagem Lewiniana, cuja premissa básica é a “de que o mundo do percebido que determinará o que ele fará e não o ambiente físico, embora o ambiente físico exerça papel importante na maneira como ele é representado na mente do indivíduo (BECKER: DRACHMAN e KIRSCHT, 1974).

De acordo com LEWIN (1965) -qualquer comportamento ou mudança de comportamento no campo psicológico depende somente daquele campo psicológico naquele momento”. O comportamento não depende nem do passado e nem do futuro psicológicos, mas sim do campo presente, o qual possui uma dimensão de tempo, ou seja, inclui o passado psicológico e o futuro psicológico que vão constituir uma das dimensões básicas do espaço de vida.

Portanto, para a realização deste trabalho foi utilizado o Modelo de Crenças em Saúde, fundamentado na abordagem Lewiniana, para uma melhor compreensão dos fatores que contribuem para o comportamento dos jovens universitários frente às DST - Sífilis, Gonorréia e AIDS, conforme apresentado no Quadro 1 (BECKER, M. H.: DRACHMAN, R. e KIRSCHT, J. P., 1974).

Para tanto, propôs-se verificar entre os alunos universitários:

- 1 - O conhecimento que possuem sobre as DST.
- 2 - A percepção da suscetibilidade e da seriedade em contrair DST.
- 3 - A percepção dos benefícios de medidas preventivas.
- 4 - A percepção da existência de barreiras para a tomada de ações preventivas em relação às DST.

Segundo o Modelo de Crenças em Saúde o comportamento de uma pessoa é influenciado por suas motivações e suas crenças. A motivação é operacionalizada em duas dimensões: o estado psicológico de prontidão para empreender uma ação específica e a extensão na qual o curso particular da ação é considerada benéfica para a redução da ameaça (ROSENSTOCK, 1966; MAIMAN e BECKER, 1974).

Portanto, para que o indivíduo emita comportamento preventivo em relação a uma dada doença necessita acreditar:

- 1º) que ele é realmente suscetível a ela;
- 2º) que a ocorrência da doença deverá ter pelo menos moderada seriedade em algum componente de sua vida; e
- 3º) que tomando uma ação particular, esta deverá ser benéfica, reduzindo sua suscetibilidade, ou seja, se a doença ocorrer, reduzirá sua seriedade e não acarretará barreiras psicológicas, tais como: custo, inconveniência, dor, embaraço, entre outros (ROSENSTOCK, 1974).

No entanto, chama-se a atenção para o fato de que somente a crença em relação à suscetibilidade e seriedade percebida de uma dada doença não define o curso particular da ação que deverá ser tomada. Esse curso particular será influenciado pela crença relacionada à eficácia da ação escolhida para reduzir a ameaça, para o que, algumas vezes, haverá necessidade da presença de um estímulo para a tomada de ação (ROSENSTOCK, 1966, 1974). Na área da saúde, os fatores que servem de estímulos para desencadear a ação poderão ser internos - percepção do estado físico - e externos - interações sociais, meios de comunicação, conhecimento de alguém

que já contraiu a doença, entre outros (ROSENSTOCK, 1966, 1974; JANZ e BECKER. 1984).

II - METODOLOGIA

Os elementos amostrais do presente estudo foram constituídos pelos alunos dos cursos de graduação da Universidade Federal de São Carlos, distribuídos em 17 cursos.

Foi utilizado o método de amostragem por conglomerado, onde cada curso de graduação correspondeu a 1 (um) conglomerado. Foram sorteados 15% dos conglomerados que corresponderam a 3 (três) cursos: Física (9 alunos), Fisioterapia (7 alunos) e Ciências Biológicas (12 alunos), totalizando 28 alunos.

Como elemento amostral foram sorteados 5% dos 3 (três) conglomerados, independente do semestre em curso. A escolha dos elementos amostras foi realizada através da listagem dos alunos dos conglomerados sorteados, utilizando-se a tabela de números aleatórios. Foram incluídos somente os alunos que estavam matriculados e cursando as disciplinas. Os alunos sorteados foram convidados verbalmente a participarem do trabalho e então foram realizadas entrevistas individuais, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Foi solicitada a permissão para que a entrevista fosse gravada, uma vez que o anonimato do aluno sorteado seria mantido.

A entrevista foi semi-estruturada, constituindo-se de um roteiro de forma a dar oportunidade aos sujeitos de exporem as suas percepções sobre o tema, de acordo com as variáveis do Modelo de Crenças em Saúde. Para a elaboração do referido roteiro, bem como para sua validação, utilizou-se de 10 juízes para certificar-se da pertinência das questões com os objetivos propostos.

A análise do conteúdo de entrevistas foi realizada através da técnica de emprego da análise temática como unidade de registro que, segundo BARDIN (1991), possibilita estudar motivações de opiniões, atitudes, tendências, crenças, valores, entre outros.

Assim, o conteúdo das entrevistas pôde ser agrupado segundo as seguintes unidades temáticas:

1º) Conhecimento sobre DST.

2ª) Pessoa mais vulnerável em contrair DST.

- 3º) Conseqüências das DST.
- 4º) Estratégias utilizadas pelos indivíduos que adquirem DST.
- 5º) Indicadores de aquisição de DST.
- 6º) Experiência com DST.

Após leituras repetitivas de cada unidade temática foi possível estabelecer categorias que representaram um conjunto de recortes de depoimentos dos sujeitos que emergiram para significados semelhantes.

III - ANÁLISE E DISCUSSÃO

Foi-se ao encontro da população estudantil amostrada para detectar *QUE CONHECIMENTO TINHAM SOBRE DST*, a fim de identificar suas percepções da suscetibilidade e seriedade de tais doenças, bem como a percepção dos benefícios das ações preventivas e de possíveis barreiras que pudessem impedir a emissão de comportamentos preventivos.

Os depoimentos dos alunos possibilitaram identificar que tais conhecimentos estão relacionados aos *Nome e Conceito dos DST, Via de Transmissão. População Mais Atingida, Prevenção e Tratamento das DST*.

Foi digno de atenção o fato de que os elementos dessa amostra, apesar de possuírem um alto nível de escolaridade em comparação com o contingente restante da população em geral, demonstraram um conhecimento limitado em relação aos nomes das DST, detectando-se que as mais citadas foram aquelas mais conhecidas popularmente: Sífilis, Gonorréia e AIDS.

- "...Bom no fim vou acabar, falando aqueles que... acredito que todo mundo conhece mais que é a sífilis, e gonorréia..." (Ent. 5).
- "...É basicamente as que eu me lembro são gonorréia, sífilis e AIDS..." (Ent. 6).

Apesar de poucos alunos citarem outros nomes, houve aqueles que não se lembravam:

- "...São gonorréia, sífilis, AIDS, é condiloma... herpes e mais algumas que não me ocorrem..." (Ent. 18).
- "...Sífilis, AIDS... gonorréia, cancro, tricomonas, candidíase..." (Ent. 19).

Isso vem confirmar que o nível de escolaridade não tem papel tão significativo em relação ao conhecimento sobre DST.

Pode-se ainda observar que a grande maioria dos sujeitos amostrados, ao serem indagados sobre o perfil dos indivíduos mais vulneráveis a DST, associa tal perfil às *Características Pessoais ligadas à Migração, Prostituição, Homossexualismo, Multiplicidade de Parceiros e Uso de Drogas*.

Ficou evidente que para tais alunos a suscetibilidade a uma dada doença, principalmente de transmissão sexual, aumenta de acordo com a multiplicidade e a intensidade dos contatos sexuais.

- *“...Os caminhoneiros, ele é mais vulnerável... porque viaja muito, é uma pessoa que pode contrair, inclusive disseminar, a doença, acho que os caminhoneiros. É os viajantes, esse pessoal que anda muito...”* (Ent. 25).

A migração foi lembrada pelos alunos por proporcionar os contatos sexuais e predispor a eles e, conseqüentemente, aos contatos com as DST (PEREIRA e SILVA, 1980; PASSOS e FONSECA, 1990).

Verifica-se que ainda existem alunos que acreditam que as pessoas mais vulneráveis são os homossexuais, o que sugere um imaginário social que pouco contribuiu para o controle das DST no país. Talvez essa imagem esteja ligada à AIDS, pois quando se fala em DST, ainda vem à mente a AIDS como doença de homossexuais.

“...Acho que são os homossexuais... que não tomam cuidado com a escolha de parceiros...” (Ent. 6).

“...No caso da AIDS são os homossexuais pelo menos que eu me lembro que mais ocorre os bissexuais, eu não sei, mas acho que também...” (Ent. 10).

Verifica-se que muitas informações que chegam ao público podem ser gravadas ou distorcidas na sua forma inicial, não acompanhando as mudanças ocorridas no padrão epidemiológico, como no caso da AIDS. Parece que esse conhecimento ficou arraigado na população, de tal modo que muitas pessoas continuam mantendo os mesmos padrões de comportamento sexual, acreditando que se encontram livres da suscetibilidade à AIDS, Por não serem homossexuais.

DUSENBURY et al. (1991) afirmam que a possível explicação para essa crença é que os adolescentes associam o fato de ser homossexual à AIDS e não pensam que “fazer sexo” já consiste num fator de risco.

Segundo PARKER (1994), com o surgimento da AIDS no começo da década de 80, uma estreita relação entre a epidemia e a homossexualidade masculina foi construída pelo imaginário coletivo e se mantém até hoje. No entanto, atualmente a epidemia atinge a todos indiscriminadamente. Apesar de suas preferências sexuais, o que tem levado tanto a ciência como o imaginário social a “des-homossexualizá-la”.

As *CONSEQUÊNCIAS DAS DST* como temática possibilitou verificar a percepção dos alunos sobre a seriedade de se contrair uma DST.

Verificou-se, através de seus depoimentos, que a questão DST é considerada um assunto sério para essa população amestrada, a ponto de permitir identificar temas que convergiram para questões relacionadas a *Conseqüências Físicas, Psicológicas e Sociais*.

Como as crenças referentes à percepção da seriedade varia de pessoa para pessoa, a seriedade poderá então ser medida pelo grau de tensão emocional criado pela visão subjetiva da doença, como também pela percepção das dificuldades trazidas aos indivíduos acometidos por aquela condição (ROSENSTOCK, 1966, 1974; JANZ e BECKER, 1984).

Assim, as *Conseqüências Físicas* foram detectadas pelos alunos quando ressaltaram a importância da *Deteção e Tratamento Precoce das DST*, a *Possibilidade de Morte*, como também *Limitações Físicas*, além da possibilidade de *Esterilidade*.

- “... A gonorréia e a sífilis podem ter conseqüências leves se forem tratadas no começo e desastrosas se deixadas... negligenciadas...” (Ent. 2).

- “... Dependendo da doença pode ser bastante grave pode até levar à morte no caso da AIDS que é bastante conhecida...” (Ent. 27).

Tanto a gonorréia como a sífilis são doenças consideradas benignas quando detectadas e tratadas precocemente e de forma adequada (PASSOS e FONSECA, 1990), podendo a sífilis ser extremamente grave e até mortal se negligenciados a sua detecção e seu tratamento (BRASIL - Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 1991).

Foi possível também verificar que alguns alunos têm a percepção da possibilidade de repercussões desastrosas para a vida do indivíduo como a *Esterilidade* e a *Limitação Física*.

Podem até ficar estéreis, podem ter problemas mentais como na sífilis...
“ (Ent. 23).

Um problema físico é uma coisa lógica... onde você tem a diminuição da capacidade do organismo, se você era um atleta antes, hoje você vai ter a diminuição de sua resistência da sua habilidade... “ (Ent. 6).

Em termos de *Consequências Psicológicas e Sociais* a população amostrada identificou barreiras para a tomada de ações como *Estigma*, *Sentimentos de Culpa e de Vergonha*, *Preconceito*. o que dificulta a procura de um tratamento adequado, levando ao isolamento social quer pela própria família como pela sociedade.

“... Fica com medo de se expor porque... já fala sexualmente a coisa assim é só de muito íntimo, então a pessoa tem medo de ir no médico ginecologista, andrologista... também vai ter que se expor, vai ter que falar se ela tá coat tais e tais sintonas...” (Ent. 17).

No caso da sífilis, o indivíduo quando em processo de cura, ao ser submetido ao exame sorológico, poderá ser detectada uma titulação mesmo que mínima, a qual funciona com um marcador.

No controle da cura da sífilis, quando o exame VDRL permanece positivo com uma titulação baixa (1:2 ou 1:4), por duas ou três vezes consecutivas, o termo cicatriz sorológica é convencionalmente usado para definir essa situação (PASSOS et al., 1987).

“... A AIDS que não tem cura e a sífilis tem cura, agora... mais é uma doença que depois você fica marcado, se você fizer um exame de sangue aparece... então eu acho aí mexe com a cabeça.” (Ent. 19).

Os Sentimentos de culpa, Vergonha e Preconceito foram identificados como barreiras pelos alunos, visto que para eles são motivos impeditivos para a busca de suporte social.

SHAFER e BOYER (1991) relatam que a informação inadequada sobre o modo de transmissão e prevenção das DST, ou seja, o baixo nível de conhecimento faz com que surja nas pessoas o desejo de manter distância social, como reflexo do medo injustificado de adquirir a infecção através do contato casual. principalmente em se tratando de pessoas com AIDS.

“... Acredito que o principal problema seja o psicológico de uma pessoa, porque as pessoas quando contraem a doença, eu acho que ficam com vergonha das pessoas... “ (Ent. 5).

“... O maior problema é o problema social, problema de preconceito, como aquela lá ta com AIDS, ai credo não vou chegar perto.”(Ent. 3).

“... Podem sofrer é preconceito, discriminação, muitos colégios, aí os diretores não querem crianças ou jovens que tenham contato- porque falta informação...” (Ent. 22).

Pode-se observar, de acordo com os depoimentos dos alunos, que as *ESTRATÉGIAS UTILIZADAS* pelas pessoas que estão vivenciando uma DST parece ser um importante indicador da percepção de barreiras para tomada de ação, de modo que a maneira pela qual o indivíduo percebe as consequências da seriedade de uma dada doença, no caso a DST, para a sua vida, vai depender em parte da posição em que ele se coloca na situação (ROSENSTOCK, 1966, 1974). Os alunos percebem que a tomada de ações em relação às DST está atrelada à *Representação* que os indivíduos fazem sobre a doença, à *Condição Educacional* e *Socioeconômica*, bem como à *Rede de Suporte Social*.

Os alunos amestrados explicitaram que os *Sentimentos de Vergonha, Medo e o Isolamento Social* dos indivíduos com DST poderão estar representando forças de valências negativas, ou seja, forças frenadoras que impedem a tomada da ação, dificultando portanto a percepção dos benefícios advindos de um tratamento adequado, assim verbalizados:

- *“... Ficar com vergonha porque acha que vai ser discriminado por contrair uma doença sexualmente transmissível e então esconde e não procura tratamento...”(Ent. 4).*

- *“...Muitos deles não procuram as pessoas que possam ajudá-la, justamente pelo fato de terem vergonha de serem mal informados...” (Ent. 5).*

Os alunos deixam explícito em seus depoimentos que em decorrência da representação negativa demonstrada pela sociedade em relação às DST, a busca de tratamento torna-se prejudicada.

Apesar de as estratégias preventivas serem um ato voluntário consciente, os indivíduos só se sentirão motivados para realizá-las se uma ação particular representar benefícios para a redução de ameaça da doença e não representar barreiras psicológicas (ROSENSTOCK, 1974).

- *“... Tem pessoas que vão lá no farmacêutico para não enfrentar o médico porque ficam constrangidas vão no farmacêutico que receita qualquer coisa...” (Ent. 11).*

A possibilidade de receber ou ter fontes de Suporte Social é para os alunos um determinante importante na conduta diante de uma DST.

- *“... A primeira coisa é conversar com o amigo dele, mais próximo dele pra dizer que ele deve fazer, então daí depende da pessoa... pode dizer para ir no medico, no farmacêutico...” (Ent. 11).*
- *“...Conversam com amigos que já tiveram, usam o mesmo tratamento que esses aí já usaram anteriormente... deve ser um negócio em cadeia...” (Ent. 15).*

Como a percepção dos benefícios também varia de pessoa para pessoa, os alunos explicitaram que a adequação da conduta tomada vai depender da realidade subjetiva formada pelo indivíduo, pois para eles, muitas vezes, os acometidos pela doença procuram medidas alternativas, que não reduzirão a seriedade da DST; pelo contrário, contribuirão para o seu aumento.

Ao identificar *INDICADORES QUE CONTRIBUEM PARA A AQUISIÇÃO DAS DST*, pôde-se apreender que para os entrevistados tal fato existe em decorrência de questões ligadas à: *Cognição, Não Percepção à Suscetibilidade* e aos *Comportamentos Sexuais*. Os alunos atribuem à situação nacional vigente das DST a *Não Percepção da Suscetibilidade* como sendo um dos pontos chaves para a sua aquisição.

- *“... Tem muita gente que mistifica essa doença, então não procuram informação, acham que com ele não vai pegar, só pega com os outros...” (Ent. 11).*
- *“... Acho que as pessoas... não acreditam muito que vai acontecer com elas, é aquele caso: comigo não acontece. Não usa camisinha, sai com qualquer um, acha que não vai acontecer com ele...” (Ent. 17).*

Se o indivíduo nega que é sexualmente ativo ou que seu comportamento sexual envolva risco, não estará aberto para aprender e ou modificar seu comportamento sexual. A negação de serem sexualmente ativos, principalmente entre os jovens adolescentes, ou o medo de serem identificados como tal, segundo SMITH e LATHROP (1993), conduz a protesto contra a aceitação da educação sexual, assim como também acaba gerando oposição ao uso de preservativos.

- *“... Você vê que ainda há muito contato sexual entre as pessoas com vários parceiros... elas não se importam de ficar com um parceiro hoje, outro amanhã e assim vai...” (Ent. 12.).*

Diante de comentários de que os jovens universitários se tornam sexualmente ativos durante o período em que cursam a universidade, procurou-se verificar se isso realmente ocorre através do questionamento sobre a sua *EXPERIÊNCIA COM DST*.

Nessa temática, pôde-se identificar que os alunos amestrados responderam-na de forma diversificada, isto é, de acordo com o entendimento que tiveram sobre a questão como *Experiência Pessoal*, ou *de Vizinho, Parente, Amigos* ou sobre *Fontes de Informação*.

Quanto à *Experiência Pessoal* disseram que:

“... Eu particularmente nunca... nunca tive nenhuma doença pega dessa maneira...” (Ent. 10).

“... Nunca tive experiência com doenças desse tipo; eu sempre fui um cara que sempre tomei cuidado...” (Ent. 11).

Esses depoimentos não possibilitam inferir se tais alunos realmente tiveram DST par terem tomado medidas preventivas adequadas. Nos relatos que referiram terem adquirido DST, pôde-se inferir que não tomaram medidas preventivas para evitá-las e que a busca de tratamento aconteceu diante da presença do estímulo - sinais/sintomas.

- “... Agora no meu caso tive triconoma, triconomas? Eu tive, fiz um tratamento e.. nunca mais assim deu nada e quando tive, tinha uns 17 anos mais ou menos... fui ao médico, eu senti, comecei a notar um corrimento esverdeado assim, fui do médico, aí, fiz exame de lâmina... e deu isso aí, fiz tratamento... nunca mais tive nada...” (Ent. 19).

- “... Bom eu já tive uma vez, não me lembro o nome, eu tinha 16 anos ou 17, fui ao médico e coisa e tal, o médico olhou: isso não é nada e tal. E não tive curiosidade de saber o que era, mas depois vendo em livro, nossa vida sexual e tal, esse papo, e vi que fosse como uma micose.. que dá uma mancha branca assim tal...” (Ent. 21).

Esses alunos que referiram terem adquirido DST não souberam o nome correto das mesmas e nem tiveram a curiosidade de perguntar ao médico.

Esses depoimentos fazem com que se confirme a afirmação de vários autores, ao referirem que a faixa etária mais atingida pelas DST se situa entre 15 e 24 anos (MANNING e BALSON, 1989; MANNING et al. 1989).

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados neste estudo devem chamar a atenção para a necessidade de atividades de prevenção e programas de intervenção que vão além da apresentação de informações básicas, mas que abordem questões de ordem social e psicológica mais complexas, associadas ao sexo com segurança.

Considerando-se a resposta educacional dos alunos universitários as DST, a questão da redução de risco certamente é fundamental. Entretanto precisa ao mesmo tempo ser associada a um conjunto mais amplo de questões que, dentro de uma concepção mais completa da disseminação dessas doenças, tem necessidade de um tratamento especial.

É evidente que já existe um nível de conhecimento e informação relativamente adequado dentro da amostra estudada. No entanto, restam dúvidas importantes em relação a algumas questões mais complexas associadas à transmissão das DST, apesar de haver uma percepção relativamente correta do risco a essas doenças.

A despeito do grau de conscientização relativamente alto e da percepção relativamente apurada do risco às DST por parte dos alunos entrevistados, algumas questões problemáticas foram apreendidas.

A configuração das DST, apresentada pelos universitários em estudo, forneceu indicadores de que o preconceito e as formas de discriminação em relação a essas doenças na sociedade brasileira, especialmente entre os jovens, são importantes barreiras para o controle da disseminação das mesmas, isso porque essas questões tiveram um impacto importante na criação de atitudes que continuam a inibir uma resposta mais positiva aos riscos relacionados às DST.

Dado o nível de conhecimento desses jovens aqui estudados parece importante enfatizar a necessidade de estudos que busquem a construção de uma base social e psicológica mais sólida para a mudança de comportamentos em relação às DST. Os programas de intervenção devem procurar desenvolver estruturas de apoio social que forneçam um reforço positivo para a redução de riscos, como também devem abordar claramente os significados complexos associados à sexualidade dentro dessa população estudantil. Seria ideal que a ênfase conferida atualmente pelos programas educacionais à redução e seleção de parceiros, desse lugar a um enfoque mais complexo relacionado as praticas sexuais associadas ao risco de transmissão das DST e aos possíveis mecanismos de redução de risco.

Como exemplo, a divulgação do uso de preservativos nas práticas sexuais, segundo PARKER (1994), deve ser prioritária, mas terá que necessariamente ser apresentada de forma a abordar os significados eróticos complexos associados a alguns comportamentos de risco e a limitação da erotização quando do uso de preservativos. Assim, segundo o autor, a erotização de práticas sexuais mais seguras deve ter prioridade nos programas que se destinam a mudanças de comportamentos sexuais objetivando o controle das DST.

Assim, tanto a conscientização das DST de forma mais genérica, quanto as questões específicas do preconceito e da discriminação devem ser abordadas juntamente com a redução do risco como questões-chave, as quais não podem ser consideradas isoladamente na avaliação do impacto dos programas educacionais.

No Brasil, as dificuldades para a educação sobre DST proposta pela construção social e cultural do comportamento sexual são imensas, pois sempre que existe um estigma social em relação a um determinado padrão de comportamento, a tendência é esconder informações a respeito dos comportamentos condenados socialmente.

À medida que se esclarecem as distinções entre os comportamentos de risco e comportamento homossexual, bissexual ou heterossexual, a questão da identidade sexual e a inserção do indivíduo na subcultura específica (homo, bi, heterossexual) podem ser fatores importantes para definir padrões de risco diferentes.

A esse respeito PARKER (1994) adverte que, em geral, muitos desses fatores que limitam o apoio à mudança de comportamento de risco se tornam mais intensos quando se avalia a situação de subgrupos específicos dentro do grupo mais amplo de homens que mantêm relação com homens e mulheres. Isso porque nem sempre esses homens se identificam como homossexuais ou bissexuais e são menos propensos a perceber a necessidade de uma mudança de comportamento para redução de risco, especialmente nas suas relações com mulheres.

Ao se tentar compreender e identificar as diversidades da conduta sexual, talvez se possa contribuir para uma transformação social em direção ao controle da disseminação das DST, porque os atos que os indivíduos praticam ou pensam praticar emergem mais como construtores da cultura do que como produtos da natureza.

O que se quer dizer é que a construção social e cultural de possíveis práticas é que permitem ao indivíduo imaginá-las, e talvez integrá-las à sua própria experiência. Portanto, acredita-se que é aqui, na identificação dos significados mais importantes da conduta social em nossa sociedade, como

parte de um sistema social e cultural constituído, que haverá importantes possibilidades para a promoção da redução de riscos às DST.

V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Trad. L. A. RETO e A. PINHEIRO; Rio de Janeiro. Edição 70. 1991.
2. BECKER, M. H.; DRACHMAN, R. e KIRSCHT. J. P. A new approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations. *Am. J. of Public Health*. v. 64, n. 3, p. 205-16, 1974.
3. BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. *Sífilis Congenita - normas e instruções técnicas*. Manual de Vigilância Epidemiológica. Prof. ALEXANDRE VRANJAC. S.P., 1991, 40 p.
4. DUSENBURY, L. et al. AIDS Risk Knowledge, Attitudes, and Behavioral Intentions Among Multi-Ethnic Adolescents. *AIDS Educ. and Prevention*, v. 3, n. 4, p. 367-5. 1991.
5. FURTADO, T. O. O problema médico-social das doenças venéreas. *Rev. Ass. Med. Brasil*, v. 24, n. 2, p. 79-80, 1978.
6. JANZ, N. K.; BECKER, M. H. The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educ. Quartely*, v. 11, n. 1, p. 1-47, 1984.
7. LEWIN, K. *Teoria de campo em ciências Social*. Trad. C. M. BORI. São Paulo, Pioneira, 1965. 387 p.
8. MAIMAN, L. A.; BECKER, M. H. The Health Belief Model: Origin and Correlates in Psychological Theory. *Health Educ. Monog.*, v. 2, n. 4, p. 336-53, 1974.
9. MANNING, T.; BALSON, P. M. Teenagers' Beliefs about AIDS Education and Physicians' Perception about them. *The J. of Fam. Praticce*, v. 29, n. 2, p. 173-7, 1989.
10. MANNIG et al. Colledge Students Knowledge and Health Belief AIDS: Implications for Education and Prevention. *JACH*, v. 37, n. 6, p. 254-9, 1989.
11. MELLO, J. A. C. *A Prática de saúde e a educação*. Campinas, 1976. 150 p. Dissertação (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP.
12. PARKER. R. G. *A Construção da Solidariedade: AIDS, Sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará: ABIA: IMS. UERJ. 1994.
13. PASSOS et al.; Sífilis. In: *Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica. 1987. p. 47-69.
14. _____; FONSECA, C. G. Epidemiologia das DST. *DST - J. Bras. Doenças Sex. Trans*, v. 2, n. 3/4, p. 34-7, 1990.

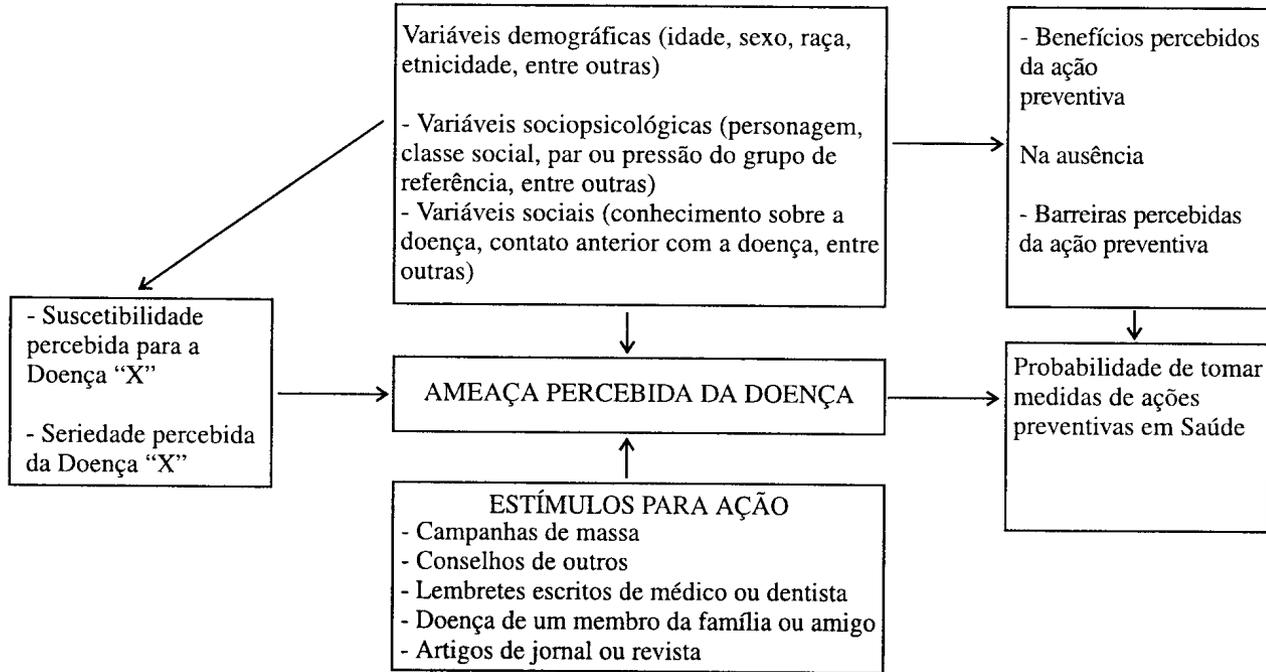
15. PEREIRA, N. G. e SILVA, M. J. R. Doenças de transmissão sexual em estudantes de nível médio: inquérito epidemiológico em Colégio Agrícola - Planaltina- Distrito Federal, 1978. *An. Bras. Dermatol.*, v. 55, n. 3, p. 137-40, 1980.
16. ROSENTOCK, I. M. Why people use health services. *The Milbank Mem. Funsd.*, v. 44, n. 3, p. 94-122, 1966.
17. _____; Historical origins of health belief model. *Health Educ. Monog.*, v. 2, n. 4, p. 328-5, 1974.
18. SHAFER, M. A.; BOYER, C. B. Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban school students. *The Journal of Pediatrics.*, v. 119, n. 5, p. 826-3, 1991.
19. SMITH, L. L.; LATHROP, L. M. AIDS Human Sexuality. *Canadian J. Public Health*, v. 84, p. 14-8. 1993. Suplemento 1.

Quadro I. O "Modelo de Crenças em Saúde" (BECKER, M. H.; DRACHMAN E KIRSCHT, J. P., 1974).

PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS

FATORES MODIFICADORES

PROBABILIDADE DE AÇÃO



ram em respondê-lo. Através de análise fatorial, usando-se o Sistema Varimax de Rotação, esses itens constituíram um Fator denominado Fator Oral, composto por 5 itens, a saber: cunilingus (item 1), felação (item 2), contato da boca com urina (item 3), analingus (item 4) e ejaculação na boca do parceiro (item 5). Em 60% dos itens, observou-se que os estudantes apresentam conhecimento compatível ao preconizado pelos especialistas. Entretanto faz-se necessária a educação continuada a estes alunos, considerando-os tanto como pessoa, como futuro profissional prestador de assistência aos indivíduos infectados pelo HIV ou com AIDS.

Unitermos: infecção pelo HIV-1, práticas sexuais, educação, universitários, sexo oral.

INTRODUÇÃO

Preconceitos e concepções errôneas foram as características expressivas das práticas sexuais no passado, remontando a séculos e milênios. Hoje, esses aspectos ainda perduram, mas é observado que os papéis sexuais assumem uma característica nova e extremamente agravante na história da humanidade, ou seja, certas práticas predis põem as pessoas a riscos variados de serem infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana tipo I (HIV-I), cuja síndrome resultante constitui-se na *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*.

A AIDS foi identificada como uma nova entidade clínica em 1981, pelos Centers for Disease Control. Os dados estatísticos disponíveis a nível de mundo são extremamente preocupantes, pois têm atingido pessoas prioritariamente em faixa etária reprodutiva (20 a 40 anos), em velocidades de disseminação alarmantes.

No Brasil, até novembro de 1996, 94.997 casos foram registrados, dos quais 75% se infectaram via sexual. A infecção entre heterossexuais representa, no momento, o fio condutor desta infecção no mundo(3).

O HIV-1 pode ser transmitido em qualquer tipo de relação sexual desde que haja trocas de secreção vaginal ou cervical uterina, sêmen ou sangue infectados por esse vírus. O risco de uma pessoa ser infectada como resultado de relação sexual está na dependência de quatro aspectos: a) parceria sexual infectada; b) tipo de contato sexual envolvido; c) a quantidade de carga viral presente no(a) parceiro(a) infectado(a) e d) a presença de co-fatores como lesões genitais e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) que facilitam a aquisição do vírus(24).

A infecção pelo HIV-1 extrapola os danos físicos de uma infecção viral, fazendo com que os dilemas psicológicos, sociais e éticos exerçam uma influência marcante sobre o indivíduo. Tem despertado muitos medos

e preconceitos, decorrentes tanto dos seus fatores de risco bem como do seu prognóstico. A utilização de terapia com anti-rétrovirais, que associa inibidores de transcriptase reversa e inibidores de protease, tem se mostrado bem-sucedida. Porém, é precoce falar em cura. Esse prognóstico sombrio e incerto fortalece as angústias e incrementa os estigmas.

Acredita-se que atitudes de repúdio das pessoas para com o indivíduo e a sua doença, atitudes anti-éticas e até desumanas, geradoras de roturas no compromisso do homem para com seu semelhante sejam fundamentadas principalmente na desinformação a ignorância(9).

CAPALDINI⁴ (1997) refere que os portadores de HIV são confrontados a múltiplos estressores psicossociais em todos os estágios de sua doença. Tais estressores correspondem tanto a mudanças de estilos de vida (moradia, aspectos econômicos, social) como crises emocionais e complicações psiquiátricas.

A população de estudantes universitários, especialmente aquela que poderá vir a atuar na área da saúde, enfrenta a epidemia sob dois ângulos: como ser humano, com as probabilidades de se infectar dependendo das exposições aos riscos, e como futuro profissional, que prestara assistência aos pacientes infectados. Portanto, estes universitários devem ser orientados visando tanto a sua proteção pessoal, como a uma atuação profissional com condutas éticas e humanitárias isentas de preconceito e estigma.

Dada a magnitude da transmissão sexual do HIV- I e a importância do conhecimento sobre sexo seguro para os universitários da área de saúde, realizou-se a presente investigação com o objetivo de avaliar as crenças acerca dos graus de risco de transmissão desse vírus, atribuídos pelos universitários a diversas práticas/comportamentos sexuais orais e compará-los com a atribuição feita pelos especialistas em AIDS.

MATERIAL E MÉTODOS

Os sujeitos deste estudo foram universitários brasileiros, regularmente matriculados nos cursos de graduação (Enfermagem, Medicina, Farmácia-Bioquímica e Psicologia) da Universidade de São Paulo-Campus da cidade de Ribeirão Preto. Responderam, mediante aquiescência, um questionário (Escala de Probabilidade do Tipo Likert), composto por 5 itens, referentes a práticas/hábitos sexuais.

A cada item correspondiam alternativas dispostas em 7 pontos, com valores oscilando entre +3 e -3, apresentando como âncoras as palavras-chave Provável e Improvável. As alternativas +3 (extremamente provável) e +2 (muito provável) correspondiam ao grau de ALTO RISCO. As alternativas +1 (pouco provável), 0 (nem provável, nem improvável) e -1

(pouco improvável) correspondiam a MÉDIO RISCO. Por sua vez, as alternativas -2 (muito improvável) e -3 (extremamente improvável) equivaliam a BAIXO RISCO de infecção.

Para a construção do instrumento destinado à coleta de dados, processou-se dados de 121 sujeitos através da técnica estatística de análise fatorial, aplicando-se como critério, saturação igual ou acima de 0,50 para ser considerado um item como pertencente a um determinado fator e índice de Kaiser maior do que 1,00, para que um conjunto de itens se configurasse um Fator. Sendo assim, 20 itens foram incluídos e distribuídos em 7 fatores dos demais 5 não foram alocados em fatores. Desses 7 fatores, um foi selecionado para este estudo, o qual foi denominado Fator Oral e constituído pelos itens: Estimulação da vagina com língua ou boca (item 1), Estimulação do Pênis com a boca (item 2), Contato da boca com a urina do(a) parceiro(a) (item 3), Estimulação do ânus com a língua ou boca (item 4) e Ejaculação na boca do(a) parceiro(a) (item 5). Detalhes acerca da construção (elaboração dos itens, seleção, testes) são descritos por GIR (1994)¹⁰. Para se verificar a equivalência das respostas obtidas entre os estudantes e os especialistas, e baseando-se em FIGUEIREDO (1986)⁸, construiu-se um diagrama da relação entre as respostas dos sujeitos e os dados da literatura, situando-se nas abcissas as crenças dos universitários estudados e nas ordenadas os dados dos especialistas, como ilustra a figura 1.

ESPECIALISTAS

ALTO	1	2	3	
MÉDIO	4	5	6	(dimensão x)
BAIXO	7	8	9	
	BAIXO	MÉDIO	ALTO	ESTUDANTES
	RISCO			

FIGURA 1 – DIAGRAMA CONTENDO 9 CAMPOS QUE EXPRESSAM A RELAÇÃO ENTRE A AVALIAÇÃO DOS UNIVERSITÁRIOS E DOS ESPECIALISTAS SOBRE OS RISCOS (ALTO, MÉDIO E BAIXO) E AS PRÁTICAS SEXUAIS.

Os nove campos foram assim denominados e definidos:

CAMPO 1: ALTA SUBESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE ALTO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação do baixo risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de alto risco.

CAMPO 2: MÉDIA SUBESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE ALTO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de médio risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como do alto risco.

CAMPO 3: ESTIMAÇÃO ADEQUADA DE HÁBITOS SEXUAIS DE ALTO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação do alto risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de alto risco.

CAMPO 4: SUBESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE MÉDIO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de baixo risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de médio risco.

CAMPO 5: ESTIMAÇÃO ADEQUADA DE HÁBITOS SEXUAIS DE MÉDIO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de alto risco pelos alunos daqueles hábitos e comportamentos considerados pela literatura como de médio risco.

CAMPO 6: SUPERESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE MÉDIO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de alto risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de médio risco.

CAMPO 7: ESTIMAÇÃO ADEQUADA DE HÁBITOS SEXUAIS DE BAIXO RISCO. Os bens aqui situados correspondem à avaliação de baixo risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de baixo risco.

CAMPO 8: MÉDIA SUPERESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE BAIXO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de médio risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de baixo risco.

CAMPO 9: ALTA SUPERESTIMAÇÃO DE HÁBITOS SEXUAIS DE BAIXO RISCO. Os itens aqui situados correspondem à avaliação de alto risco pelos alunos daqueles hábitos, práticas e comportamentos considerados pela literatura como de baixo risco.

A obtenção de dados segundo os especialistas em AIDS (literatura/especialistas) ocorreu com base em um amplo levantamento bibliográfico, no Brasil e no exterior, em busca de referências que tratassem especificamente de práticas sexuais/comportamento sexual/transmissão sexual e AIDS. Buscou-se inicialmente artigos que apresentassem classificação clara acerca das práticas sexuais e a sua associação com a infecção pelo HIV-1. Os artigos que abordavam o assunto sem classificar as práticas foram considerados para a discussão dos dados.

Estabeleceu-se como critérios para determinar o grau de risco atribuído pela literatura, a moda infra-itens e que apresentasse uma porcentagem igual ou superior a 50%, além de um número de pelo menos três referências para cada item.

Para os itens cujas referências encontradas na literatura não atingiram o número mínimo, segundo critérios estabelecidos, a comparação foi feita entre a opinião dos especialistas em AIDS de Ribeirão preto.

RESULTADOS

De uma população de 1111 universitários, regularmente matriculados nos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia-Bioquímica, Medicina e Psicologia, 472 (42,48%) foram selecionados como úteis para este estudo, uma vez que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos. Destes, 121, ou seja, aproximadamente 25%, embasaram a construção do instrumento e os 351 (75%) estudantes restantes constituíram, sujeitos da investigação propriamente dita. Dos 351 sujeitos, um total de 242 (68,95%) eram do sexo feminino e 109 (31,05%) do sexo masculino, com idade variando entre 17 e 36 anos, sendo a faixa etária predominante de 19 a 21 anos.

Sobre o estado marital observou-se que 329 (93,73%) mencionaram ser solteiros, 19 (5,41%) casados, 2 (0,57%) divorciados/desquitados e 1 (0,28%) referiu ser amasiado.

O Fator em estudo, denominado Fator Oral, foi constituído pelos itens: estimulação da vagina com língua ou boca (item 1); estimulação do pênis com a boca (item 2); contato da boca com urina (item 3); estimulação do ânus com a língua ou boca (item 4) e ejaculação na boca do(a) parceiro(a) (item 5).

Dos artigos encontrados na literatura, que trazem classificação explícita das práticas sexuais, nove consideram a “estimulação da vagina com a língua ou boca” ou cunilingus (item 1), sendo que, 4 (44,44%) referem-na como de alto risco^(1,5,7,15); 4 (44,44%) como de médio risco^(13,16,25,30) e 1 (11,11%) como baixo risco⁽²¹⁾. Dado o resultado bimodal obtido, considerou-se a avaliação realizada pelos nove especialistas em AIDS, ou seja, 8 (88,88%) deles referem que este hábito confere médio risco à infecção pelo HIV- I e 1 (11,11%) baixo risco. Para a maioria dos estudantes (57,26%) este hábito é considerado como sendo de médio risco; para 25,92% como de alto risco e 16,80% deles atribuem a esta prática à classificação de baixo risco. Inter-relacionando os dados modais obtidos a partir dos estudantes e dos especialistas, o lançamento dos resultados aloca-se no Campo 5 (Figura 2).

Sobre o item 2 (estimulação do pênis com a língua ou boca ou felação), dos 13 artigos que classificam este hábito, 11 (84,62%)^(2,7,11,13,15,16,19,25,29,30,31) pontuam-no como de médio risco e apenas 2 (15,38%)^(4,5) consideram-no como de alto risco. Não foi encontrada nenhuma referência que avaliasse a estimulação do pênis com a boca como de baixo risco.

Entre os universitários, este hábito também foi avaliado pela maioria deles (52,13%) como um hábito que oferece médio risco à infecção pelo HIV-1. Um total de 38,17% estudantes avaliaram-no como de alto risco e a minoria, 9,68%, de baixo risco. Assim, este é um hábito de médio risco para os estudantes e para os especialistas, sendo a intersecção dos dados resultantes também enquadrada no Campo 5 (Figura 2).

Quanto ao item 3 (contato da boca com urina do(a) parceiro(a), também denominado urolagnia, urofilia, undinismo, “water sports”, esporte aquático, chuva dourada), das seis referências encontradas entre os especialistas, 4 (66,66%)^(15,19,23,24) afirmam que o contato da boca com a urina oferece alto risco à infecção pelo HIV, enquanto 2 (33,33%)^(7,30) o consideram de médio risco. Para os estudantes, o Valor modal foi caracterizado por 52,70% deles como de médio risco. Portanto, para os universitários é tido como do médio risco e para os especialistas de alto risco, sendo a inter-relação destes resultados situada no Campo 2, significando, portanto, que os alunos atribuem média subestimação a este hábito identificado como de alto risco (Figura 2).

O item 4 (estimulação do ânus com a língua ou boca), referido na literatura como sexo oro-anal, “rimming”; lambar o ânus, “anilingus”, introdução da língua no ânus, para os especialistas revelou-se como de alto risco, visto que 8 (80,00%)^(1,2,7,13,15,19,23,29) dos peritos classificam-no desta forma, ao passo que somente 2 (20,00%)^(11,30) consideram-no de médio risco. Entre os estudantes foi considerado como sendo um hábito de médio risco por 52,99% deles, em oposição a 29,62%, que o tem como de alto risco e 17,37%, que o classifica como de baixo risco. O cômputo dos valores modais revela que a maioria dos estudantes considera esta pratica como de médio risco e os peritos como de alto risco, o que faz com que o resultado enquadre-se no Campo 2 (Figura 2).

No que diz respeito ao item 5 (ejaculação na boca do(a) parceiro(a)), os estudantes consideram-no como sendo de alto risco (55,55%), ao passo que os demais classificam esse hábito como de risco médio (39,03%) e de baixo risco (5,41%).

Na literatura, de um total de 11 artigos específicos, este hábito é referido como de alto risco por 9 (81,82%) autores,^(2,7,11,15,19,23,27,29,31) a médio risco por apenas 2 (18,18%)^(16,30)

Sendo assim, o risco modal para os estudantes equivale a alto risco, de forma similar ao encontrado na literatura. Essa semelhança de opiniões pontuadas representa o lançamento deste resultado no Campo 3 (Figura 2).

Percebe-se que este conjunto de itens estudados apresenta como tendências comuns uma subestimação média de dois itens de alto risco (3 e 4) e estimacão adequada de três hábitos de médio e alto riscos (1, 2, 5), conforme esquema da figura 2.

DISCUSSÃO

Em função desses resultados, observa-se que a maioria dos estudantes estão bem informados quanto aos riscos da felação, cunilingus e ejaculação na boca. Entretanto, o fato de subestimarem o risco de práticas de alto risco é preocupante e requer orientações específicas. Por outro lado, acredita-se que a contradição de opiniões entre os especialistas e os universitários em relação aos itens 3 e 4, provavelmente deva-se ao aspecto de serem, talvez, práticas não comumente conhecidas e talvez não praticadas pela grande parte deles.

ESPECIALISTAS

RISCO		3	
ALTO	1	2	3
			4
			5
MÉDIO		1	
	4	5	6
			2
BAIXO			
	7	8	9
	BAIXO	MÉDIO	ALTO
	ESTUDANTES		
	RISCO		

FIGURA 2 – MATRIZ DA INTERSECÇÃO DAS RESPOSTAS DOS RISCOS MODAIS DOS ESTUDANTES E ESPECIALISTAS AOS ITENS DO FATOR ORAL

Que outros motivos poderiam ter determinado a subestimação dos riscos relacionado a tais itens? Possivelmente o tipo de contato com os tipos de fluidos corporais envolvidos nestes hábitos, ou seja, urina e fezes. A ausência do contato com sêmen/secreção vaginal pode ter contribuído para levarem os universitários a atribuírem baixa estimacão aos riscos destas práticas.

São pertinentes ainda comentários adicionais referentes a esses cinco itens.

A estimulação oral do pênis pode ser extensiva à bolsa escrotal e conduzir freqüentemente ao orgasmo, o que facilita a ingestão do material ejaculado. Mesmo que a ejaculação não ocorra, o líquido que antecede a ejaculação pode eventualmente estar infectado com o HIV-1, caso este indivíduo o estiver. Durante a felação, a impulsão vigorosa do pênis na boca do parceiro pode resultar em lacerações labiais, ao se tentar proteger o pênis dos dentes. Desta forma, a transmissão do vírus pode ocorrer através da ingestão do sêmen ou pelo contato do sêmen com a mucosa oral lesada. O grau de risco desta prática ainda não está esclarecido, sendo as evidências epidemiológicas conflitantes⁽¹¹⁾.

Quanto ao cunilingus, sabe-se que o HIV-1 já foi isolado em secreções vaginais/cervicais de mulheres soropositivas ou de alto risco, inclusive durante a menstruação. Teoricamente, a transmissão pode se efetuar durante o contato com estes fluidos, contudo os dados disponíveis não permitem a mensuração do risco nesse tipo de contato, permanecendo as incertezas⁽²⁴⁾.

Vários estudos têm revelado ser baixo o risco de infecção pelo HIV através do contato oro-genital receptivo ou insertivo, com ou sem ejaculação, não sendo capazes, contudo, de demonstrar a real associação com soropositividade^(11,12,18,20,22).

Em oposição à abordagem anterior, outros estudos^(1,5,7,15) classificam o cunilingus como de alto risco, e ainda para alguns trata-se de uma prática que confere médio risco^(3,16,25,30).

Estudando a opinião de 100 universitárias paulistas acerca do sexo oro-genital. SANCHES et al. (1991)⁽²⁸⁾ concluíram que a grande maioria vem executando esta prática como preliminar ao coito, com a finalidade principal de excitação sexual e busca do prazer. A estimulação oro-genital mútua atingiu também porcentagens elevadas (69,0%), entre as universitárias estudadas. Outro aspecto interessante nesta investigação é que o cunilingus foi preferido à felação, principalmente porque consideram que o receber prazer é mais importante do que o proporcionar. Quanto ao analingus, trata-se de um comportamento geralmente associado a outras atividades eróticas. Para GLASEL (1991)¹¹ tal prática possibilita a transmissão do HIV-1 devido ao contato com fezes, associadas ou não à presença de sangue. É considerado potencialmente inseguro para diversos autores^(28,32,39), porém, através de um estudo prospectivo realizado no Canadá, com parceiros de doentes de AIDS, ficou evidenciado que tanto o analingus como a introdução de dedos no ânus apresentam menor correlação do que o coito anal receptivo ou insertivo⁽⁶⁾. Segundo o IEASH²⁸ (1991), quando praticado com barreira de látex, torna-se uma prática mais segura.

Em relação ao hábito “Contato da boca com urina do(a) parceiro(a)”, sabe-se que o HIV-1 já foi isolado na urina de algumas pessoas contaminadas ou com AIDS⁽²¹⁾. Uma em cada cinco amostras de urina foi positiva para o HIV-1, porém em títulos baixos.

GLASEL¹¹ (1991) enfatiza que o risco, embora reduzido, parece existir, desde que haja contato da urina infectada com a pele ou mucosa não intactas. Para o IEASH¹⁶ (1991), a exposição de urina à pele íntegra, sem lesões, é considerada como prática provavelmente segura, ou no máximo potencialmente arriscada na transmissão do HIV-1, ao passo que urinar dentro da vagina ou do ânus seja considerado de alto risco.

Apesar de estudos que evidenciam associação positiva entre infecção pelo HIV-1 e sexo oral, muitos outros denotam o seu baixo risco. Alguns pesquisadores atestam, contudo, que há muita incerteza relacionada ao papel do sexo oro-genital na transmissão do HIV-1, não podendo ser excluída a possibilidade de transmissão.

A transmissão oro-genital pode ocorrer, mas esta via como forma de transmissão do HIV-1 permanece obscura, considerada como difícil de ser avaliada, porque a maioria das pessoas exerce múltiplas práticas sexuais, tornando difícil delinear o papel dos hábitos sexuais de baixo risco¹⁷. Além disto, os relatos dos indivíduos acerca de seu comportamento sexual nem sempre traduzem a verdade total, há omissões e negações de relatos, devido, principalmente, às barreiras psicológicas, além de informações contraditórias. Sexo oral com ejaculação e analingus são classificados por KINGSLEY et al. (1987)¹⁸ como potencialmente inseguros e assim são por eles classificados devido à freqüente associação com DST.

Até que não se tenham dados mais precisos e conclusivos, o mais prudente é considerar tanto a felação como o analingus e cunilingus como hábitos que impõem riscos para a transmissão do HIV-1 e, portanto, não devem ser praticados sem barreira⁽¹⁴⁾.

Os resultados modais aqui obtidos evidenciam que um número expressivo de alunos apresentam percepção coerente sobre os graus de riscos relativos a 315 (60%) dos hábitos/práticas sexuais estudadas e a infecção pelo HIV, o que não significa necessariamente que eles adotem medidas de sexo seguro.

Conforme destaca POMPIDOU (1988, p. 31)²⁶ “estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas e decidir não necessariamente traduz fazer”. Portanto, embora o conhecimento seja um dos aspectos fundamentais para provocar mudanças de atitudes ou comportamentos, por outro lado. Sabe-se que muitas pessoas resistem ou ignoram o aprendizado ou o conhecimento por ocasião da relação sexual. subestimando a “SUA” probabilidade em infectar-se e acreditando que a AIDS está distante dele e que não vai acontecer com “ELE”. Questões referentes ao comportamento sexual são complexas, porque o indivíduo compreende a situação, porém não consegue operacionalizar ou introjetar em sua vida, visando à promoção a manutenção da saúde. A mudança de atitudes, sobretudo, é gerada a partir da introdução do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo e não imposto por obrigação.

Um aspecto que desperta preocupação é que embora a maioria dos alunos apresentem conhecimento adequado acerca do grau de risco que as práticas sexuais oferecem à infecção pelo HIV-1, os que não se enquadraram na moda apresentam opiniões contraditórias.

Portanto, deve-se priorizar, a nível curricular, nas instituições de ensino superior a prevenção contra a infecção pelo HIV e outras DST, através da educação continuada e desenvolvimento de diferentes estratégias.

O conhecimento não reciclado é estático e a cada dia surgem novos fatos para se compreender o comportamento do HIV. Desta maneira, o conhecimento poderá sensibilizá-los a mudanças de comportamentos, adotando comportamentos sexuais seguros e praticando uma assistência digna a humana aos seus pacientes/clientes, isenta principalmente de conceitos errôneos e moralistas, somados a atitudes anti-éticas.

A educação é tida como uma das estratégias mais efetivas visando-se à redução da disseminação do HIV-1, ressaltando que, conforme refere VITIELLO (1.994, p. 203)³². O Educar não é simplesmente sinônimo de informar, orientar ou aconselhar. O processo educativo extrapola a soma dessas atividades, como também proporciona ao educando condições e meios para que ele cresça interiormente.

Os programas educativos sobre AIDS precisam ter como finalidade a mudança de atitude e comportamento. Apesar do conhecimento por si só não ser suficiente para modificar comportamentos, sem dúvida é um dos aspectos relevantes para a conscientização, no sentido de estimular a adoção de comportamentos seguros. Antes que os profissionais de saúde possam orientar seus clientes, eles precisam ter conhecimento adequado para poder transferi-los livres de conceitos errôneos.

Mais que fornecer informação sobre transmissão, diagnóstico e evolução da doença, as ações educativas preventivas devem também enfatizar a comunicação franca entre os parceiros sexuais. Urgem ser incluídas ainda discussões mais amplas sobre sexualidade humana, ressaltando-se outras formas de expressão sexual, além da penetrativa. Acrescenta-se também que devem ser ressaltados o valor e a importância do respeito e do amor ao próximo.

ABSTRACT

The objectives of this study were to detect the undergraduate students' beliefs concerning the risk levels related to several oral sexual practices/habits and the HIV-1 infection and to compare their opinion with the AIDS experts. A 5-item questionnaire (Likert Probability Scale) about sexual practices/habits were answered by undergraduate students enrolled in the courses of nursing, medical school, pharmacy-biochemistry, psychol-

ogy. Based on Fatorial analysis and by using the Varimax Rotation System, the 5 itens composed one Fator intituled Oral Factor. It was composed by the itens: 1 (cunnilingus), 2 (fellatio), 3 (mouth contact with partner's urine), 4 (annilingus), 5 (ejaculation in the sexual partner's mouth). It was observed that the students have knowledge similar to the experts's evidences in 60% of the itens. But, the continuing education is necessary to these people, as human beings and as future health care givers to the HIV infected/AIDS patients.

Uniterms: HIV infection, sexual practices, education, undergraduate students, oral sex.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AIDS Coordinating Office. Safer sex guidelines. In: HOPP, J. W.; ROGERS, E. A. *AIDS and the allied health professionals*. Philadelphia, Davis Company, 1989. p. 295-8/Appendix C/.
2. BJORKLUND, E. Prevenção: reduzindo o risco da AIDS. In: DURHAM, J. D., COHEN, F. L. *A Enfermagem e o Aidsético*. São Paulo, Manole, 1989. cap. 10, p. 180-94.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *AIDS- Boletim Epidemiológico*, ano IX, n. 4, 1996.
4. CAPALDINI, I. HIV disease: psychosocial issues and psychiatric complication. In: SANDE, M. A.; VOLBERDING, P. A. *The medical management of AIDS*. 5 ed., Philadelphia, WB Saunders Company, 1997. Cap. 15, p. 217-37.
5. CATANIA, J. A.; KEGELES, S. M.; COATES, T. J. Towards an understanding of risk behavior and AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Educ. Q.*, v. 17, n. 1, p. 53-72, 1990.
6. COATES, R. A. et. al. Risk factors for HIV infection in male sexual cantacts of men with AIDS or an AIDS - related condition. *Am. J. Epidemiol.*, v. 128, n. 4, p. 729-39, 1988.
7. COHEN, P. T. Safe sex, safer sex. and prevention of HIV infection. In: COHEN, P. T.; SANDE, M. A.; VOLBERDING, P. A. (ed.) *The AIDS Knowledge Base*. Waltham, Edwards Brothers. 1990. cap. 11. 1.4, p. 11.1.4-1 a 10.
8. FIGUEIREDO, M. A. C. *Algumas tentativas de caracterização de aspectos efetivos, cognitivos e comportamentais das emoções através da aplicação do modelo teórico de Fishbein e Ajzen sobre atitudes*. São Paulo, 1986, 347 p. Tese (Doutoramento) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

9. GIR. E. et al. AIDS e Enfermagem em Centro Cirúrgico: aspectos educativos. In: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3. *Anais*. Ribeirão Preto, EERP-USP, 1989. p. 18-31.
10. GIR, E.. *Práticas sexuais em infecção pelo HIV*: um estudo sobre doenças entre universitários de Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 1994, 235 p. Tese (Doutoramento) - Escola de Enfermagem do Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
11. GLASEL, M. Práticas sexuais de alto risco na transmissão da AIDS/SIDA. In: DE VITA. V. T.: HELLMAN, S.. ROSENBERG, S. A. AIDS/SIDA - etiologia, diagnóstico, tratamento e prevenção. 2ª ed.. Rio de Janeiro, Revinter, 1991. cap. 21. p. 363-76.
12. GOEDERT, J. J. et. al. Decreased helper T lymphocytes in homosexual men: II. sexual practices. *Am. J. Epidemiol.*, v. 121, n. 5. p. 637-44, 1985.
13. GREIG. J. D. *AIDS: what every responsible canadian should know*. Ottawa, Summerhill Press. 1987.
14. HEPWORTH. J.: SHERNOFF, M. Strategies for AIDS education and prevention. In: MACKLIN, E. D. *AIDS and families*. New York, Harrington Park Press. 1989. cap. 2, p. 39-80.
15. INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS DE SEXUALIDADE HUMANA. *Sexo sem riscos na era da AIDS*. Trad. de José Aguiar. Rio de Janeiro, IMAGO. 1986.
16. INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS DE SEXUALIDADE HUMANA. *Guia Completo do Sexo Seguro*. São Paulo, GAPA, 1991.
17. KEET. I. P. M. et. al. Orogenital sex and the transmission of HIV among, homosexual man. *AIDS*, v. 6, p. 223-6, 1992.
18. KINGSLEY, L. A. et. al. Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet.*. v. I. n. 8529. p. 345-9, 1987.
19. KUS. R. J. Sex. AIDS and gay american men. *Holistic Nurs. Pract*, v. 1, n. 4.. p. 42-51, 1987.
20. LEVY, J. A. GREENSPAN, D. HIV in saliva/letter/. *Lancet*. v. 2. n. 8622, p. 1248. 1988.
21. LEVY. J. A. et. al. Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome: clinical. biological. and molecular features. *Ann. Intern. Med.*, v. 103, n. 5, p. 694-9. 1985.
22. LYMAN. D. et. al. Minimal risk of transmission of AIDS - associated retrovirus infection by oral - genital contact. *JAMA*, v. 255, n. 13, p. 1703, 1986.
23. McKUSICK, L.; HORSTMAN. W.. COATES. T. J. AIDS and sexual behavior reported bay gay men in San Francisco. *Am. J. Public. Health*. v. 75, n. 5, p. 493-6, 1985.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *AIDS Série 3: prevenção contra a transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana*. São Paulo, Ed. Santos, 1991.

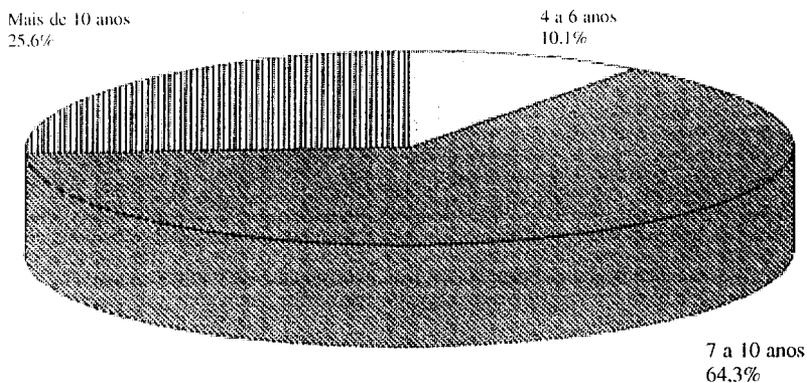
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *SIDA: la epidemia do los tiempos modernos*. Washington. 1993. /Comunicación para la salud, n. 5/.
26. POMPIDOU. A. National AIDS information programme in France. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *AIDS: prevention and control*. Genova. Pergamon Press. 1988. p. 28-31.
27. ROTH, J. S. Transmission and spread of the AIDS virus in the United States. In: *all About AIDS*. Switzerland, Harwood Academic Publishers, 1989. cap. 4, p. 71-94.
28. SANCHES. E. M., TEIXEIRA, L. D. L.: RODRIGUES JUNIOR, O. M. Opinião de estudantes universitários sobre sexo oral em relações heterossexuais. *Rev. Bras. Sex. Humana*, n. 2, n. 1, p. 52-68. 1991.
29. SIEGEL, K. et. al. Patters of change in sexual behavior among gay men m New York City. *Arch. de Sex. Behavior*, v. 17, n. 6, p. 481-97, 1987.
30. STALL. R. et. al. Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: the AIDS behavioral research project. *Health Educ. Q.*, v. 13, n. 4. p. 359-71, 1986.
31. TEMA. Radis. AIDS, v. 5, out. 1987. Número especial.
32. VITIELLO. N. Educação sexual. In: *Reprodução e Sexualidade: um manual para educadores*. São Paulo, CEICH. 1994. Cap. 14, p. 203-10.

Errata

Revista Brasileira de Sexualidade Humana, volume 8, nº 1, 1997 –
Matéria: “A educação sexual realizada na família e na escola: opinião de escolares adolescentes”, nº 2, página 142: onde se lê **Feminino 59,0%**, leia-se **7 a 10 anos 64,3%**

GRÁFICO 4: Distribuição dos adolescentes segundo a idade em que obtiveram as primeiras informações sobre sexo.

Nota: 10 casos de não resposta.



Segundo o levantamento realizado as primeiras informações sobre sexo recebidas pelos adolescentes foram principalmente com os amigos da mesma idade 60 (33,7%) seguido da mãe 57 (32,0%) e de professores 33 (18,5%). Tais dados podem ser visualizados na Tabela 2.