

Pedagogias da sexualidade: discursos, práticas e (des)encontros na atenção integral à saúde de adolescentes ^{1 2 3}

Pedagogies of sexuality: discourses, practices and (dis)meetings in integral health care for adolescents

Guimarães, Jamile ⁽ⁱ⁾

Cabral, Cristiane da Silva ⁽ⁱⁱ⁾

⁽ⁱ⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2175-1378>, mile.guimaraes@gmail.com

⁽ⁱⁱ⁾ Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.
cabralcs@usp.br

Resumo

Este estudo etnográfico analisa as ações de educação sexual empreendidas por profissionais de saúde em uma unidade básica de saúde e em uma escola pública de um bairro periférico de São Paulo. As intervenções educativas centravam na responsabilização individual de meninas e na gramática do risco que contextualiza a gravidez na adolescência. A noção da gravidez como fator desestruturante de projetos de vida alinhava-se ao senso comum tradicionalista presente no cotidiano das garotas, refletindo assimetrias de gênero. Todavia, as necessidades de saúde sexual pontuadas por adolescentes trazem temas transversais como a diversidade de gênero e sexualidade, questões de saúde mental e as mudanças vivenciadas no início da adolescência. A educação para a sexualidade integra o processo de construção do sujeito, podendo contribuir com reflexões e experiências que engendrem uma práxis de cuidado de si e do outro.

Palavras-chave: adolescência, gênero, sexualidade, educação sexual.

¹ Editor responsável: Silvio Gallo - <https://orcid.org/0000-0003-2221-5160>

² Normalização, preparação e revisão textual: Maria Thereza Sampaio Lucinio - thesampaio@uol.com.br

³ Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Abstract

This ethnographic study analyzes sex education actions undertaken by health professionals in a primary healthcare center and in a public school in a peripheral neighborhood in São Paulo. Educational interventions focused on the individual responsibility of girls and the risks related to teenage pregnancy. The notion of pregnancy as a disruptive factor in life projects was in line with the traditionalist common sense present in girls' daily lives, reflecting gender asymmetries. However, the sexual health needs reported by adolescents involve comprehensive subjects such as gender diversity and sexuality, mental health issues and changes experienced in early adolescence. Sexuality education is part of the process of construction of the individual and can contribute reflections and experiences that engender a practice of care for self and others.

Keywords: *adolescence, gender, sexuality, sex education*

Introdução

A política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens conferiu relevo à integralidade da assistência e ao trabalho intersetorial e interdisciplinar de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde⁴ (Brasil, 2010a). Nessa esteira, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), que propõe articular as equipes de saúde da família e a comunidade escolar da rede básica pública para a formação integral de crianças e adolescentes. O entendimento da escola como ambiente impulsor de práticas promotoras de saúde é estratégico, dada a baixa frequência de adolescentes nos serviços de saúde (Brasil, 2010b; Conceição & Costa, 2017). Assim, o serviço de saúde torna-se também uma instância de socialização, à qual são atribuídas determinadas ações de educação em saúde.

Estão inseridas neste âmbito as ações destinadas a promover a “educação sexual” de adolescentes, reconhecendo que a atenção primária precisa integrar o processo de aprendizagem das normas sociais de sexualidade e de modelos de conduta generificados por meninas e meninos. As ações de educação em saúde costumam focalizar determinados comportamentos sexuais por meio da abordagem de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), contracepção e planejamento reprodutivo (Brasil, 2010b; Brasil, 2013). No papel de agentes socializadores,

⁴ Essa política apresenta como prioridades três eixos de ação: crescimento e desenvolvimento saudáveis; assistência integral à saúde sexual e saúde reprodutiva; redução da morbimortalidade por violências e acidentes. Os projetos atendem a variadas especialidades, como sexualidade, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde bucal, controle de vacinação, alimentação saudável para o combate à obesidade, saúde auditiva, saúde ocular, verminose e tracoma.

as(os) profissionais de saúde também operam no reconhecimento e legitimação de identidades sexuais e de gênero para adolescentes, ao empreenderem tecnologias de governo (Louro, 2018).

A sexualidade é movimento, e o erotismo, uma prática subjetiva que se articula aos outros aspectos da vida dos sujeitos. Novas formas de relacionamento e de estilo de vida incidem nos modos de viver e de produzir identidades sexuais e de gênero (Louro, 2018). Em consonância com essas questões, cabe à educação para a sexualidade abordar a cultura como “algo problemático” – contestável e contraditória – e que estabelece processos de regulação e exclusão como condição para a produção e reconhecimento de seus membros. A imersão problematizadora na dinâmica das relações culturais realiza-se nos questionamentos aos discursos hegemônicos sobre sexo e sobre a forma cultural apropriada para a sexualidade. Tal processo é basilar para se discutirem as “vicissitudes do saber, do poder e do prazer”, tecidas no momento histórico e nas próprias relações das pessoas (Britzman, 2018).

Neste artigo, analisamos a(s) pedagogia(s) da sexualidade posta(s) em curso no encontro facultado às(aos) profissionais de saúde e de educação através da política pública do PSE (Brasil, 2010b). Tomamos como substrato empírico um estudo etnográfico conduzido na periferia da cidade de São Paulo junto a profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), educadores de uma escola de ensino Fundamental II e adolescentes com idade entre 11 e 16 anos. Problematizam-se as intervenções educativas promovidas e o distanciamento destas em relação a uma perspectiva mais abrangente do conjunto de relações implicadas no processo de aprendizado da sexualidade e de construção de si e que são incrementadas nesse período da vida. Argumenta-se, por fim, sobre a necessária abordagem de educação para a sexualidade, centrada, sobretudo, na interação com adolescentes, por entendermos que tal perspectiva propiciaria não apenas questionamentos/reflexões sobre determinados valores, hierarquias, produção de diferenças e desigualdades na sociedade, mas permitiria um tratamento mais positivo da sexualidade adolescente por parte de todos os agentes envolvidos (sejam as/os responsáveis, as/os profissionais de saúde e educação, e as/os próprias/os jovens) (Cabral & Heilborn, 2010; Schalet, 2011; Britzman, 2018). Ademais, colocar no cerne do debate o direito ao exercício seguro e saudável da sexualidade implica tratar a sexualidade adolescente como legítima e integrante do processo de formação para a vida, o que pode contribuir sobremaneira para a construção de experiências que engendrem uma *práxis* de cuidado de si e do outro (Freire, 2011; Guimarães & Lima, 2012).

Aspectos metodológicos

Este artigo resulta de um recorte temático de um estudo etnográfico mais amplo sobre processos de transição da infância para a adolescência. O trabalho de campo privilegiou acompanhar as ações de educação sexual realizadas por profissionais de saúde em dois cenários: entre novembro de 2018 e junho de 2019, a pesquisa se desenvolveu numa UBS localizada em um bairro da zona leste da cidade de São Paulo e, entre agosto e dezembro de 2019, teve como contexto uma escola estadual de ensino fundamental II (6º a 9º ano), que integrava sua área de atendimento.

Na época da investigação, a escola tinha 579 alunas(os) matriculadas(os) no ensino fundamental II, divididas(os) nos turnos matutino e vespertino. Os sujeitos integravam a faixa etária de 11 a 16 anos. Os espaços de observação foram as salas de aula, o pátio, o ginásio poliesportivo, os corredores e a sala dos professores. Além das conversações etnográficas, foram feitas entrevistas com 56 estudantes, 3 professoras, 1 inspetora e o coordenador pedagógico. Em perspectiva interseccional, privilegiaram-se os adolescentes com diferenças de gênero, cor/raça, sexualidade, religião e classe. Isto propiciou refletir sobre os vários processos e hierarquias sociais que englobam e constituem identidades de gênero e sexuais. Essas interlocuções permitiram discutir amplamente o tema da sexualidade, enfocando questões relacionadas às mudanças vivenciadas na entrada na adolescência; experiências de primeira vez (beijo, namoro, relação sexual); percepções sobre feminilidade e masculinidade; socialização de gênero e educação sexual na família, entre pares e na escola; informações sobre métodos preventivos e contraceptivos.

Na UBS, a observação centrou-se no atendimento a adolescentes (moças) e ocorreu nos seguintes espaços: recepção, área de espera, reuniões dos grupos de “planejamento familiar” (termo êmico) e de gestantes, consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares de uma equipe de saúde da família. Foram entrevistadas 1 médica, 2 enfermeiras, 1 assistente social e 3 agentes comunitárias de saúde. As conversas e entrevistas semiestruturadas objetivaram compreender a abordagem de cuidado com adolescentes, as singularidades de suas necessidades de saúde e as formas de resposta que o serviço oferta. Todavia, a assiduidade adolescente restringia-se a testes de gravidez e à assistência pré-natal. O acompanhamento de visitas domiciliares não se mostrou relevante para além das palestras sobre educação sexual na escola,

em cujas interlocuções ficou realçada a conduta profissional de instrução de normas e valores relacionadas ao gênero e sexualidade.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (número CAEE 10382018.7.0000.5421). Nomes fictícios são usados no texto, quando necessário, para manutenção de anonimato dos(as) participantes.

“Você quer desperdiçar sua vida?”: moralidades presentes no atendimento às adolescentes na UBS

Além do ambiente escolar, as ações educativas envolvem procedimentos sustentados em tecnologias de processo, que têm potencial para promover saúde sexual e reprodutiva nas UBS. São assim definidos teste de gravidez, exame de Papanicolau, atendimentos da enfermagem às mulheres, planejamento reprodutivo e pré-natal, grupos educativos, visitas domiciliares e palestras em escolas ou comunidade (Brasil, 2013). Essa conversa educativa pode assumir uma perspectiva mais emancipatória fundamentada na compreensão do sujeito, de seus relacionamentos e circunstâncias que delineiam sua vida afetivo-sexual. Acompanhado da oferta de insumos, o diálogo sobre prevenção visa a sensibilizar e mobilizar as pessoas. É um passo na construção da autonomia dos sujeitos, na medida em que estes decodificam, conjuntamente, dificuldades e possibilidades cotidianas de promoverem sua saúde sexual (Bellenzani, Santos, & Paiva, 2012).

A parca comparência de adolescentes na UBS costumava ser motivada por testes de gravidez e de HIV, momento em que eram oferecidas algumas orientações educativas. Estas assumiam a forma de “conselhos”, evocando nas garotas um sentido de responsabilidade para que não se pusessem mais em “risco”. Citamos aqui dois casos emblemáticos observados no setor de “acolhimento” do serviço. No primeiro, Daniela, de 12 anos, já “namorava”; a mãe “sabia mais ou menos”, porque “desconfiava”. A precocidade da prática sexual constituía uma “irracionalidade” incontornável: após a menina sair do consultório, a auxiliar de enfermagem comentou: “já tendo relação tão nova, é questão de tempo. Daqui a pouco aparece grávida”. Apesar da idade da utente, aquele atendimento deveria gerar o encaminhamento da garota ao

acolhimento com uma enfermeira e, sucessivamente, para o curso de “planejamento familiar” oferecido pela unidade, como requisito para obter (e aprender sobre) métodos contraceptivos.

Na segunda ocorrência selecionada, em atendimento feito a uma moça de 15 anos, a enfermeira indicou o uso da injeção trimestral acompanhado da camisinha e assinalou: “não pode descuidar, tem que ter mais responsabilidade com você, é a sua vida! Você quer desperdiçar, jogar fora sua vida?”. A moça permaneceu calada, ouvindo com aparente acanhamento aquelas “orientações”. Nos encaminhamentos pós-teste de gravidez e no grupo de planejamento reprodutivo (constituído por três seções), a intervenção educativa direcionava-se à prescrição do “autocontrole dos desejos” através da abstinência sexual ou do adiamento da primeira relação. Todavia, a explanação sobre métodos contraceptivos não informava as principais vantagens, contraindicações e limitações, sendo permeada por aconselhamentos em tom acusatório como “injeção é mais prática para quem fica se esquecendo de tomar pílula” ou “não pode ser descansada, achar que nada vai acontecer com vocês. Vocês são especiais, né? Têm imunidade (sorrindo)”. Em uma das edições do grupo de planejamento reprodutivo, a participação de três adolescentes motivou algumas explicações específicas. A enfermeira exibiu *slides* que enunciavam as benesses do namoro com imagens de casais romanticamente beijando-se, abraçados, de mãos dadas. A música que os acompanhava era “Amor e Sexo”, interpretada por Rita Lee. Esta canção sintetiza a natureza do amor, relacionando-o a algo sério e responsável, difícil de encontrar e manter e que demanda, portanto, um comportamento autogovernado, atento às regras sociais, enquanto o sexo é simbolizado por contingências e descontrolo.

A menina ‘ser romântica’ constitui uma maneira preambular de contenção do desejo sexual. Esse adjetivo/atributo carrega a responsabilidade de esperar/reconhecer o momento e o parceiro ideais para sua primeira relação sexual. A crítica à prática do sexo por motivação hedonista costuma ser mais intensa entre as garotas, inclusive, reproduzindo ideias preconceituosas, sexistas, que as inferiorizam (Vidal & Ribeiro, 2008; Medeiros et al., 2016). Ainda que a virgindade não fosse valorizada no contexto estudado, suas repercussões morais permanecem em voga no ideário do relacionamento amoroso juvenil (Heilborn et al., 2006). Grande parte das garotas manifestou um medo que conduzia à tentativa de repressão do próprio desejo de relacionar-se sexualmente: “eu tenho muita vontade, quero muito, fico pensando o tempo todo, mas não é certo, é pecado” (Mila, 15 anos); “tenho namorado, mas tenho medo de dá e ele me largar depois” (Pilar, 15 anos); “tentei, mas não consegui porque fiquei com aquele

pensamento ruim... Imagina eu fazer isso agora e mais tarde, mais pra frente, eu não poder conquistar outro garoto porque eu já não sou virgem mais” (Isabela, 16 anos).

Mesmo as adolescentes que mencionavam o prazer, confrontavam-se com a noção do sexo como “errado”, “pecado”, mostrando ambivalência entre o que sentem e o que pensam ser correto em relação à prática sexual. A experimentação de desejos como ameaçadores é um dilema para a “boa menina”, um estereótipo que esmaece a posição das adolescentes como sujeitos sexuais, direcionando a um aprendizado de gênero mediado pela percepção de si mesmas através da perspectiva dos garotos (Tolman, 2005).

A gravidez “indesejada” era tema recorrente. As reuniões do grupo de planejamento reprodutivo eram vistas pelas profissionais como “uma oportunidade de aprender a conduzir e controlar o comportamento, não só no plano sexual... formar essa capacidade é fundamental”. A ênfase no discurso da gravidez na adolescência como fator de desestruturação da vida objetivava estabelecer uma posição racional e de autocontrole necessária para as meninas. A internalização de riscos seria edificante para mudanças comportamentais:

[...] uma gravidez compromete a vida de vocês. O filho na adolescência representa muita coisa ruim. Quando a criança nasce todos ficam contentes, tem muita visita, mas os amigos vão deixando de ter uma vida em comum porque a mãe tem que cuidar do filho, não pode passear... Além disso, na maioria das vezes, os adolescentes que se tornam pais largam os estudos. E sem estudo não se é NA-DA ... Se é difícil conseguir um emprego, uma boa faculdade, estudando, imagina então... (enfermeira)

A dificuldade de falar sobre sexo e a tendência a julgar o comportamento sexual de adolescentes na cena do atendimento em saúde constituem importantes barreiras de acesso de jovens aos serviços e entraves para a própria promoção da saúde (Conceição & Costa, 2017; Silva & Borba, 2018). Tecer comentários/orientações moralistas acerca do comportamento feminino impede um efetivo acolhimento do(a) jovem ao serviço de saúde, por exemplo. A falta de um diálogo compreensivo acerca das condições do relacionamento vivido pela garota, do método adotado (ou não) e de como, efetivamente, é usado, refreia informações sobre alternativas mais eficazes para seu estilo de vida, que culminem em um plano de contracepção apropriado (Bellenzani, Santos, & Paiva, 2012; Brasil, 2013). Estudos têm mostrado que a promoção da abstinência sexual e o medo dos riscos da atividade sexual resultam em estratégias pouco eficientes diante da gravidez na adolescência, ao passo que o apoio educativo para a

sexualidade de meninas reflete em experiências sexuais mais ativas, seguras e prazerosas (Schalet, 2011; Magalhães & Ribeiro, 2014).

A visita domiciliar – que seria um recurso de acolhimento com escuta atenta às(aos) adolescentes e uma oportunidade singular de prestar informação e encaminhamento adequados – era direcionada aos denominados grupos prioritários (Oliveira, Carvalho, & Silva, 2008) e, geralmente, ocorria em horário escolar. A abordagem ao adolescente restringia-se às visitas a mães e bebês recém-nascidos, e as devolutivas limitavam-se a solicitações de exames ou procedimentos curativos feitos por mães adultas para seus filhos. O “grupo de adolescentes” da unidade era regularmente descontinuado, ficando dependente do preenchimento da vaga de psicólogo(a) e da iniciativa deste(a) de reativá-lo e de trabalhar para “cultivar” participantes. Em 1 ano de observação no bairro, ficou patente a interdependência entre o espaçamento das reuniões e a falta de participantes.

No que diz respeito às condições estruturais, salientam-se a insuficiência de recursos humanos, a sobrecarga de trabalho e a exigência de serviços burocráticos (que se multiplicam com a elevada quantidade de programas em vigência), que condicionam a priorização da demanda curativo-assistencial à “urgência de atendimentos às grávidas, crianças pequenas e velhos” (Oliveira, Carvalho, & Silva, 2008; Farias et al., 2016; Chiari et al., 2018).

A implantação de uma linha de cuidados para adolescente(s) alicerçada na educação em saúde tem encontrado outros obstáculos. A realização de práticas intersetoriais envolvendo a educação e a saúde ainda é um desafio a ser superado e, assim como a escassa articulação entre trabalhadores “da ponta do sistema” e gestão (nas várias esferas governamentais), resulta na desconexão entre a adesão formal e as atividades executadas de programas voltados à adolescência/juventude. Essa organização hierárquica com pouco fluxo comunicacional afeta ainda o conhecimento sobre os programas e seus objetivos, influenciando a implementação de práticas educativas (Farias et al., 2016; Sousa, Esperidião, & Medina, 2017; Chiari et al., 2018).

O (des)encontro na escola e a reificação da heteronormatividade

Apesar da variedade de ações inscritas no PSE, as visitas das equipes de saúde da família às escolas se circunscreviam às campanhas de vacinação e, quando solicitadas, a palestras sobre “sexualidade na adolescência”. Foram observados quatro destes encontros.

No primeiro, uma enfermeira e três agentes comunitárias foram recepcionadas pelo coordenador da escola. A “gravidez precoce” foi apresentada como um dos problemas enfrentados pela unidade de ensino. Ele definiu os discentes como “grupo de risco”, “especialmente os do 9º ano [entre 14 e 16 anos]” e, para exemplificar, recorreu ao caso de uma “menina de 13 anos que teve um filho com outro estudante, de 15”. Na conversa, a enfermeira então citou uma garota que ela atendera, a propósito de um teste de gravidez cujo resultado foi negativo. Ela tinha 12 anos e queria engravidar. Tanto os profissionais da escola quanto os da UBS julgavam ser inconcebível que “pessoas tão jovens” desejassem deliberadamente ter filhos. O coordenador considerava que “ter várias dessas palestras são uma necessidade para tentar resolver esses problemas”.

Nas palestras proferidas, sobressaiu o discurso normativo da “vida desperdiçada”, “acabada” a partir da gravidez na adolescência. Essa representação corrente associa-se às expectativas sociais da juventude como período voltado à formação profissional e aos aprendizados sociais, que culminam na “maturidade” pessoal e na inadequação temporal do evento reprodutivo na trajetória juvenil (Heilborn et al., 2006; Medeiros et al., 2016; Santos, Guimarães, & Gama, 2016).

A presença de mães estudantes na escola indicava alterações ocasionadas pela maternidade (ainda que em distintos graus e atenuadas com o auxílio de suas progenitoras) (Heilborn et al., 2006; Santos, Guimarães, & Gama, 2016). A experiência de retomada dos estudos era errática, marcada por “muita dificuldade”, absenteísmo e baixo desempenho acadêmico. Elas afirmavam não querer um segundo filho, porque “dá muito trabalho, não imaginava...” (Amanda, 15 anos).

Esse cenário sociocultural assinalava o entendimento empírico – consensual entre as(os) jovens – de que ter um filho na adolescência é “muita responsabilidade”, “vai te breçar”, “não vai poder estudar”. Igualmente, revelava certa conformidade com a reprodução da assimetria de gênero nas responsabilidades de cuidado com os filhos e as restrições enfrentadas pelas mães adolescentes. Como disse Sofia (15 anos, sem filhos): “sua mãe pode olhar pra você sair, mas é aquilo: você não tem um trabalho, é de menor, é muito difícil [...] você vai ter que ficar 24 hora com seu filho até ele ficar com 1 ano. Não vai conseguir terminar a escola, não vai ter um futuro, não vai ter uma vida estável. Cê vai segurando a vida”.

O discurso dos profissionais sobre gravidez na adolescência tão somente retroalimentava o senso comum tradicionalista que persistia no cotidiano dessas jovens, não contribuindo para desenvolver reflexões, ideias e experimentações que engendrassem uma *práxis* de cuidado de si:

Conforme vai passando a idade, vocês querem fazer o quê? [respostas: sexo, sexo!] As meninas querem namorar, os meninos muitas vezes querem sexo. A diferença é essa. [...] A primeira relação sexual precisa ser no seu tempo. Quando você estiver preparada pra isso. Não é porque você namora que você é obrigada a ter relações. [...] É no seu tempo... porque você engravida, você acha que o pai da criança vai ficar com você? Às vezes fica, mas é raro. Ele fica 1 ano, no ano seguinte ele tá com outra. Por quê? Porque a outra não tem filho. A outra vai pra baladinha, e você não vai. [...] hoje em dia, as meninas estão mais saídas do que os meninos [muito alvoroço na turma de meninas]. Alguém vê menino com bebê no colo pra cima e pra baixo? Não. [...] E eu atendo muita gente grávida sem os pais. Então não se iludam. Eles não vão ficar com você porque teve um filho com você. Não se iludam. Pensem, filho é pra sempre, relacionamento acaba. E o pior, se além de uma gravidez, eu pegasse uma DST [doença sexualmente transmissível]? E aí, como seria? Além de grávida com HIV. Putz, lascou, hein? Acabou o mundo (2ª palestra, público misto de discentes).

A responsabilidade dos rapazes na prática do sexo seguro era posta à margem de qualquer reflexão em tais encontros. Ao fim das duas seções de palestra mista, por decisão da direção da escola e da profissional de saúde, os garotos retornaram às salas de aula para que as meninas pudessem fazer questionamentos. A justificativa apresentada foi a de que “elas ficam envergonhadas”. As meninas perguntaram sobre pílula, “chip contraceptivo” e camisinha feminina; não houve indagações sobre IST.

Ainda que, em geral, as palestras focassem as meninas, havia uma diferença nos *slides* que lhes eram apresentados em exclusivo. A iniciação sexual precoce foi tematizada pelo viés do aborto, com imagens incômodas de fetos que pareciam bebês minúsculos. A enfermeira não pronunciou a palavra aborto nem discutiu questões relacionadas a essa possibilidade, mas a explanação direcionada à responsabilização das meninas pela gestação culminava no risco de “eliminar um ser humano”. A exposição findava com *slides*, que traziam questionamentos repetidos: “o que você quer da sua vida?”, “é isso que você quer da sua vida?”, “o que você busca da vida?”, “o que você deseja ser quando crescer?”, “quais são os seus planos?”. Ao fundo imagens de jovens felizes, em viagens ou aventuras como pular de um penhasco para o mar.

Esse direcionamento moral torna-se especialmente relevante quando levamos em conta a ênfase da apresentação da camisinha masculina como contraceptivo e preservativo ideal para jovens (Bellenzani, Santos, & Paiva, 2012; Vieira et al., 2014; Conceição & Costa, 2017). A

camisinha masculina é “de fácil acesso, é só chegar e pegar [na UBS]”, disse a enfermeira. De fato, um dispensador de preservativo ficava em um cesto preso na parede da rampa de acesso aos consultórios e área de espera (corredores), um lugar mais “camuflado”, onde as pessoas estão em trânsito. Já o preservativo feminino era disponibilizado na farmácia mediante solicitação à funcionária do setor. Quando recordamos que algumas das meninas tinham ideias e sentimentos contraditórios em relação ao “desejo de fazer sexo”, as barreiras para o acesso a possíveis contraceptivos tornam-se mais um empecilho (Brandão, 2009).

Embora tenha anunciado que faria a demonstração da colocação correta de ambos os preservativos, a enfermeira terminou por “esquecer” de mostrar como introduzir a camisinha feminina nas palestras mistas. Ao exibir um exemplar, ela afirmou: “É diferente da dos meninos”, ao que uma estudante perguntou:

Qual é mais segura? [Enfermeira disse:] A das meninas é mais segura, porque essa não rasga, não estoura. Diferente da dos meninos, que se ele [o parceiro] não tirar o ar, estoura, rasga e sai. A maioria dos meninos não sabe usar preservativo. Então, prefiram essa. Se forem usar a outra [camisinha masculina], porque é mais fácil, que você coloque nele.

Além da defesa sobre maior eficácia, a enfermeira comentou um aspecto que poderia impactar positivamente na adesão: a camisinha feminina seria “mais confortável pro pênis, ela não aperta porque é mais larga. Ela vai se adaptando na vagina”. O instrumento considerado mais seguro seria também apropriado para não gerar “quebras de clima”, já que pode ser introduzido antes do início da relação sexual. Como havia em menor quantidade, ela decidiu não distribuir camisinhas femininas, apenas masculinas. Tal opção retirou a possibilidade de meninas e meninos experimentarem um tipo de preservativo menos conhecido e de acesso mais escasso. E, ainda que o preservativo feminino possa inspirar uma noção de maior liberdade e poder de decisão para meninas, esse tipo de abordagem foi deveras tímido.

A adesão a medidas preventivas e contraceptivas passa pela inclusão da ideia de negociação sexual entre os parceiros (Barbosa, 1999). O peso da reputação sexual continua a restringir a construção de uma sexualidade ativa pelas meninas, já que permanece significada como “depravação” (Guimarães & Cabral, 2019). A ausência de um discurso social sobre o prazer e sobre a agência de garotas nas decisões e relações sexuais incide nos contextos de relacionamento (Schalet, 2011). As práticas sexuais entre jovens também representam uma face dinâmica da relação de poder e do simbolismo assimétrico entre os padrões tradicionais de

masculinidade e feminilidade (Nogueira, Saavedra, & Costa, 2008). O questionamento das relações sociais de poder aporta à desassociação das mulheres com moralidades e práticas que produzem passividade e submissão nos relacionamentos e encontros sexuais. A comunicação e a negociação entre parceiros requerem o deslocamento das expectativas sociais em relação ao masculino, em prol da percepção da responsabilidade conjunta. Se, por um lado, a negociação tem como lastro o empoderamento feminino (Barbosa, 1999), por outro, depende de que esse processo de conquista da autonomia seja cingido por um movimento de (auto)cuidado, em que ambos os sujeitos sexuais constituam-se capazes de arbitrar e conduzir o próprio corpo para uma relação saudável consigo mesmo e com o outro (Guimarães & Lima, 2012).

A longa explanação da enfermeira sobre métodos contraceptivos excluía totalmente o protagonismo masculino da cena contraceptiva-preventiva:

Às vezes fica com vergonha do namorado, com vergonha de quem a gente tá se relacionando, pensando 'ah, o que ele vai achar de mim?'. Não queiram ficar com vergonha ou achar que ele não tem nada. Porque você não sabe com quem ele já saiu, como foi na infância dele, se ele teve alguma doença, se ele já teve algum outro tipo de relacionamento, e ele passa pra você. A gente teve um caso de uma adolescente de 15 anos que contraiu o vírus HIV na primeira relação sexual dela. Em menos de 1 ano ela morreu. Mas porque que ela morreu, por conta da doença? Também. Mas ela morreu porque ela ficou deprimida. Ela ficou com tanta depressão porque era o primeiro namorado dela com quem ela teve relação. Ela não aguentou. Então não queiram passar isso, há chance de vocês se prevenirem. Além do preservativo, usem o anticoncepcional. Tem injeção na unidade. Tem injeção para você tomar a cada 3 meses ou o comprimido (conteúdo registrado na 2ª palestra mista).

A falta de profundidade dessas ações educativas vem ao encontro do não reconhecimento da sexualidade adolescente e da reificação de determinados estereótipos de gênero. O alheamento dos(as) profissionais de saúde limita a eficácia de práticas educativas para a sexualidade e construção da autonomia juvenil. A prática do sexo seguro resulta de um investimento educativo que confira tangibilidade e sentido à informação (Guimarães & Lima, 2012). As conversações sobre sexualidade que logravam maior engajamento dos(as) adolescentes referiam-se às dúvidas originadas em experiências ou situações relacionadas ao ato sexual: “Na primeira vez da menina ela já pode engravidar?”; “O que acontece quando a mulher tá menstruada e o homem goza lá dentro?”; “Uns dias antes da menina menstruar, ela corre perigo de engravidar mais fácil?”; “Tem problema se na hora do sexo ejacular na entrada da vagina?”; “A mulher mesmo tomando remédio, ela pode fazer sexo sem camisinha?”; “Tem como engravidar se deixar de tomar um dia o anticoncepcional?”.

É digno de nota o completo silêncio sobre qualquer vivência da sexualidade que escape dos marcos heterossexualidade em tais encontros de “educação sexual”. Não se abordam os processos de subjetivação e de construção da identidade, tampouco em suas intersecções com gênero, sexualidade, contexto de vida, raça/cor, dentre outros. Todavia, em contexto fora dos “encontros educativos”, as(os) estudantes trouxeram narrativas de sofrimento psíquico originado nas dúvidas sobre sentimentos e desejos sexuais e no próprio processo em que vão se percebendo “diferentes” dos(as) garotos(as) heterossexuais (Magalhães & Ribeiro, 2014). Alguns(mas) deles(as) ainda padeciam com agressões verbais e/ou físicas de pais que não os(as) aceitavam. O “medo de apanhar” e/ou de ser “expulso(a) de casa” gerava “ansiedade”, “raiva”, “depressão”, “vontade de se matar”, “de se cortar”. O cuidado com a saúde mental desse grupo passa pela tematização do discurso da heteronormatividade, de suas primeiras experiências sexuais e do *bullying* homofóbico:

Eu sofro muito com isso [ser gay]. Têm dias que dá vontade de não levantar da cama, tem dia que dá vontade não fazer nada, só ficar dentro do quarto escuro. [...] Agora eu já me aceitei, mas tinha um tempo que eu não falava [se algum colega perguntasse]. Eu fugia muito da minha sexualidade, das pessoas. Eu ainda fujo de algumas pessoas porque é motivo pra virar chacota [...]. Eu tenho que sentir atração por meninas porque o contrário é algo errado, totalmente abominável, eu sou um monstro pra sociedade. A aceitação da sociedade é muito complicada (Miguel, 15 anos).

A pluralidade de maneiras de fazer-se mulher ou homem aponta para novas perspectivas de prazeres e desejos, formas de relacionamento e estilo de vida (Louro, 2018). Mas há um forte conjunto de convenções e saberes sociais que ensinam modos de ser e disseminam normalizações e padronizações de sujeitos e comportamentos. Ao mesmo tempo, eles produzem um certo lapso referencial para aqueles(as) que escapam às normatizações hegemônicas, o que traz desorientações, sofrimentos, experiências de agressão e discriminação, nas relações com os pares e com os adultos (Magalhães & Ribeiro, 2014; Silva & Borba, 2018). Adolescentes que se identificavam como bissexuais revelaram se sentirem confusos(as) com seus sentimentos “indefinidos” por ambos os sexos; com 14 e 15 anos, não concebiam “poder levar uma vida” em relações sexualizadas mais flexíveis. Da mesma forma, aqueles(as) que expressavam uma não binariedade narravam a sensação de instabilidade vivida em suas experimentações que “vai misturando, gostando de coisa de homem e de mulher e não sabe onde vai parar”. Daí eles(as) pautarem a confrontação de crenças familiares, especialmente

religiosas, que consideravam “preconceituosas”, “hipócritas” e divergentes da realidade contemporânea. A tensão na relação com os pais é sintetizada nesse trecho de entrevista:

Agustina (14 anos): [...] conforme a gente vai mudando nosso pensamento a gente vai mudando nosso comportamento e isso vai gerando coisas totalmente diferente no nosso centro familiar.

Frederico (14 anos): E muitas vezes os pais não entendem nossas nuances, então eles acabam muitas vezes se afastando um pouco, sendo mais rude.

Agustina: Eles não têm uma mente muito aberta pra nos entender... pra parar um tempo e tentar entrar um pouco na nossa cabeça, tentar nos entender de uma forma que possa nos ajudar e ajudar eles mesmos.

Algumas considerações sobre a educação para a sexualidade

Tal como está inscrito no PSE, as ações educativas precisariam integrar serviços de saúde, pais/responsáveis e a comunidade escolar. Todavia, que tipo de pedagogia da sexualidade é promovida por estas instâncias? Há claramente demandas e necessidades distintas de agentes destas instituições (família, profissionais da saúde e da educação) e dos(as) adolescentes. Assim, em que medida é possível haver uma problematização que suscite a ressignificação de moralidades, expectativas comportamentais para os(as) adolescentes e de práticas de controle e cerceamento às variadas expressões de sexualidade em tais espaços?

Uma iniciativa de apoio/preparação para a sexualidade passa necessariamente pelo desenvolvimento da capacidade de diálogo dos(as) profissionais da saúde e da educação com o saber prático das pessoas e grupos, oferecendo elementos que possam fazer sentido em seu universo cultural e em seus projetos de vida (Lopes et al., 2011; Silva & Borba, 2018; Silva, 2019). Experiências de adolecer foram significadas a partir de uma diferenciação generificada, que reproduz narrativas hegemônicas de naturalidade do binário de gênero e discursos ideológicos sobre como certas práticas e posições seriam inerentes aos homens ou às mulheres. Por exemplo, se para os rapazes a puberdade é um marco do tornar-se homem e advento da fruição juvenil, para as garotas ela traz um corpo frágil e limitante, essencializado por efeitos da menstruação e da TPM (Tensão Pré-Menstrual). Comumente, práticas educativas (na escola, família, serviço de saúde) tomam diferenças sexuais baseadas no organismo biológico (hormônios, fisiologias masculina e feminina, etc.) para referenciar/justificar diferenças sociais

produzidas no corpo, tais como variações de habilidades, padrões cognitivos e de sexualidade(s) (Fausto-Sterling, 2020). Dessa interpretação emergem categorizações que infundem predicados normativos e comportamentos morais usados para contrastar grupos de pessoas e moldar um certo ideário de gênero (Evaldsson, 2005). Esta discussão é particularmente importante, pois é no início da adolescência que as trajetórias de meninas e meninos começam a divergir mais fortemente em termos de independência, mobilidade, escolaridade e responsabilidades domésticas (Ribeiro, 2006; Mmari et al., 2018).

Na transição de idade, ritos de passagem, experiências de primeira vez (beijo, namoro, relação sexual) e modificações de *status* suscitam transformações de subjetividades (Bozon, 1997; Heilborn et al., 2006; Moreau et al., 2019). Trata-se do aprendizado de determinados códigos culturais orientadores de padrões e de condutas para constituir-se como mulher ou homem. Nessa esteira, o rápido desenvolvimento corporal e as primeiras experimentações afetivo-sexuais podem trazer questões de saúde mental relacionadas à “baixa-estima”, automutilação e “depressão” para aqueles(as) que não correspondem ao padrão de atratividade heterossexual (especialmente referido por meninas negras).

A diversidade de gênero é uma questão social norteadada pelo aprendizado prático de conceitos de igualdade e direitos humanos (Braga et al., 2018; Renold, 2018). Trabalhar o direito à saúde em interface com os direitos humanos requer introduzir novos valores, avançar em direção à demarcação do respeito às diferenças. O foco no gênero como construção social transmuta-se no gênero como identidade, estereótipos e expectativas, cultura popular, formas de violência(s)... Há de se sublinhar que a educação em sexualidade integra o processo de formação para a vida mediante a promoção de aprendizagens que possibilitem ao(à) jovem tomar consciência de si próprio(a) e do meio envolvente. Favorece, portanto, o desenvolvimento do/a adolescente como alguém que pensa, sente e possui agência.

Faz-se, portanto, urgente o desenvolvimento de políticas públicas e ações de, para e com os(as) jovens baseadas na perspectiva da educação para a sexualidade, a qual abrange a reflexão acurada sobre direitos sexuais, sobre as responsabilidades atinentes, bem como sobre os processos de diferenciação e de estigmatização assentes em hierarquias sociais, raciais, sexuais, geracionais, regionais, etc. Em outras palavras, ações e iniciativas de educação para a sexualidade precisam promover espaços seguros e redes de apoio que ascendam à não conformidade e à abertura de gênero. Isso implica explorar os fundamentos não apenas da divergência de

concepções, práticas e valores entre gerações, mas também da própria representação da juventude como fase de preparação para o futuro a ser conduzida por adultos ou instituições a partir de *normas e regras preestabelecidas* (Pais, 2003).

Referências

- Barbosa, R. M. (1999). Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In R. M. Barbosa, & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: Direitos, identidades e poder* (pp. 73-88). Editora 34.
- Bellenzani, R., Santos, A., & Paiva, V. (2012). Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade, 21*(3), 637-650.
- Bozon, M. (1997). Des rites de passage aux “premières fois”, socio-ethnologie de la jeunesse en France. In A. M. Desdouits, & L. Turgeon (Eds.), *Ethnologues francophones de l'Amérique et d'ailleurs* (pp. 187-196). Presses de l'Université Laval.
- Bragg, S., Renold, E., Ringrose, J., & Jackson, C. (2018). “More than boy, girl, male, female”: exploring young people’s views on gender diversity within and beyond school contexts. *Sex Education, 18*(4), 420-434.
- Brandão, E. (2009). Desafios da contracepção juvenil: Interseções entre gênero, sexualidade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(4), 1063-1071.
- Brasil (2013). *Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens*. Caderno de atenção básica, n. 26. Ministério da Saúde.
- Brasil (2010a). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2010b). *Programa Saúde na Escola (PSE)*. Ministério da Saúde.
- Britzman, D. (2010). Curiosidade, sexualidade e currículo. In G. Louro (Org.), *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (pp. 83-112). Autêntica.

- Cabral, C., & Heilborn, M. L. (2010). Avaliação das políticas públicas sobre educação sexual e juventude: da Conferência do Cairo aos dias atuais. In UNFPA Brasil, *Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Rumos para Cairo + 20* (p. 101-128). Cidade Gráfica.
- Chiari, A. P., Ferreira, R., Akerman, M., Amaral, J. H., Machado, K., & Senna, M. I. (2018). Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: Sujeitos, percepções e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), e00104217.
- Conceição, P. O., & Costa, L. T. (2017). Práticas de enfermeiros para prevenção do HIV/AIDS na adolescência: Análise representacional. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(12), 4805-4816.
- Evaldsson, A. C. (2005). Staging insults and mobilizing categorizations in a multiethnic peer group. *Discourse & Society*, 16(6), 763-786.
- Farias, I. C., Franco de Sá, R. M., Figueiredo, N., & Menezes Filho, A. (2016). Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(2), 261-267.
- Fausto-Sterling, A. (2020). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books.
- Guimarães, J., & Cabral, C. (2019). Bullying entre meninas: Tramas relacionais da construção de identidades de gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 49(171), 160-179.
- Guimarães, J., & Lima, I. M. (2012). Educação para a Saúde: Discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 895-908.
- Freire, P. (2011). *Extensão ou Comunicação?* Paz e Terra.
- Heilborn, M. L., Aquino, E. M., Bozon, M., & Knauth, D. (Orgs.). (2006). *O aprendizado da sexualidade: Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Garamond/Fiocruz.
- Lopes, R. E., Borba, P. L., Trajber, N. K., Silva, C. R., & Cuel, B. T. (2011). Oficinas de atividades com jovens da escola pública: Tecnologias sociais entre educação e terapia ocupacional. *Interface (Botucatu)*, 15(36), 277-288.
- Louro, G. (2018). Pedagogias da Sexualidade. In G. Louro (Org.), *O corpo educado: Pedagogias da sexualidade* (pp. 07-34). Autêntica.
- Magalhães, J., & Ribeiro, P. R. (Orgs.). (2014). *Educação para a sexualidade*. Ed. da FURG.

- Medeiros, T. F., Santos, S. M., Xavier, A., Gonçalves, R., Mariz, S., & Sousa, F. L. (2016). Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e57350.
- Mmari, K., Moreau, C., Gibbs, S. E., De Meyer, S., Michielsen, K., Kabiru, C., Bello, B., Fatusi, A., Lou, C., Zuo, X., Yu, C., Al-Attar, G., & El-Gibaly, O. (2018). 'Yeah, I've grown; I can't go out anymore': Differences in perceived risks between girls and boys entering adolescence. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 787-798.
- Moreau, C., Li, M., De Meyer, S., Vu Manh, L., Guiella, G., Acharya, R., Bello, B., Maina, B., & Mmari K. (2019). Measuring gender norms about relationships in early adolescence: results from the global early adolescent study. *SSM - Population Health*, 7, 100314.
- Nogueira, C., Saavedra, L., & Costa, C. (2008). (In)Visibilidade do gênero na sexualidade juvenil: Propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-Posições*, 19(2), 59-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-73072008000200006>
- Oliveira, T. C., Carvalho, L., & Silva, M. (2008). O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 306-311.
- Pais, J. M. *Culturas juvenis*. INCM, 2003.
- Ribeiro, J. (2006). Brincadeiras de meninas e de meninos: socialização, sexualidade e gênero entre crianças e a construção social das diferenças. *Cadernos Pagu*, 26, 145-168.
- Renold, E. (2018). 'Feel what I feel': making da(r)ta with teen girls for creative activism on how sexual violence matters. *Journal of Gender Studies*, 27(1), 37-55.
- Santos, N. L., Guimarães, D., & Gama, C. A. (2016). A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. *Revista Psicologia Saúde*, 8(2), 83-96.
- Schalet, A. (2011). *Not under my roof: Parents, teens, and the culture of sex*. University of Chicago Press.
- Silva, C. (2019). *Saúde na escola: Intersetorialidade e promoção da saúde*. Fiocruz.
- Silva, C., & Borba, P. (2018). Encontros com a diferença na formação de profissionais de saúde: Juventudes, sexualidades e gêneros na escola. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1134-1146.

Sousa, M., Esperidião, M., & Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: Avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1781-1790.

Tolman, D. (2005). *Dilemmas of desire: teenage girls talk about sexuality*. Harvard University Press.

Vidal, E., & Ribeiro, P. R. (2008). Algumas reflexões sobre relacionamentos afetivos e relações sexuais na adolescência. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 519-531.

Vieira, R., Gomes, S. H., Machado, M. F., Bezerra, I. M., & Machado, C. A. (2014). Participação de adolescentes na estratégia saúde da família a partir da estrutura teórico metodológica de uma participação habilitadora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 309-316.

Dados da submissão:

Submetido à avaliação em 08 de maio de 2020; revisado em 21 de julho de 2020; aprovado para publicação em 11 de agosto de 2020.

Autor correspondente: *Universidade de São Paulo – USP, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno Infantil, Av. Dr. Arnaldo, 715, 2o. andar, São Paulo, SP, 01246-904, Brasil.*

Contribuições de autoria:

Guimarães, Jamile - *Conceituação (Liderança), Curadoria de dados (Liderança), Análise formal (Liderança), Investigação (Liderança), Escrita - rascunho original (Liderança), Escrita - revisão e edição (Igual)*

Cabral, Cristiane da Silva - *Conceituação (Suporte), Análise formal (Suporte), Escrita - revisão e edição (Igual)*