



Dimensões Sociais da Saúde na Psicologia Clínica

**Adelma Pimentel
Vítor Franco**
(Organizadores)



**Adelma Pimentel
Vitor Franco
(Organizadores)**

Dimensões Sociais da Saúde na Psicologia Clínica





título **dimensões sociais da saúde na psicologia clínica**

coordenadores adelma pimentel | adelmapi@ufpa.br
& vitor franco | vfranco@uevora.pt

capa & projeto gráfico d'arcy albuquerque | darcyalbuquerque.com

revisão edirmelis santos

editora edições aloendro (portugal)

coeditores universidade de Évora (portugal); ufpa (brasil)

impressão gráfica supercores (belém-pará-brasil)

depósito legal 383690/14

isbn 978-989-8408-10-5

ano 2014

Realizado com fomento do CNPQ, SPM, MDA.
Avaliado por pares.

©2014 Direitos dessa edição reservados à
Universidade Federal do Pará – Programa de Pós-graduação em psicologia e ao CNPq
Tv. Augusto Correa S/nº - Guamá – Belém – PA
www.portal.ufpa.br

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
&

Secretaria de Políticas Para Mulheres

Pesquisas sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva.

Universidade Federal do Pará

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Núcleo de pesquisas fenomenológicas

Universidade de Évora

Centro de Investigação em Psicologia e Educação

Conselho Editorial

Adriano Holanda (UFPR - Brasil)

Arrigo Pedon (Universidade Lumsa - Itália)

Cláudio Longobardi (Universidade de Turim - Itália)

Deodato Ferreira da Costa (UF Amazonas - Brasil)

Egberto Ribeiro Turato (Unicamp - Brasil)

Florêncio Vicente Castro (Universidade Extremadura - Espanha)

Ingrid Bergma da Silva Oliveira (UEPA - Brasil)

Isabel Fajardo (Universidade Extremadura - Espanha)

João Salgado (ISMAI - Portugal)

Lucia Rabello de Castro (UFRJ - Brasil)

Lucivaldo da Silva Araújo (UEPA - Brasil)

Luzia Iara Pfeifer (USP/Ribeirão Preto - Brasil)

Madalena Melo (Universidade de Évora - Portugal)

Marília Ancona-Lopez (PUC/SP - Brasil)

Mauro Martins AmatuZZi (PUCCAMP- Brasil)

Miguel Gonçalves (Universidade do Minho - Portugal)

Rocco Quaglia (Universidade de Turim - Itália)

Samuel Amorim de Sá (UFPA - Brasil)

Sandra Moreira (UFPA - Brasil)

Selma Ciornai (Instituto Gestalt de SP - Brasil)

Sílvia Canaan Moraes de Oliveira (UFPA - Brasil)

William Barbosa Gomes (UFRGS - Brasil)

Universidade Federal Do Pará

Reitor: Prof. Doutor Carlos Edilson de Almeida Maneschy

Pró-reitor de pesquisa: Prof. Doutor Emanuel Zagury Tourinho

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Prof^ª Dr^ª Ana Cleide Guedes Moreira

Diretor do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas: Prof. Dr. Néelson José Souza Junior

Projeto de pesquisa que deu origem à obra aprovado no Edital 32/2012 – SPM-CNPQ-MDA:

Pesquisa-intervenção com mulheres adolescentes negras atendidas na Unidade Básica de Saúde da Pedreira – UBS acerca da práticas sexuais, gravidez precoce e violência de gênero

Linha de pesquisa: Gênero, saúde e violência

Programa de Pós-graduação em Psicologia Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Pará

Grupo de pesquisa: Núcleo de pesquisas fenomenológicas – NUFEN

Coordenadora da Pesquisa: Prof^ª Dr^ª Adelma Pimentel

Equipe do Projeto

Prof^ª Dr^ª Maria Luzia Miranda Álvares

Prof^ª Dr^ª Ivany Pinto Nascimento

Prof^ª Dr^ª Cristiane Gonçalves da Silva

Prof^ª Dr^ª Flávia Cristina Silveira Lemos

Prof^ª MS. Wanderlea Ferreira Bandeira

Prof^ª MS. Kamilly Souza do Vale

Prof^ª MS. Dorotea Albuquerque

Rogério Tavares, Mestrando em Psicologia/UFPA

Tarilha Figueiredo, Acadêmica de Ciências Sociais/UFPA– Bolsista CNPq

Marcia Endo, Acadêmica de Psicologia/UFPA

Breno Luiz Sousa da Silva Bolsista PIBIC-CNPq (Psicologia)

Gizelle Maiara Morais Lima Bolsista PIBIC-CNPq (Psicologia)

Consultora: Prof^ª Dr^ª Zelia Amador de Deus

AGRADECIMENTOS DO PROJECTO

- Ao CNPq e à Secretaria de Políticas para mulheres da Presidência da República (SPM) em suas parcerias para apoio a pesquisas em temas de Relações de gênero, mulheres e feminismos.
- Ao Centro Escola de Saúde Unidade Básica do Marco, através da Direção exercida pela Dr^a Fatima Carrera, ao Psicólogo MS Caetano Diniz pelo engajamento vigoroso à equipe de pesquisa; Assistente Social Lena e Celina; aos Enfermeiros Nilson, Cristina, Kelly, Sandra, Nutricionista Diana, Auxiliares: Sandra, D. Lourdes, D. Graça, D. Cira, que apoiaram o percurso de seleção dos prontuários no Serviço de Ginecologia;
- A parceria inestimável com a Universidade de Évora, englobando o Departamento de Psicologia e o Centro de Investigação em Psicologia e Educação; e através dela com as outras instituições de ensino portuguesas cujos professores participam com os seus trabalhos de investigação;
- A Prof^a Dr^a Maria Luzia Miranda Alvares pela sua generosidade e apoio perene;
- Aos estudantes de graduação e pós-graduação: Rogério, Marcia e Taritha, que foram incansáveis na construção do processo de coleta de dados, organização de seminários e grupo de estudos;
- A Prof^a Dr^a Cristiane Gonçalves da Silva da Universidade Federal de São Paulo, Baixada santista; A Prof^a Dr^a Anna Uziel da UERJ; ao Prof. Dr Luis Eduardo Batista do instituto de Saúde, Secretaria de Saúde de São Paulo pelas valiosas contribuições nos seminários de comunicação dos achados da pesquisa;
- A Universidade Federal do Pará, segmentos da PROPESP, PPGP, secretaria do programa.
- A Prof^a Dr^a Zelia Amador de Deus pelas observações pertinentes;
- Ao Grupo de estudos Afro Amazônico e a Casa Brasil África da UFPA;
- A Coordenação de Equidade Racial da Secretaria de Justiça e Direitos Humanos do Pará;
- E, sobretudo às mulheres que permitiram conhecer e comunicar suas experiências ante as questões de sua saúde sexual e reprodutiva. A efetividade da pesquisa requer dialogo com os múltiplos saberes.

AUTORES

Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel: Pos-doutorado em Psicologia e Psicopatologia do Desenvolvimento pela Universidade de Évora. Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC/SP. Vice-Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mestrado e Doutorado) da UFPA. Líder do Núcleo de pesquisas fenomenológicas /CNPQ. Professora Associada II da Universidade Federal do Pará. Orientadora de Mestrado e Doutorado. (adelmapi@ufpa.br)

Vitor Franco: Doutor em Psicologia Clínica, Professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora nas áreas do desenvolvimento, psicopatologia e psicoterapia infantis. É diretor da Pós-graduação em Intervenção Precoce, Membro do CIEP-Centro de Investigação em Psicologia e Educação. Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica, Alan Ribeiro: Doutorando em Sociologia da Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de São Paulo (USP). Pesquisa relações raciais e de gênero no âmbito da educação escolar, em Belém e em São Paulo. Pesquisador do grupo de pesquisa NÓS MULHERES/IFCH/UFPA e membro discente do grupo de pesquisa EDGES-USP.

Ana Bertão: Professora-Coordenadora da Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico do Porto, Investigadora do inED, Psicoterapeuta, Supervisora Clínica. anabertao@ese.ipp.pt

Ana Frias: Professora da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus-Universidade de Évora, Doutora em Psicologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Ana Peixoto: Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Viseu. Experiência em Ensino Clínico nas áreas científicas de Enfermagem e interesse investigativo em saúde sexual e reprodutiva.

Ariana Kelly Leandra Silva da Silva: Mestre em Bioantropologia pela UFPA e Doutoranda em Antropologia/Bioantropologia. Professora na Secretaria de Educação do Pará. Grupo de Pesquisa: Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente – LEBIOS: UFPA/MUSEU NACIONAL/UFRRJ. (arianabelem@gmail.com)

Benedito Prazeres: Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Pará, UFPA. Coordenador no Projeto de extensão “Trabalhando o câncer na capital e no interior do Pará” (2012/2013). Biomédico da UFPA e técnico de Citopatologia, na Universidade do Estado do Pará. Tem experiência na área de Morfologia, com ênfase em citologia clínica. (bprazer@ufpa.br)

Carlos Manuel de Sousa Albuquerque: Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, Doutor em Psicologia, desde 2004, pela Universidade da Extremadura, Espanha. Investigador Responsável em projetos financiados pela FCT. Investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS).

Claudia Balula Chaves: Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, Mestre em Educação para a Saúde e Sida, pela Faculdade de Medicina de Coimbra. Doutorada em Ciências da Educação desde 2010 pela Universidade de Aveiro. Investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS).

Daniela Teixeira: Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde de Viseu. Experiência em Ensino Clínico nas áreas científicas de Enfermagem e interesse investigativo em saúde sexual e reprodutiva.

Emília Carvalho Coutinho: Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Viseu, Mestre em Ciências de Enfermagem e Doutorada em Ciências de Enfermagem, desde 2014, pelo ICBAS da Universidade do Porto. Investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS).

Fernanda Gomes da Costa: Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Doutoranda em Didática Y Organización Educativa na Facultad Ciencias de la Educación, Universidad Sevilla. Mestre em Ciências de Enfermagem, Pós-Graduação em Didática Y Organización Educativa, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Jesiane Calderaro: Psicóloga, Mestre em Psicologia e Doutoranda em História Social da Amazônia. Pesquisadora integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre a Formação de Professores e Relações Étnico-Raciais - GERA/UFPA. (jesianecalderaro@yahoo.com.br)

João Carvalho Duarte: Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, Doutor em Ciências da Saúde, desde 2009, pela Universidade do Porto. Investigador do Centro de estudos em educação, tecnologias e saúde (CI&DETS).

Manuela Bento: licenciada em Enfermagem, enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotora do Aleitamento Materno, mestre em Educação para a Saúde – área de investigação Saúde Sexual e Reprodutiva, Adolescentes e VIH/Sida. Exerce funções de chefia no Departamento de Obstetricia e Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela, Viseu, Portugal.

Manuela Maria da Conceição Ferreira: Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, Doutora em Ciências da Educação, desde 2004, pela Universidade de Aveiro. Investigadora em vários projetos financiados pela FCT.

Marcia Nami Endo Souza: Graduanda em Psicologia pela UFPA. Integrante do Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN/UFPA). Participa do projeto Pesquisa-intervenção com mulheres adolescentes negras atendidas na Unidade Básica de Saúde do Marco - UBS, acerca das práticas sexuais, gravidez precoce e violência de gênero. (endo_souza@hotmail.com)

Maria Luzia Miranda Alvares: Doutorado em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento pelo NAEA/ UFPA. Professora Associada III da UFPA. Suplente de consultoria Ad-Hoc do Programa Pró-Equidade de Gênero da SPM/IPR. Coordenadora da linha de pesquisa Política e Feminismo da REDOR (2012-2014). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas Eneida de Moraes sobre Mulher e Gênero-GEPEM/UFPA.

Paula Alexandra Nelas: Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Viseu, Mestre em Socioantropologia da Saúde pelo Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra. Doutora em Ciências da Educação, desde 2011, pela Universidade de Aveiro. Investigadora do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS).

Rogério Tavares da Cruz: Mestrando em Psicologia pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFPA, especialização em trabalho social com Famílias e Comunidades (2012 / Instituto Aleixo), Psicólogo pela Universidade da Amazônia (UNAMA/ 2010). Integrante do projeto de pesquisa do CNPq, Membro do Grupo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN). Experiência na área da Psicologia Social, com atuação em CRAS e CREAS.

Taritha Cristina Figueiredo da Silva: Graduanda em Ciências Sociais pela UFPA. Bolsista de Iniciação Científica CNPq da UFPA. Participa do projeto Pesquisa-intervenção com mulheres adolescentes negras atendidas na Unidade Básica de Saúde do Marco - UBS, acerca das práticas sexuais, gravidez precoce e violência de gênero. (taritha.figueiredo@yahoo.com)

Warlington Luz Lôbo: Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFPA. Especialista em Educação para Relações Étnico-raciais, Instituto Federal de Educação Tecnológica do Pará (IFPA). Pesquisador do Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas (NUFEN/UFPA). (warlingtonlobo@yahoo.com.br)

Wilma de Nazaré Baia Coelho: Pedagoga, Doutora em Educação, docente do Programa de Pós-graduação em Educação- PPGED e do Programa de Pós- graduação em História, ambos da UFPA. Coordenadora do Núcleo de Estudos de Pesquisa sobre a Formação de Professores e Relações Étnico-Raciais - GERA/UFPA. Bolsista de Produtividade/CNPQ. (wilmacoelho@yahoo.com.br)

ÍNDICE

Apresentação, 10

I. Saúde sexual e reprodutiva, 13

- i. Programas de pré-natal e planejamento familiar na atenção básica da UBS-Marco, 15
Adelma Pimentel
Maria Luzia Miranda Álvares
Márcia Nami Endo
Taritha Cristina Figueiredo da Silva
Warlington Lôbo
- ii. Vivência afetivo-sexual:
duplo padrão sexual, 27
Ana Frias
- iii. Adolescentes: SIDA e atitudes face à sexualidade , 39
Manuela Maria da Conceição Ferreira
Ermelinda Manuela Teixeira Bento
Claudia Margarida Balula Chaves
João Carvalho Duarte
Carlos Manuel Sousa Albuquerque
- iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior:
uma questão de género? 69
Paula Alexandra Nelas
Claudia Balula Chaves
João Carvalho Duarte
Emília Carvalho Coutinho
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Ana Peixoto
Daniela Teixeira
- v. Mutilação genital feminina:
segredo para revelar, 93
Ana Frias
Fernanda Gomes da Costa
- vi. Caracterização do HPV diretamente associado ao câncer de colo
uterino, 105
Benedito Antônio Pinheiro dos Prazeres

2. Relações raciais e inclusão social, 123

- i.** Racismo e a produção de efeitos sobre a subjetividade de jovens negras, 125
Rogério Tavares
Adelma Pimentel
- ii.** Vulnerabilidades de adolescentes negras em Belém do Pará, 133
Adelma Pimentel
- iii.** O corpo feminino e quilombola em processo de inclusão social, 147
Ariana Kelly L. S. da Silva
- iv.** (In)visibilidade negra e cidadania: considerações sobre o sofrimento psíquico da população de rua, 163
Jesiane Calderaro Costa Vale
Wilma de Nazaré Baía Coelho
- v.** Sendo negra, sendo negro: ofensas raciais, sujeitos e identidades na escola, 179
Alan Augusto Moraes Ribeiro.

3. Relações sociais e intervenção psicológica, 195

- i.** Agressividade, pensamento e acção agressiva: modelos de intervenção em Psicologia, 197
Ana Bertão
- ii.** Desafios dos novos contextos sociais à Psicologia Clínica e à Psicoterapia, 225
Vitor Franco

APRESENTAÇÃO

A Psicologia Clínica enfrenta continuamente novos desafios, num equilíbrio criador entre a investigação e as práticas clínicas. É neste diálogo permanente que, desde o seu início e ao longo da sua história, a pesquisa tem evitado o excesso de academismo, que a pode afastar da compreensão das pessoas e da sua vida mental e, ao mesmo tempo, a proliferação insana de práticas ditas psicoterapêuticas, sem que sobre elas se produza conhecimento que as valide conceptual e clinicamente.

O livro que agora vos apresentamos vem na sequência do anterior projeto Diálogos dentro da Psicologia, entre os domínios clínico, educativo e social nos contextos português e brasileiro. Desta vez o foco se centra na psicologia clínica mas, novamente, buscando uma abertura interdisciplinar a diferentes dimensões sociais presentes no olhar sobre a saúde. Afastando-nos um pouco da Psicologia Clínica enquanto apenas intervenção clínica ou psicoterapia, abrimos a reflexão sobre a forma como dimensões sociais, como a raça, género e sexualidade podem ser importantes na compreensão clínica dos indivíduos.

Parte substancial dos capítulos resulta dos eixos da pesquisa feita na Universidade Federal do Pará: Raça, Sexualidade e Género. Dessa pesquisa são apresentados os resultados e reflexões teóricas acerca das intervenções em Psicologia Clínica, situando especialmente, o ponto de vista da abordagem institucional em saúde coletiva e pública. As questões sobre raça e sexualidade são articuladas com o campo da saúde sexual e reprodutiva e sobre géneros na abordagem do desejo, do silêncio e da diversidade sexual. Já no campo das questões sobre raça e inclusão social, as mulheres negras são as protagonistas, sendo abordada a sua saúde sexual e reprodutiva e a violência conjugal, na perspectiva de oferecer suporte científico para prevenção e fortalecimento do psiquismo.

Os eixos centrais do livro configuram-se em narrativas das realidades brasileira e portuguesa. A Secretaria de Política para as Mulheres e o CNPQ, no Brasil, são os financiadores da obra. No campo português temos resultados de investigação realizada em diferentes instituições de ensino superior, com a Universidade de Évora, a Escola Superior de Saúde de Viseu (Instituto

Superior Politécnico de Viseu) e a Escola Superior de Educação do Porto (Instituto Superior Politécnico do Porto).

O livro organiza-se assim em três partes:

A primeira parte em torno da saúde sexual e reprodutiva, englobando 6 capítulos sobre planeamento familiar, intervenção pré-natal, vivências, representações e atitudes face à sexualidade, mutilação genital feminina e cancro do colo do útero. A segunda parte aborda as relações raciais e as problemáticas da inclusão social com estudos focados essencialmente sobre as mulheres negras. A terceira parte sobre relações sociais e intervenção psicológica, reúne dois capítulos sobre a intervenção nos contextos sociais contemporâneos.

Do ponto de vista teórico das abordagens, também privilegiamos a diversidade das perspectivas, com alguns trabalhos numa perspectiva fenomenológica, outros mais de orientação psicodinâmica, e outros mais próximos de uma perspectiva da psicologia da saúde. A nossa preocupação é dar a conhecer ao meio académico o desenvolvimento de investigação que tem em conta os contextos e questões sociais atuais, não perdendo, no entanto, de vista a busca de modalidades de intervenção clínica em instituições, formas de atendimento voltados para a promoção do desenvolvimento, modalidades de acompanhamento terapêutico, e formas de intervenção institucional dirigidas à saúde coletiva e tendo especial atenção para com os grupos socialmente mais vulneráveis.

O conjunto de todas estas articulações temáticas, conceptuais e domínios de aplicação buscam alcançar um objetivo comum: aumentar a compreensão do sofrimento na sociedade atual, para o desenvolvimento de práticas clínicas que abordem esse padecimento, partilhando uma perspectiva comum na trajetória dos pesquisadores envolvidos neste projeto.

Vitor Franco
Adelma Pimentel

1.

Saúde sexual e reprodutiva

PROGRAMAS DE PRÉ-NATAL E PLANEJAMENTO FAMILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA DA UBS-MARCO

Adelma Pimentel
Maria Luzia Miranda Álvares
Márcia Nami Endo
Taritha Cristina Figueiredo da Silva
Warlington Lôbo

Neste capítulo, os objetos de estudo foram os programas de pré-natal e planejamento familiar inseridos no escopo da saúde sexual e reprodutiva. Resulta da pesquisa-intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde-Centro Escola do Marco (CSE), um estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e Secretaria de Políticas para as Mulheres. Os dados abrangem o biênio 2011-2012 e referem-se à identificação do perfil das mulheres atendidas na instituição.

Apresentamos inicialmente algumas informações acerca da estrutura e dinâmica de funcionamento do local. A Unidade Básica de Saúde-Centro Escola é uma instituição subordinada administrativamente ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCB)S da Universidade do Estado do Pará (UEPA), (convênio: Junho de 1993 – Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA/UEPA), portanto uma unidade mista, prestadora de serviços e ensino, composta dos anexos da Unidade de Referência especializada (URE), Ambulatório de Dermatologia, Laboratórios de Análises Clínicas e Anatomocitopatologia (LAPAD) e Unidade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UAFTO) (Arquivos da Instituição, 2011).

Seu cadastro no Sistema Único de Saúde (SUS) inclui realizar ações na Atenção Básicas voltadas para a Saúde da Mulher, da Criança, do Idoso, controle de Doenças Mentais, Tuberculose, Hanseníase, Hipertensão e Diabetes; e, na Média e Alta complexidade, realiza consultas especializadas de Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Mastologia, Oftalmologia, Pneumologia, Cirurgias ambulatoriais, Exames laboratoriais de análises clínicas, anatomo e citopatologia, Exames de ultrassonografia, eletrocardiograma, teste ergométrico, etc, atendendo demanda espontânea e referenciada do município de Belém e de outros municípios paraenses.

Há 56 profissionais atuando na assistência no anexo CSE/Marco, destes, 30 são profissionais cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA) à Universidade do Estado do Pará, (UEPA) e 15 são do Ministério da Saúde. Por sua vez, no LAPAD há 22 profissionais da assistência, sendo 11 cedidos pela SESPA à UEPA. Destacam-se também as atividades no diagnóstico de Triagem Neonatal, que é referência estadual, visando à detecção de doenças genéticas que podem ser tratadas precocemente. Há na UBS uma Direção ligada a Direção geral, a qual todos os funcionários estão vinculados (Arquivos da Instituição, 2011).

1. METODOLOGIA

A equipe de coleta de dados foi composta por professores e alunos de graduação em psicologia da UFPA, todos integrantes do Núcleo de pesquisas fenomenológicas (NUFEN). O local de coleta de dados foi a Unidade Básica de Saúde e Centro Escola do Marco, especificamente o Serviço de Ginecologia.

Todo o processo da pesquisa foi construído atendendo às normas da (CONEP) da Instituição envolvida. O referencial teórico-metodológico articulou suportes fenomenológicos, hermenêuticos, estudos de gênero, racismo institucional e saúde sexual e reprodutiva (Parecer 301.563/2013, Centro de Ciências da Saúde/UFPA).

O período de coleta foi de agosto a novembro de 2013. Após levantar dados nos arquivos digitais, a amostra foi estabelecida. Por ser esse tamanho amostral significativo foi possível optar pelo método quantitativo através da extração de medidas e parâmetros estatísticos próprios dos métodos quantitativos (Goldenberg, 2004; Flick, 2009).

2. RESULTADOS

Os dados contidos na Tabela 1 mostram que em 2011 e 2012 foram atendidas 210 mulheres. O rol contém meses cujos atendimentos não foram identificados, o que altera o resultado geral. Talvez tenha havido preenchimento inadequado do prontuário devido à quantidade elevada de atendimentos e o número reduzido de funcionários.

No ano de 2011, a moda foi no mês de abril, enquanto o mês de novembro foi o mais incidente para os atendimentos no ano de 2012. Para identificar quais fatores interferem na sazonalidade, teremos que fazer outra pesquisa, o que requer contagem de pelo menos 10 anos, o que foge ao objetivo deste estudo. Por hora, podemos conjecturar que, entre os motivos da elevação nos meses apontados, algumas variáveis como férias dos funcionários, necessidade em alocar mais funcionários para outros serviços, enfim, parâmetros relacionados à política interna de gestão de funcionários.

A matrícula da jovem mulher indica o mês de entrada da mesma na UBS, o que não significa que podemos relacionar o mês (novembro, abril) de gravidez com o mês de entrada, pois, o pré-natal recebe mulheres de vários períodos gestacionais. De acordo com um enfermeiro que participou da pesquisa: “os meses de janeiro e fevereiro recebem poucas mulheres entre 18 e 21 anos”.

Na Tabela 2, que se refere à cor, tivemos um percentual de 40% de não declarações, o que, do mesmo jeito que, em T1, repercute na compreensão geral e inviabiliza correlações entre cor e gravidez. Tivemos 18 mulheres brancas, 114 mulheres pretas ou pardas, destas, 1 morena, 103 pardas, 10 negras e 78 sem declaração.

Na Tabela 3, destacamos que 172 mulheres são oriundas dos programas de Pré-natal (PN) e Planejamento Familiar (PF), os quais juntos agregam mais informantes na pesquisa, ou seja, na medida em que elas cuidam de seu PN, já estão sendo inseridas no PF.

Na Tabela 4, a variável binária cor/idade não pode explicar a distribuição da procura de mulheres a UBS. Tanto mulheres pretas como pardas e brancas procuram a unidade. Para tentar estabelecer este diálogo, seria preciso saber o contingente de moradoras do bairro e compará-lo com o universo exógeno, entretanto, o conhecimento de tal cenário apresenta algumas dificuldades, como, por exemplo, aceitar presumidamente a declaração de residência da solicitante (criada no ano de 2013), em que um parente da solicitante afirma o grau de vínculo com a mesma (avó, avô, irmão, irmã, cônjuge, outros), e assume responsabilidade pela confirmação da residência no bairro; ausência do programa saúde da família em que os agentes visitam as casas e estabelecem uma relação de prevenção e conhecem mais profundamente as famílias do bairro.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define o critério de agrupar a idade por faixas, por isso, usamos deste mesmo modo. Na Tabela 5, percebemos que a média de idade foi de 23,1 anos, sendo que para as mulheres

brancas a média foi de 22,7 e para as pretas de 23,1. A moda foi de 19 anos. Ainda que a faixa modal seja menor que a média, a correlação é insignificante. Portanto, nesta amostra, o perfil das mulheres brancas e pretas é semelhante, conforme as variáveis estudadas. Embora transcenda o escopo da coleta, é possível questionar: as condições de vulnerabilidade são as mesmas para as mulheres que vivem no bairro do Marco e são atendidas na UBS?

Sobre o estado civil, a Tabela 6 apresenta que a amostra contempla 40% de mulheres solteiras. O elevado número permite questionar os possíveis impactos psicológicos, sociais e emocionais para o desenvolvimento do filho, se houver a ausência do pai durante a gravidez, o parto e o pós-natal, ficando a educação e o sustento do filho ao encargo único das mulheres. Enfim, se do ponto de vista, estatístico não há indicadores relevantes, do ponto de vista social, é importante conhecer a realidade para elaborar estratégias de prevenção e superação das vulnerabilidades.

Na Tabela 7, o bairro de procedência é o Marco. Ressaltamos que consideramos, no volume, a declaração criada pela UBS como dispositivo para coletar informações, assim sendo, 90,48% das usuárias declaram-se moradoras do bairro e 1,90% não informou a origem. Na Tabela 8, os dados apontam que a idade média foi 19 anos para ambas as gestantes brancas e pretas, e na Tabela 9, evidenciou-se não haver correlação estatística entre cor e aborto. Destaca-se que 33,33% de informantes não declararam nos prontuários, supomos que, em virtude do tom de segredo e punição, o tema adquire em nossa cultura judaico-cristã.

Observamos que na Tabela 10 que a idade declarada para a ocorrência da menarca foi de 12,5 anos. Tal variável também demonstrou elevado número de prontuários sem declaração, nesta perspectiva, o dado é visualmente demonstrado. Não temos a tradição de fazer na atenção básica acompanhamento longitudinal da saúde sexual e reprodutiva, o que nos deixa lacunas na composição e interpretação dos dados. Quanto à coitarca, temos na Tabela 11 que para as mulheres brancas a média foi de 15,3 anos, já para as negras é de 17,2 anos. Este dado é interessante e permite fazer ilações no que se refere ao mito da sexualidade imputada as mulheres negras.

Na Tabela 12, a variável medida foi o risco de gestação conforme a “Ficha de seleção de risco gestacional da Divisão de Assistência a saúde da mulher e da criança da SESPA e da Universidade do Estado do Pará”. No instrumento, os indicadores são alto, médio e baixo em relação aos antecedentes obstétricos (5 pontos): abortos espontâneos, cesárea, fórceps, natimorto, morte neonatal, neonatos de peso baixo, neonatos de peso acima de 4.000g, pré-eclampsia,

placenta prévia, eclampsia, deslocamento prematuro de placenta; obstétricas e ginecológicas: hemorragias na gestação, anomalias do trato genital diagnosticadas previamente (incompetência istmocervical, mal formação uterina e/ou cervical, útero miomatoso, cirurgias ginecológicas de médio e grande porte).

Além de câncer materno, doença hipertensiva específica de gravidez: pré-eclampsia; eclampsia; esterilidade tratada; isoimunização; massa ovariana; raio X mal formação congênita; retardo de crescimento intrauterino; polidramio; citologia cervical anormal; médicas e cirúrgicas: ablação endócrina prévia, diabetes méllitus, doença cardíaca, doença do colágeno, doença renal, epilepsia, hemoglobinopatias, hipertensão arterial crônica, patologia de tireoide, problemas emocionais graves, sorologia positiva (sífilis, toxoplasmose, brucelose), tuberculose, varizes acentuadas, hanseníase.

Considerando que esta é uma variável importante, ressaltamos que os prontuários requerem preenchimento completo, porém, 21,90% dos analisados estavam em branco. A UBS é considerada como unidade de baixo risco, contudo, nesta amostra com um percentual de 53, 81%, para confirmação, precisaríamos saber em que contingente seria distribuído o percentual não declarado.

Sobre a renda familiar, os indicadores da amostra dispostos na Tabela 13 mostraram que tanto a população de mulheres brancas quanto a de pretas é oriunda de contingentes vulneráveis socioeconomicamente, visto que 57,62% assumiram renda de até 3 salários mínimos. Todas as variáveis analisadas contêm o mesmo vício: prontuários incompletos, desta forma, neste indicador, observamos que 41,90% são de não declarações cujos significados não podemos incluir nas interpretações.

Mês	Ano			Total geral
	2011	2012	N/I	
Janeiro		8	2	10
Fevereiro	12	3	2	17
Março	5	10	9	24
Abril	13	4	2	19
Maiο	8	12	1	21
Junho		10		10

Fonte: pesquisa de campo

Obs.: 19 casos com o mês identificado, contudo sem o ano.

Tabela 1. Número de atendimentos por mês				
Mês	Ano			Total geral
	2011	2012	N/I	
Julho	2			2
Agosto	5	11		16
Setembro		18		18
Outubro	5	10		15
Novembro	5	29	3	37
Dezembro		10		10
N/I			11	11
Total geral	55	125	30	210

Fonte: pesquisa de campo

Obs.: 19 casos com o mês identificado, contudo sem o ano.

Tabela 2. Cor		
Cor	Abs.	%
Branca	18	8,57%
Preta ou parda	114	54,29%
Morena	1	0,88%*
Parda	103	90,35%*
Preta/Negra	10	8,77%*
Sem declaração	78	37,14%
Total Geral	210	

* Percentuais calculados com base no total de pretas ou pardas

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 3. Programa de procedência		
Programa	Abs	%
Somente Planejamento familiar	11	5,24%
Somente Pré-Natal	7	3,33%
Planejamento familiar e Pré-Natal	172	81,90%
Não Informado	20	9,52%
Total geral	210	

Fonte: pesquisa de campo

i. Programas de pré-natal e planejamento familiar na atenção básica da UBS-Marco

Tabela 4. Idade								
Idade (anos)	Branca		Preta ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
17	-	0,00%	-	0,00%	1	1,28%	1	0,48%
18	3	16,67%	12	10,53%	7	8,97%	22	10,48%
19	2	11,11%	6	5,26%	8	10,26%	16	7,62%
20	1	5,56%	19	16,67%	3	3,85%	23	10,95%
21	1	5,56%	12	10,53%	7	8,97%	20	9,52%
22	1	5,56%	7	6,14%	10	12,82%	18	8,57%
23	4	22,22%	5	4,39%	4	5,13%	13	6,19%
24	1	5,56%	10	8,77%	5	6,41%	16	7,62%
25	-	0,00%	8	7,02%	4	5,13%	12	5,71%
26	1	5,56%	8	7,02%	10	12,82%	19	9,05%
27	1	5,56%	12	10,53%	5	6,41%	18	8,57%
28	3	16,67%	8	7,02%	7	8,97%	18	8,57%
29	-	0,00%	7	6,14%	4	5,13%	11	5,24%
Não Informada	-	0,00%	-	0,00%	3	3,85%	3	1,43%
Total geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	-0,037		-0,005					
Média	22,7		23,1		23,2		23,1	

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 5. Grupo de idade								
Idade(anos)	Branca		Preta ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
15 a 19	5	27,78%	18	15,79%	16	20,51%	39	18,57%
20 a 24	8	44,44%	53	46,49%	29	37,18%	90	42,86%
25 a 29	5	27,78%	43	37,72%	30	38,46%	78	37,14%
Não informada	-	0,00%	-	0,00%	3	3,85%	3	1,43%
TotalGeral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210,0	100,00%

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 6. Estado Civil								
Estado civil	Branca		Preta ou parda		Indeterminado		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Casada	4	22,22%	20	17,54%	12	15,38%	36	17,14%
Solteira	7	38,89%	50	43,86%	27	34,62%	84	40,00%
Estado civil desconhecido em união estável	6	33,33%	41	35,96%	23	29,49%	70	33,33%
Sem declaração	1	5,56%	3	2,63%	16	20,51%	20	9,52%
Total Geral	18,0	100,00%	114,0	100,00%	78	100,00%	210	100,00%

Fonte: pesquisa de campo

Bairro	Abs	%
Marco	190	90,48%
Águas lindas	2	0,95%
Curió-Utinga	1	0,48%
Jurunas	1	0,48%
Mangueirão	1	0,48%
Marambaia	1	0,48%
Montese	1	0,48%
Pedreira	6	2,86%
Souza	1	0,48%
Telégrafo	1	0,48%
Val-de-Cães	1	0,48%
Não informado	4	1,90%
Total geral	210	100,00%

Fonte: pesquisa de campo

Gestação	Branca		Negra ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1ª	12	66,67%	72	63,16%	35	44,87%	119	56,67%
2ª	4	22,22%	20	17,54%	23	29,49%	47	22,38%
3ª	2	11,11%	5	4,39%	3	3,85%	10	4,76%
4ª	-	0,00%	1	0,88%	1	1,28%	2	0,95%
5ª	-	0,00%	1	0,88%	1	1,28%	2	0,95%
6ª	-	0,00%	1	0,88%	-	0,00%	1	0,48%
Nulípara	-	0,00%	9	7,89%	6	7,69%	15	7,14%
Sem declaração	-	0,00%	5	4,39%	9	11,54%	14	6,67%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%

Fonte: pesquisa de campo

Aborto	Branca		Negra ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
SIM	3	16,67%	16	14,04%	13	16,67%	32	15,24%
NÃO	8	44,44%	61	53,51%	39	50,00%	108	51,43%
Sem declaração	7	38,89%	37	32,46%	26	33,33%	70	33,33%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	0,012		-0,036					
Média	0,17		0,14		0,17		0,15	

Fonte: pesquisa de campo

Obs.: Média = número de mulheres que abortaram / número de mulheres para o total de mulheres ou grupo de cor

i. Programas de pré-natal e planejamento familiar na atenção básica da UBS-Marco

Tabela 10. Menarca								
Idade (anos)	Branca		Negra ou parda		Indeterminado		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
10	-	0,00%		0,00%	2	2,56%	2	0,95%
11	-	0,00%		0,00%	10	12,82%	10	4,76%
12	1	5,56%	4	3,51%	8	10,26%	13	6,19%
13	1	5,56%	4	3,51%	9	11,54%	14	6,67%
14	-	0,00%	3	2,63%	4	5,13%	7	3,33%
15	-	0,00%	2	1,75%	1	1,28%	3	1,43%
17	-	0,00%	1	0,88%	1	1,28%	2	0,95%
18	-	0,00%		0,00%	1	1,28%	1	0,48%
Sem declaração	16	88,89%	100	87,72%	42	53,85%	158	75,24%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	-0,030		0,274					
Média	12,5		13,5		12,5		12,8	

Fonte: pesquisa de campo

Obs.: Média = média de idade com que ocorre a menarca para o total de mulheres ou grupo de cor

Tabela 11. Coitarca								
Idade (anos)	Branca		Preta ou parda		Indeterminado		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
12	1	5,56%		0,00%	1	1,28%	2	0,95%
13	1	5,56%	1	0,88%	7	8,97%	9	4,29%
14	1	5,56%	4	3,51%	3	3,85%	8	3,81%
15	6	33,33%	12	10,53%	12	15,38%	30	14,29%
16	1	5,56%	11	9,65%	8	10,26%	20	9,52%
17		0,00%	12	10,53%	6	7,69%	18	8,57%
18		0,00%	6	5,26%	6	7,69%	12	5,71%
19	1	5,56%	4	3,51%	2	2,56%	7	3,33%
20	1	5,56%	3	2,63%	3	3,85%	7	3,33%
21		0,00%	3	2,63%		0,00%	3	1,43%
22		0,00%	1	0,88%	1	1,28%	2	0,95%
23		0,00%	1	0,88%		0,00%	1	0,48%
25		0,00%	1	0,88%	1	1,28%	2	0,95%
26		0,00%	1	0,88%		0,00%	1	0,48%
Não declarada	6	33,33%	54	47,37%	28	35,90%	88	41,90%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	-0,159		0,230					
Média	15,3		17,2		16,2		16,6	

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 12. Risco de gestação

Risco	Branca		Preta ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Alto	-	0,00%	5	4,39%	1	1,28%	6	2,86%
Médio	5	27,78%	18	15,79%	16	20,51%	39	18,57%
Baixo	9	50,00%	68	59,65%	36	46,15%	113	53,81%
Sem declaração	2	11,11%	21	18,42%	23	29,49%	46	21,90%
Sem risco	2	11,11%	2	1,75%	2	2,56%	6	2,86%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	-0,049		0,010					

Fonte: pesquisa de campo

Tabela 13. Renda familiar

Renda familiar	Branca		Preta ou parda		Sem declaração		Total	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Até 3 salários mínimos	14	77,78%	74	64,91%	33	42,31%	121	57,62%
Mais de 4 até 5 salários mínimos	0	0,00%	1	0,88%	0	0,00%	1	0,48%
Sem declaração	4	22,22%	39	34,21%	45	57,69%	88	41,90%
Total Geral	18	100,00%	114	100,00%	78	100,00%	210	100,00%
P	-0,033		0,072					

Fonte: pesquisa de campo

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos programas de pré-natal e planejamento familiar foram pesquisadas as variáveis como a idade, a cor, a coitarca, as condições de vulnerabilidade, sendo que os dados demonstraram que na UBS estudada não houve preocupação dos funcionários com o registro da cor nos anos de 2011 e 2012; entretanto, nos prontuários preenchidos, foi evidente o contingente de mulheres negras e pardas: 114 do total da amostra.

Quanto à média de idade para as mulheres negras, esta foi de 23,1%, e a moda de 19 anos. Tais indicadores foram semelhantes para as mulheres brancas (22,7%).

A renda de 57,62% das mulheres foi de até 3 salários mínimos, contudo não foi possível identificar as condições de vulnerabilidade que viviam as usuárias

negras, isto nos leva a supor que devido à não implantação do Programa Saúde da Família, tal informação não foi procurada.

A Tabela 6 demonstrou que 40% das mulheres da amostra eram solteiras, fator que talvez cause impacto no desenvolvimento emocional e social do filho, já que a ausência do pai faz com que fique a encargo da mãe o cuidado e o sustento econômico.

A atenção básica é a porta de entrada das mulheres jovens e adultas, e a gravidez pode ser um processo saudável quando as Unidades Básicas adotam estratégias de acompanhamento em pré-natal de qualidade, identificação precoce dos riscos e atenção ao parto. No Pará, em 2012, a Secretaria Estadual de Saúde instituiu o Programa Cegonha, sendo a meta para o Pré-Natal de Risco Habitual é realizá-lo nas Unidades de Saúde Tradicionais e/ou Saúde da Família nos 143 municípios do Estado, objetivando incentivar a implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, e reduzir a mortalidade materna e infantil, focalizando as estratégias no componente neonatal (SESPA, 2012).

A pesquisa evidenciou informações importantes (dados quantitativos) acerca das usuárias que frequentaram e continuam sendo atendidas na UBS. O pré-natal quando realizado de modo pleno possibilita a redução da morte neonatal e das mães, também afirmação da saúde sexual e reprodutiva,

Apesar de todos os esforços que vêm sendo empreendidos no sentido de se efetivar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2009) com o propósito de consolidar direitos materializados em seus princípios norteadores, entre eles o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde da mulher e da criança, ainda não se conseguiu na RMB, superar a lógica de Sistema fragmentado e sem foco em rede, que desconsideram o acolhimento, garantia do cumprimento da diretriz número 01 (um) do SUS, a Universalidade. Na sequência descumpre, também, a classificação do risco, o que na prática significa desprezar o princípio da Equidade (SESPA, 2012, p.73).

A população negra corre mais riscos na saúde reprodutiva devido a fatores como acesso limitado aos anticoncepcionais, ao desconhecimento do próprio corpo, do prazer e da sexualidade e pela exposição precoce a esterilização. Quanto às mulheres jovens, a situação é mais preocupante em virtude da circularidade da reprodução de fatores de opressão e discriminação pela cor (Souzas, 2004).

REFERÊNCIAS

- Arquivos da Unidade Básica de Saúde do Marco. (2011). Secretaria de Belém.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed., Tradução J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed.
- Goldenberg, M. (2004). *A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record.
- Souzas, R. (2004). *Relações raça e gênero em jogo: a questão reprodutiva de mulheres negras e brancas*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIVÊNCIA AFETIVO-SEXUAL: DUPLO PADRÃO SEXUAL

Ana Frias

No desenvolvimento psicossocial do ser humano, a sexualidade, especificamente o relacionamento afetivo, é de primordial importância. A sexualidade reporta-se ao gênero, relacionamento amoroso, desejo e prazer, reprodução, entre outros, interferindo no equilíbrio bio-psico-social. A adolescência é a fase que se caracteriza por uma série de alterações biológicas, sociais e familiares que geram características, comportamentos e necessidades únicas. A par das mudanças físicas, surge todo um manancial de transformações psicológicas. Em termos psicológicos a adolescência é o período de extensa reorganização da personalidade que resulta de mudanças no status biossocial entre a infância e a idade adulta.

A vivência da sexualidade na adolescência é algo dominante tanto na perspectiva de descoberta de si como na perspectiva da descoberta do outro (Guiddens, 2008), traduzindo-se em vários comportamentos como por exemplo o auto-erotismo, o petting e o coito. As práticas de auto-erotismo e a menor utilização deste comportamento no gênero feminino, são documentados em estudos de autores conforme refere Zapian (1993).

A escola, os pares e a família são os grandes intervenientes na construção da personalidade dos jovens e consequentemente da prevalência de atitudes amadurecidas, apresentam-se com agentes fundamentais na transmissão da visão da sexualidade masculina face à feminina. É na adolescência que os padrões sexuais são revistos, existindo em simultâneo rejeição de alguns modelos, adesão a outros e abertura a novas perspectivas, num processo de integração de uma imagem sexualizada de si. Nessa imagem sexualizada de si marca lugar, como influenciador significativo, o grupo de pares, onde há comunicação e onde se estabelecem normas de interação (Bion citado por Fabião, 1998). É aqui que se encontram os parceiros com os quais se trocam experiências, de maior ou menor intimidade, que se enraízam nas concepções dos padrões masculinos-femininos e que porventura determinam a adesão a padrões sexuais.

A diferença sexual entre homens e mulheres patenteada na existência do Duplo Padrão Sexual (DPS) diminuiu nos anos 70/80 do século passado mas

continua a ser uma realidade, embora se viva atualmente uma fase de mudança de uma cultura mais restritiva para uma cultura mais permissiva (Zangão & Sim-Sim, 2011).

Nos anos 60 do século passado vários estudos constataram a existência de um desajuste entre a sexualidade masculina e feminina, salientando-se nesta fase os estudos de Reiss (1956, 1961). Esta diferença fez surgir o conceito de Duplo Padrão Sexual, referida anos mais tarde por Baumeister & Twenge (2002), como uma discriminação baseada no gênero, criando normativas desiguais quanto à expressão da sexualidade (Kreager & Staff, 2009; Reiss, 2001). A aceitação do sexo pré conjugal como não errado para ambos os sexos, aumenta dos anos setenta para os anos oitenta (Greeley, 1991; Ogden, 1999) manifestado através de atitudes menos tradicionalistas. Contudo estudos demonstram que o Duplo Padrão Sexual se manteve presente ao longo dos anos (Milhausen & Herold, 1999; Reiss, 2001), prevalecendo as atitudes de um Duplo Padrão Sexual esbatido com tendência para não tradicionalista (Frias, 2006; Frias 2014; Zangão & Sim-Sim, 2011). Na medida em que os padrões sexuais adultos estão radicados nas vivências anteriores e são de transmissão geracional (Capellà, 1998) será oportuno abordar a construção dos padrões sexuais contextualizados na adolescência.

Além dos fatores relacionados com a maturação do corpo, outros aspetos vão levar o adolescente a desenvolver-se e a ganhar autonomia, A educação sexual tem aqui um papel influente. Os modelos masculino-feminino oferecidos até então pelas figuras parentais são rememorados, questionados, num crescendo de alternativas possíveis (Capellà, 1998; Lopez & Fuertes, 1999). A sexualidade transforma-se e transforma o Ser Humano. Estabelecem-se nas culturas padrões esperados, que facilitam ou dificultam atitudes, que definem e controlam comportamentos, ou seja, que regulamentam o “ser-se” humano, como que promovendo a justaposição do auto-reconhecimento no homem que é simultaneamente social e privado, porém com diferenças quanto ao gênero e idade (Capellà, 1998; Guiddens, 2008).

I. METODOLOGIA

A presente investigação foi de natureza quantitativa e de caracter exploratório. Optamos por uma amostra de conveniência. Sem nos prendermos a um limite de idade, preferimos usar a noção de que o adolescente, a partir do 9.º ano de escolaridade, define a sua própria vida no âmbito da perspetiva ocupacional (opção por área de estudos ou trabalho), e que detém as bases para afirmar as suas opiniões e as suas opções relativas aos comportamentos sexualizados.

Tendo em conta as características do estudo, optamos pela aplicação, em sala de aula, de um questionário de autopreenchimento onde se solicitaram dados gerais sobre os sujeitos, quer do ponto de vista sociodemográfico, quer de experiências sexualmente conotadas e onde se utilizou a escala Double Standard Scale (DSS) para caracterizar as suas tendências quanto ao Duplo Padrão Sexual. As pontuações podem variar entre 10 e 50 pontos e uma pontuação mais baixa indica uma maior adesão ao padrão sexual tradicional. Esta escala foi construída por Caron et al. em 1993 e já foi utilizada em vários estudos no nosso país (Frias, 2006, 2014; Zangão & Sim-Sim, 2011).

Foi utilizado o programa SPSS-20 para o Windows (Statistic Package the Social Sciences)© na análise estatística dos dados colhidos. A introdução da informação em base de dados informática decorreu até finais de Março de 2014. Na análise descritiva foram usadas medidas de tendência central (média, moda, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e amplitudes de variação) e na estatística analítica aplicando testes de análise de variância.

A presente investigação teve por objetivos:

1. Identificar alguns comportamentos sexuais dos adolescentes e caracterizar as suas tendências quanto ao Duplo Padrão Sexual e;
2. Propôs-se, com base na revisão de literatura, testar as seguintes hipóteses:
 - Os participantes do estudo tendem para um Duplo Padrão Sexual mais liberal;
 - Existem variações do Duplo Padrão Sexual de acordo com o sexo e idade:
 - Os mais jovens manifestam uma menor adesão ao Duplo Padrão Sexual relativamente aos sujeitos mais velhos;
 - Os rapazes são mais liberais do que as raparigas.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudou-se, no período de outubro de 2013 a fevereiro de 2014, uma amostra de 424 jovens, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, de 4 escolas do ensino básico e secundário, localizadas na região do Alentejo, Portugal. Observou-se na Figura 1, no imediato, que a frequência da escolarização obrigatória evidencia uma maior representação feminina (62.26%) do que masculina (37.74%), facto que concorre para a ideia de feminização do ensino, ideia encontrada em níveis académicos superiores conforme os estudos de Joaquim (1999) e de Rosa, (2011). A maior representação da população feminina é um facto encontrado em alguns dos estudos consultados, nomeadamente em Santos (1999) e Priori, (2004). Tais resultados poderão também ser interpretados à luz da relação de masculinidade dos nascimentos, relação essa que tende a inverter-se com o passar do tempo por razões de sobremortalidade masculina.

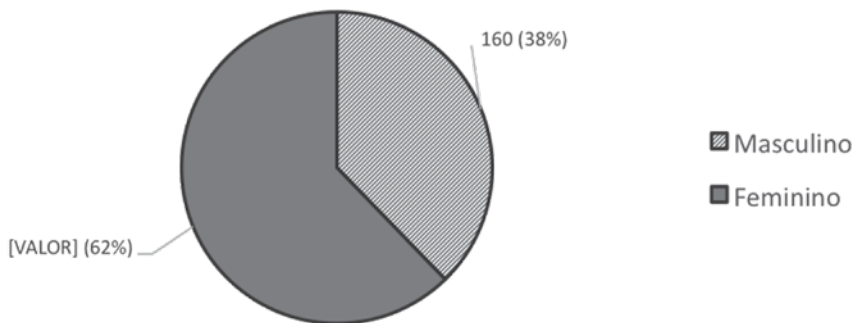


Figura 1. Gráfico Circular de Distribuição dos Sujeitos por Género

Os participantes, com média de idades de 15.54 (d.p.=1.05) [Figura 2], enquadravam-se numa fase particular da vida, a adolescência. Não se verificaram diferenças significativas na idade relativamente ao sexo dos sujeitos ($t=424$; $gl=351$; $p=.232$).

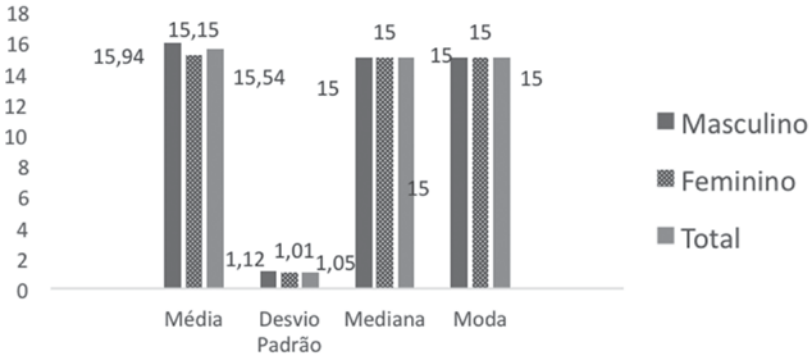


Figura 2. Estatísticas Descritivas da Idade por Género

Caracterizaram-se os sujeitos relativamente a alguns aspetos da vivência da sexualidade [Figura 3]: O recurso preferencial dos sujeitos para obterem informação sobre sexualidade são os amigos da mesma idade (35.14%), não apresentando diferença significativa relativamente aos rapazes e raparigas. Tais resultados confirmam os dados de outros estudos (Braconier & Marcelli, 2000; Frias, 2006; Lopez & Fuertes, 1999; Lopez & Oroz, 1999). O recurso a outros agentes educativos sobre temáticas da sexualidade é contemplado na família, sendo a mãe figura mais representativa (16.98%) comparativamente ao pai (9.43%). Dados semelhantes são encontrados, em 2006, na investigação da autora (Frias, 2006) e confirmam a ideia de Almeida (1987) que refere a figura materna como a mais procurada nas questões da intimidade e dos sentimentos.

Nos resultados encontrados, um aspeto curioso e preocupante é a representação dos adolescentes (56) que afirmam não ter agentes de informação (13.21%), ou seja, não identificam qualquer pessoa-recurso para a aprendizagem da sexualidade. Neste grupo, são mais representativos os rapazes (73.21%), facto que remete para uma interpretação algo conservadora quanto à sexualidade. Ou seja, poderá ser interpretado como uma preocupação mais marcada nos rapazes de exibir que dominam as temáticas relativas ao sexo. Estes resultados terão interpretações variadas, na medida em que também se pode supor que os rapazes têm menos “à-vontade” para as temáticas de âmbito sexual e emocional.

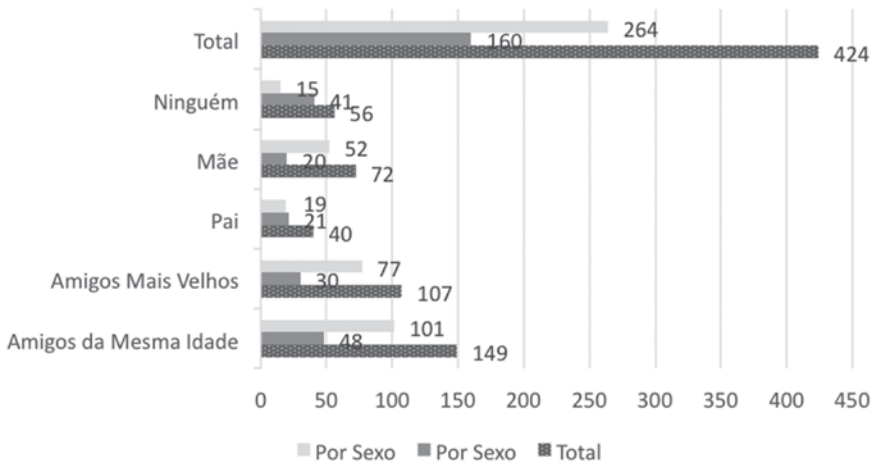


Figura 3. Gráfico de Recursos para Informação sobre Sexualidade

Relativamente à caracterização dos sujeitos quanto a práticas que envolvem expressões da sexualidade tais como: práticas de carícias íntimas, o chamado petting, auto erotismo, experiências de coito, verificou-se que o grupo estudado apresenta alguma experiência sexual.

Contrariando a maneira de estar tradicionalista que proscree a masturbação, identificando-a com riscos morais, religiosos, físicos, intelectuais (Almeida, 1987), Zapian (1993) e Saavedra, Nogueira, & Magalhães (2010), encontram no autoerotismo fatores favorecedores do desenvolvimento adolescente, na medida em que é uma forma de aprendizagem sobre o próprio corpo. Ou seja, o autor (Almeida, 1987) referencia a culpa associada ao comportamento autoerótico, culpa esta ainda muito presente na cultura, como fator de entrave ao desenvolvimento psicosssexual. A masturbação é contudo uma prática onde se observam diferenças de acordo com o sexo ($U(424)=1899$; $Z=-13.56$; $p<.05$), pois a frequência da sua utilização é mais elevada nos rapazes do que nas raparigas corroborando os estudos de Aberastury (1990); Frias (2006) e de López e Fuertes (1999).

Braconnier e Marcelli (2000) dizem-nos que aproximadamente 90% dos rapazes e 40% das raparigas se masturbam durante a adolescência, percentagens que se aproximam aos nossos resultados no caso dos rapazes (88.8%) mas que são muito elevadas comparativamente aos resultados das raparigas (11.2%). Poderemos então supor que, dado o contexto eco-cultural tradicional que perpassa nesta cidade de província, poderá haver alguma

dificuldade das raparigas no toque íntimo ou no autorreconhecimento de práticas masturbatórias. Relativamente à idade mostra o estudo atual que o facto é negado pelos adolescentes mais novos (grupo dos 14 anos), é usado por mais de metade dos participantes na faixa dos 18-19 anos e é usado em percentagens ligeiramente abaixo dos 50% nos grupos etários entre os 14 e os 17 anos.

Relativamente ao petting, [tabela 1] que é utilizado pela maioria dos participantes (60.37%), os resultados encontrados refletem a perspetiva de Braconnier e Marcelli (2000) quando os autores afirmam que é cerca dos 15 anos que as primeiras carícias surgem entre os parceiros sexuais. Reconhecem-se no petting características de primeiras experiências heteroeróticas, uma boa forma de progressão sexualizada que permite a gratificação sexual corpórea e simultaneamente a expressão de sentimentos amorosos (Saavedra, Nogueira, & Magalhães (2010); Zapian, 1993). Considerando o sexo dos participantes, há diferenças significativas ($U(424) = 8012$; $Z = -4.12$; $p = .000$) destas práticas, pois os rapazes utilizaram-nas em 80, 23% dos seus encontros (algumas e muitas vezes), enquanto as raparigas o fizeram, nas mesmas categorias 64, 43%. O coito é, no estudo atual, uma prática pouco representativa, uma vez que 75.47% dos participantes negam ter tido relações sexuais [Tabela 1]. Estes resultados apontam para uma experiência sexual inferior aos dados nacionais referidos por Vasconcelos (1998), pois o estudo atual mostra que 24.53% dos sujeitos tiveram experiência de coito. No estudo anteriormente mencionado tal verifica-se para 24.8%. Resultados semelhantes encontram-se nos estudos de Alves, Fernandes, Nunes e Vasconcelos, (1998) que mostram 25% de experiências de coito no grupo de jovens com 15 a 17 anos. Não se confirmam, no nosso estudo, diferenças de género quanto a frequência de coito, como é observado nos estudos de Alves et al. (1998). Estudos recentes em ambos os sexos revelam que, depois dos 16 anos, quase metade dos adolescentes têm relações de coito, verificando-se que a partir do ano de 1972, a idade média da primeira relação regrediu passando dos 19 para os 15 anos nos rapazes e dos 21 para os 17 nas raparigas, justificando Hamilton e Elizabeth (2009) esta evolução pela liberdade sexual e modificação dos valores tradicionais da família. O comportamento sexual dos adolescentes mudou nas últimas décadas e os fatores que interferem neste comportamento são culturais, familiares, religiosos e socioeconómicos (Saavedra, Nogueira, & Magalhães, 2010). Quanto ao coito, nos sexualmente ativos, não há diferenças significativas relativamente ao sexo dos sujeitos ($U(104) = 10650.5$; $Z = -.233$; $p = .816$).

Tabela 1. Práticas Sexualizadas			
	Petting %	Relações Sexuais %	Auto-erotismo %
Nunca	39,62	75,47	52,12
Algumas vezes	48,11	15,09	28,54
Muitas vezes	12,26	9,44	19,34
Missing	-	-	-

Para trabalhar a variável Duplo Padrão com rigor, na nossa amostra, foi necessário assegurarmo-nos que a medida desta variável era consistente, facto que nos levou a apreciar o valor do α de Cronbach e a fazer paralelismo com estudos de autores que tivessem aplicado este instrumento de colheita de dados. A DSS tem uma boa fiabilidade, avaliada pelos autores Caron, Halteman, Davis e Stickle (1993) numa amostra de 330 estudantes universitários, revelando-se um α de Cronbach de .72. No estudo de Frias (2006) observou-se que o α de Cronbach para 297 sujeitos foi de .76, aproximado ao α de Cronbach encontrado por Caron, et al., (1993).

Para um score total, da escala DSS, entre 10 e 50 pontos, a estatística descritiva mostra que sujeitos atuais tendem para a padrões não tradicionalistas, com uma média nos participantes de 36.78 (d.p.=6.4). Porém, existem diferenças significativas entre rapazes e raparigas ($F(1,420)=12.2$; $p<.05$), pois verificou-se uma média mais elevada ($M=38,16$) nos estudantes do sexo feminino e por isso mais liberais que os do sexo masculino que têm uma média mais baixa ($M=35,41$), como se observa na Figura 4.

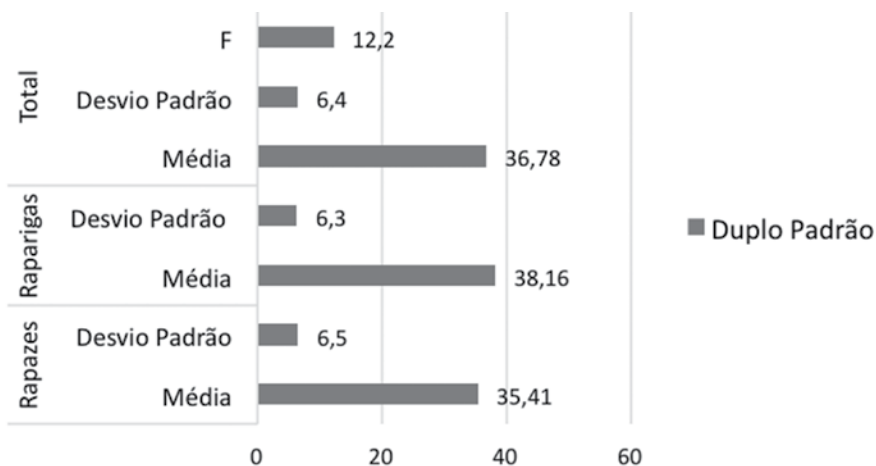


Figura 4. Gráfico de Barras da Análise de Variância One-Way Anova da Diferença de Médias da Escala DSS em Relação ao Sexo dos Sujeitos

Por outro lado, no estudo atual não se observou associação significativa entre a idade e o nível do duplo padrão, quando se considerou a amostra no seu total ($r=-.104$; $N=424$; $p=.058$), facto que foi invertido quando se restringiu a análise aos adolescentes sexualmente ativos. Ou seja, nestes participantes existia associação entre a idade e o duplo padrão tendendo a mostrar-se mais liberais à medida que progrediam na idade. Resultados não confirmados nos estudos dos anos 60 do século passado de Reiss (1961) mas verificado nos estudos de Frias (2006, 2014), Ramos Carvalho e Leal, (2005) e Zangão e Sim-Sim (2011).

Um outro aspeto muito curioso é o facto de nas raparigas sexualmente ativas observa-se que, à medida que crescem em idade, tendem a ser mais conservadoras no que respeita ao duplo padrão. Dados que vão ao encontro das ideias de Hamilton e Elizabeth (2009). Assim, no caso das raparigas, a maior ou menor liberalidade para enfrentar o duplo padrão parece estar mesclada não só pela idade mas também pela existência de relacionamento afetivo-sexual, reproduzindo a ideia da Teoria da Seleção Sexual nos que respeita a papéis masculinos e femininos na continuidade da espécie (Alves, 2006). Quanto aos rapazes não se verificou associação entre as duas variáveis ($r=-.012$; $N= 160$; $p=.834$).

Podemos afirmar, quanto à formulação das hipótese, que estas se confirmam no que diz respeito ao esbatimento do duplo padrão mas não se verificou que as raparigas eram mais tradicionalistas, resultados que vão ao encontro dos estudos de Kelly e Bazzini (2001) e de Sierra, Rojas, Ortega e Ortiz, (2010). Quanto à menor permissividade nos indivíduos mais novos não se verifica na amostra total do estudo, situação verificada ao analisar a idade no género, pois as raparigas mais velhas mostram-se mais tradicionais, resultados que não corroboram os estudos de Sprecher (1989 nem de Sprecher e McKinney (1993) mas corroboram os dados de estudos portugueses (Frias, 2014; Ramos Carvalho e Leal, (2005) e Zangão e Sim-Sim (2011).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Portugal, os estudos científicos sobre sexualidade e Duplo Padrão Sexual são escassos. Estas questões sobre sexualidade e diversidade sexual são ainda difíceis de abordar. Ficam muitas vezes no silêncio, embora cada vez mais sejam abordadas no campo da saúde sexual e reprodutiva.

O Duplo Padrão consiste na variação de aprovação social, face a relações sexuais pré-conjugais, de acordo com o sexo. Ou seja, na interdição para o indivíduo do sexo feminino e na permissão para o indivíduo do sexo masculino de relacionamentos sexuais anteriores ao compromisso socialmente instituído pelo casamento (Milhausen & Herold, 2001).

Contudo o legado cultural dos papéis masculino-feminino e os modelos próximos, mais ou menos conservadores, de figuras parentais podem ser influenciadores das pessoas que estão por ora a construir a sua própria postura face à sexualidade (Ramos, Carvalho & Leal, 2005).

Assim face ao trabalho desenvolvido, onde foram questionados 424 adolescentes que rondam os 14 a 19 anos, que tinham como agentes de informação, preferencial, sobre a sexualidade os amigos, tendo a maior parte relacionamentos de namoro e sendo uma minoria sexualmente ativos, encontramos as seguintes conclusões que passamos a enunciar:

Tendem os sujeitos, no seu total, para atitudes liberais quanto aos padrões sociais sexuais masculino-feminino, mostrando as raparigas um padrão menos tradicionalista. Observou-se que a idade não é um fator influenciador do duplo padrão na medida em que não há correlação entre estas variáveis. Porém, ao considerar os sujeitos sexualmente ativos, observou-se que as raparigas se manifestam como mais tradicionalistas, sugerindo que o início do relacionamento sexual é um marco de definição dos papéis sexuais socialmente esperados.

O estudo possibilitou aprofundar informações sobre o Duplo Padrão Sexual e espera-se contribuir para a reflexão acerca da vivência afetivo-sexual e da construção das conceções sobre o masculino e o feminino. Identificar temáticas para discussão acerca das diferenças/semelhança entre homens e mulheres e a realização de atividades dirigidas para a mudança de atitudes e comportamentos dos jovens é o objetivo futuro deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, (1990). Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas
- Alferes, V. (1997). Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade. Porto: Afrontamentos.
- Almeida, J. (1987). Adolescência e maternidade. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Alves, N. Fernandes, A., Nunes, J., & Vasconcelos, P. (1998). Jovens portugueses de hoje (Cabral, M. & Pais, J. coords.): Lisboa: Celta

- Alves, M. (2006). Representações sociais e sexualidade: duplo padrão sexual ou padrão sexual de gênero? *Psychologica*, 41, 25-43.
- Braconier A & Marcelli, D. (2000). *As mil fases da adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baumeister, R. & Twenge, J. (2002) – Cultural suppression of female sexuality. *Review of General Psychology*, 6, 2 166-203.
- Birier, F. (2002). Comportamiento animal y sexualidad humana. Universidad de Valência. Retirado da World Wid Web em 11 de março de 2014. <http://www.naturamuseo.org/actividades/confe.1.htm>
- Capellà, A. (1998). *Sexualidades Humanas, Amor e Loucura – Conferências de Psicanálise*. Lisboa: Climepsi;
- Caron, S., Davis, C., Halteman, W. & Stickle, M. (1993). Double standart scale. In C. Davis & W. Yarber & R. Bauserman & G. Schreer & S. Davis (Eds.) *Handbook of sexuality-related measures*. California: Sage Publications.
- Fabião, E. (1998). Adolescentes, pares e família. Que cumplicidade? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 29 (1).
- Frias, A. (2006). Crescer Aqui! - O Duplo Padrão Sexual. *Revista Enfermagem e Sociedade*, 1, 17-24.
- Frias, A. (2014). Sexual double standard and contraception in adolescents. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(1), 359-368. ISSN: 0214-9877;
- Guiddens, A. (2008). *Sociologia*. 6.ªed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Hamilton L, & Elizabeth A. (2009). Gendered Sexuality in Young Adulthood: Double Binds and Flawed Options. *Gender & Society*. 23: 589-617.
- Joaquim, T. (1999). Panorama geral da situação das mulheres em Portugal nos últimos 25 anos. In Direcção Geral de Saúde. *A saúde da mulher*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Kelly, J. & Bazzini, D. (2001). Gender, sexual experience, and the sexual double standard: Evaluations of female contraceptive behavior. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2001; 45: 785-799.
- Kreager, D. & Staff, J. (2009). The Sexual Double Standard and Adolescent Peer Acceptance. *Social Psychology Quarterly*. Jun; 72:143-64.
- Lopez, F. & Fuertes, A (1999). *Para compreender a sexualidade*. (A M. Marques e L. Silva, Trad.). Associação para o Planeamento da Família: Lisboa. (obra original publicada em 1989).
- Lopez, F. & Oroz, A. (1999). *Para compreender a vida sexual del adolescente*. Estella (Navarra): Editorial Verbo Divino.
- Milhausen, R. & Herold, E. (1999) – Does the sexual double standart still exist ? Perceptions of university women. *The Journal of Sex Research*, 36, 4 361-368.
- Milhausen, R. & Herold, S. (2001). Reconceptualizing the sexual double standard. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13(2), 63-83.
- Ogden, J. (1999) – *Psicologia da saúde*. (C. Patrocínio e F. Andersen, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Ramos, V., Carvalho, C. & Leal, I. (2005). Atitudes e Comportamentos Sexuais de Mulheres Universitárias: A Hipótese do Duplo Padrão Sexual. *Análise Psicológica* 23(2):173-186. Consultado em Outubro 2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a08.pdf>

- Reiss I (1956). The Double Standard in Premarital Sexual Intercourse. *A Neglected Concept, Social Force*. Mar; 34:224-230.
- Reiss I. (1961). Standards of Sexual Behavior. "In" Albert. Ellis and Albert Abarbanel (eds.). *The Encyclopedia of Sexual Behavior*. Hawthorn. 2:996-1004.
- Reiss, I. (2001). Sexual attitudes and behavior. In: Smelser, N.J.; Baltes, P.B. (Ed.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. New York: Elsevier.
- Rosa, R. (2011). Feminização do Magistério: Representações e Espaço Docente, *Revista Pandora Brasil*. Cultura e materialidade escolar, ed. Especial (4).
- Saavedra, L., Nogueira, C. & Magalhães, S. (2010). Discursos de jovens adolescentes portugueses sobre sexualidade e amor: implicações para a educação sexual. *Educ Soc*. Jan/Mar. 31(11):135-56. Consultado em Janeiro de 2014. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>.
- Santos, J. (1999). Preocupação dos adolescentes e algumas práticas dos seus estilos de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 172. pp 27-41.
- Sierra, J., Rojas, A., Ortega, V. & Ortiz, J. (2010). Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scales (RSAS). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. April. 7(1):41-60. Consultado em Maio 2014. Disponível em: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num1/157.html>.
- Sprecher, S. (1989). Premarital sexual standarts for different categories of individuals. *The Journal of Sex Research*, 26,2 232-248.
- Sprecher, S. & Mckinney, K. (1993). *Sexuality*. Newbury Park: Sage Publications.
- Williams J. (2009). *Manual de Ética Médica*. 2.^a (ed.) Francia: Asociación Médica Mundial. Consultado em Outubro em 2012 Jul. Disponível em: http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf.
- Vasconcelos, P. (1998). Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses. In Cabral M. & Pais, J. (Coords.) *Jovens portugueses de hoje: Resultados do inquérito de 1997*. Secretaria de Estado da Juventude. (p 215-305). Oeiras: Celta Editora.
- Zapian, J. (1993). Riesgo de embarazo no deseado en la adolescencia y juventud. *Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer*.
- Zangão, O. & Sim-Sim, M. (2011). Duplo Padrão Sexual e Comportamentos Afetivo-Sexuais na Adolescência. *Revista de Enfermagem UFPE On Line [Reuol] – Qualis Capes B2* [ISSN: 1981-8963 – DOI: 10.5205/1718-11976-4], v. 5(esp), Março/Abril: 328-335.

ADOLESCENTES: SIDA E ATITUDES FACE À SEXUALIDADE

Manuela Maria da Conceição Ferreira
Ermelinda Manuela Teixeira Bento
Claudia Margarida Balula Chaves
João Carvalho Duarte
Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Sexualidade do adolescente e SIDA são dois conceitos complexos e desafiadores pelas características que individualmente encerram, complexidade e desafios que, por vezes os faz cruzar no percurso de uma vida. Dois conceitos que, numa primeira abordagem se nos afiguram inconciliáveis mas que uma reflexão mais cuidadosa nos mostra que são como pólos opostos que se atraem, confirmando as leis da física. Os dados fornecidos pela Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), no seu relatório global de 2012, indicam que dos 34,2 milhões de pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) 3,4 milhões são menores de 15 anos, salientando-se ainda que os jovens, dos 15 aos 24 anos, emergem como grupo de maior contaminação, atingindo 41% dos novos casos, constituindo-se assim como um preocupante problema de saúde pública.

O adolescente, a vivenciar uma etapa de construção de autonomia e identidade, importantes na passagem da sexualidade infantil para a sexualidade adulta, é, pela sua imaturidade e comportamentos sexuais de risco, um ser particularmente vulnerável (Nodin, 2001; Matos, Battistutta, Simões, Carvalhosa, Dias, & Gonçalves, 2003; Matos, Simões, Tomé, Pereira, & Diniz, 2006), sendo a infecção pelo VIH uma importante forma de expressão desta vulnerabilidade. A vulnerabilidade decorre também de factores de natureza social e económica, cultural e de género, destacando-se a pobreza e a marginalização social como evidentes determinantes da infecção, proporcionando contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos. Para diminuir essa vulnerabilidade, sobretudo em contextos de maior dificuldade económica e social, importa reforçar a educação formal, contrariar as desigualdades de género e combater a violência (Portugal, Ministério da Saúde, [Portugal, MS], 2012). Consciente desta necessidade a comunidade internacional, política, científica e civil, uniu-se numa luta empenhada com o objectivo de contribuir para a consecução da visão da UNAIDS (2010 p. 9), zero novas infecções.

Porém apesar deste empenho as estatísticas falam por si e revelam que toda a união de parcerias, esforços e solidariedades não foram ainda suficientes para atingirmos o objectivo ambicioso a que o mundo se propõe, contribuir para a erradicação deste flagelo. Em países com epidemias generalizadas, uma combinação de mudanças de comportamento, incluindo a redução no número de parceiros sexuais, o uso do preservativo, a idade mais tardia da primeira relação sexual, a circuncisão voluntária tem reduzido o número de novas infecções, se bem que em alguns países, ainda de uma forma muito ténue (UNAIDS, 2011). Assim, decorridos todos estes anos de pequenas conquistas e aprendizagens é fundamental investir em intervenções de prevenção para reduzir o seu risco de infecção pelo VIH.

O interesse que a adolescência, enquanto fase de desenvolvimento, desperta nas diferentes áreas do conhecimento estende-se à sexualidade. Nunca se falou tanto de sexualidade na adolescência, dos seus determinantes, das suas manifestações e sobretudo dos seus riscos. A explosão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e da Hepatite B vieram reavivar esta visão da adolescência como período de comportamentos e vivências de risco (UNESCO, 2009). A sexualidade vai assumindo diferentes características de acordo com a idade, está presente desde o nascimento, sendo que a adolescência é apenas palco da transformação biológica fundamental para o alcance da maturidade sexual e da capacidade de reprodução (Sprinthall & Collins, 2005). A sexualidade que se reacende nesta etapa do ciclo vital é muito mais do que o apelo à perpetuação da espécie ou da consumação do prazer físico, é um estar que se redescobre e reinventa numa espiral de sonhos, desejos, afectos, partilhas, medos, frustrações e angústias, mas também fonte de comunicação, de afecto, de prazer, de bem-estar consigo e com os outros. Refere-se à capacidade em iniciar e manter uma relação íntima com alguém especial em particular, numa base de doação (Fonseca, 2005b). A naturalidade deste percurso é muitas vezes modificada pela influência de factores familiares culturais, religiosos e sociais que podem comprometer o natural desenvolvimento da sexualidade podendo mesmo desviá-la da sua condição humana (Fonseca 2005b; UNESCO, 2009).

Também a auto percepção da adolescência difere de acordo com o género: as raparigas procuram alcançar os padrões de beleza ideal culturalmente instituídos, já os rapazes, que nas sociedades ocidentais são cada vez mais prisioneiros dos padrões de beleza, pretendem desenvolver e mostrar a sua dominância, a sua masculinidade (Pereira, Fanelli, Pereira, & Rios, 2007). Numa outra dimensão salientamos igualmente que assistimos, hoje, a novas formas de relacionamento afectivo e sexual onde a paixão é fugaz e efémera, é a época do “ficar”, do “curtir”, do “andar” (Fonseca, 2005b; Pereira et al., 2007).

Ainda partilha Sánchez (2010, p.13) que os adolescentes são cada vez mais liberais nas suas atitudes, cedendo mais facilmente às relações de intimidade; há uma tendência acentuada para a multiplicidade de parceiros; e o tempo que decorre entre as primeiras relações de intimidade e o coito é curto, as raparigas são cada vez menos passivas e assumem o controlo da sua sexualidade, rompendo com a norma dos papéis que lhe eram consignados. A primeira relação sexual coital acontece em condições de risco, não fazendo uso de qualquer método de protecção. Os mais jovens correm mais riscos mudando o cenário com a idade e o estabelecimento de relações mais estáveis. Estas atitudes entroncam nas características do adolescente, na natureza da pulsão sexual e na própria sociedade que permite e estimula a sexualidade sem fornecer a informação e o apoio que o jovem necessita nesta fase do seu desenvolvimento (Sánchez, 2010).

No âmbito da sexualidade podemos dizer que as atitudes identificam a nossa tendência ou predisposição para responder a um objecto de índole sexual, seja ele uma pessoa, uma situação ou um conjunto de normas, costumes e condutas, que rege a sexualidade. A sexualidade será, então, uma experiência social que se insere num determinado sistema de significado designado Cultura Sexual. Assim, o grupo sexual de pertença, o número de parceiros, as práticas sexuais, os métodos contraceptivos e o modo de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis são conceitos culturais sobre os quais cada cultura constrói uma série de normas e desvios (Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo, & Polónia, 2008). Já Lopéz e Fuertes (1991) distinguem dois grandes grupos quando se fala de atitudes face à sexualidade, os conservadores e os liberais. Em regra, os adolescentes são mais liberais, porque são mais experimentalistas e espontâneos do que os adultos. A vertente conservadora é mais redutora, sendo a sexualidade vista como um meio que tem por fim quase único a reprodução. Uma visão conservadora da sexualidade encerra uma opinião moralista relativamente a uma série de temas socialmente polémicos, nos quais se inserem: o divórcio, as relações pré-matrimoniais, a homossexualidade, a bissexualidade, a masturbação, o aborto, o uso de contraceptivos e o direito à sexualidade.

A vertente liberal entende a sexualidade como uma importante dimensão humana quando integrada num sistema de relações afectivas que inclui o afecto, a comunicação e o prazer. The Face of Global Sex (Durex Network, 2010), estudo realizado em 15 países da Europa, no qual Portugal não está incluído, com o objectivo de avaliar as atitudes e o nível de conhecimentos dos adolescentes (entre os 15 e 20 anos), em relação à saúde sexual, concluiu que as raparigas têm mais conhecimentos sobre sexualidade e saúde sexual estando mais conscientes dos riscos que os rapazes. Resultados idênticos

obtiveram os estudos Nodin (2001); Vilar e Ferreira (2008); Nelas, Silva, Ferreira, Duarte, Chaves e Nelas (2010a); Nelas, Silva, Ferreira, Duarte e Chaves (2011). A variável sexo traduz diferenças significativas nas intenções e crenças comportamentais na área da gravidez não planeada e no VIH/SIDA, sendo reportados ao sexo masculino comportamentos de risco mais significativos, cuja explicação pode basear-se nas diferenças educacionais e nas diferentes expectativas que culturalmente se impõe a rapazes e raparigas (Nodin, 2001). Tradicionalmente os programas de educação sexual também marcam esta diferença iniciando e concentrando-se mais nas transformações biológicas das raparigas do que nas que afectam os rapazes. As raparigas têm mais à vontade para entre si debaterem as suas dificuldades e preocupações do que os rapazes (Durex Network, 2010). Os adolescentes declaram que os seus interesses em relação à sexualidade se centram na afectividade e na procura de um parceiro, do objecto sexual, não menosprezando, obviamente, a preocupação com a prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e gravidez na adolescência (Freitas & Dias, 2010).

A idade média para a primeira relação sexual é cada vez mais precoce e tem sofrido uma evolução para baixo, colocando o adolescente numa situação de maior vulnerabilidade. Matos, Ramiro e Reis (2013) referem que na população portuguesa a actividade sexual é iniciada maioritariamente entre os 14 e os 15 anos. Os dados sugerem, no entanto, que os rapazes são mais propensos do que as raparigas a utilizar preservativos durante essas relações de alto risco, embora elas estejam expostas a maior risco de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive VIH/SIDA (UNICEF, 2011). O estudo de Matos et al. (2013) evidencia que são os rapazes que maioritariamente aderem ao preservativo enquanto as raparigas se identificam mais com a pílula. A idade é uma variável que tem interferido positivamente no uso de contraceptivos, sendo que quanto mais velhos os adolescentes, maior é a probabilidade de os usarem logo que iniciam a actividade sexual (Campos, 1990). Muitas vezes a timidez e a falta de intimidade são factores dificultadores na tomada de decisão para o uso do preservativo (Freitas & Dias, 2010). A maioria dos adolescentes (52%) considera que a decisão sobre a altura ideal para a primeira relação sexual é mútua. Quando comparados os géneros 40,1% dos rapazes e 30,4% das raparigas dizem que a decisão cabe ao homem; só 4,5% dos adolescentes do sexo masculino e 2,3% do sexo feminino afirmam que a responsabilidade é da rapariga; 11,3% das adolescentes afirmam que é por pressão de um deles, já a maioria dos mais novos afirma que a iniciativa pertence maioritariamente ao sexo masculino (Matos et al., 2013).

As fontes de informação sobre a sexualidade a que os adolescentes mais recorrem são os amigos (as) (quase entre os 50% e 70% em todos os temas),

a mãe (à volta dos 40% em todos os temas), o(a) namorado(a) entre os 20% e os 30%, (mais risco de gravidez, contracepção, relações amorosas, início da vida sexual), professores cerca de 30% (SIDA, IST, contracepção e violência), o pai só sobre alguns temas gerais, cerca de 30% (aborto, SIDA, violência), com profissionais de saúde, 15 a 18% só contracepção e consultas (Vilar & Ferreira, 2008; Marinho & Anastácio, 2012). Quando comparados os géneros concluiu-se que as raparigas têm uma atitude mais positiva face à contracepção e os rapazes uma atitude mais positiva nas temáticas de cariz sexual (Matos et al., 2011). Partindo desta matriz de resultados, subscrevemos a opinião de Nelas, Aparício, Duarte, Ferreira, Albuquerque e Fernandes (2013) quando afirmam que a implementação de uma formação credível e eficiente no âmbito da sexualidade é primordial.

Os adolescentes têm uma percepção positiva sobre a Educação Sexual afirmando que tem por objectivo proporcionar-lhes mais informação (72,6%) ou como sendo o espaço ideal para o esclarecimento das suas dúvidas (42,1%). Confirmam a sua importância e pertinência ao referirem que ficaram esclarecidos nas sessões (48,3%) ou muito esclarecidos (27,2%), resultados também encontrados por Chaves, Pereira, Martins, Nelas, Coutinho e Ferreira (2010a). Comparados os géneros rapazes saem mais esclarecidos do que as raparigas (Matos et al., 2013). The Face of Global Sex (Durex Network, 2010) reflecte assim a realidade europeia, uma educação sexual tardia tem um impacto negativo nos conhecimentos e atitudes dos jovens face à sexualidade. Em ambos os sexos, os jovens com níveis elevados de educação sexual referem menos vezes “medo no início das relações sexuais” e pressão no seu início. Nas raparigas níveis elevados de educação sexual estão associados a níveis mais intensos de satisfação e de excitação na vivência das relações sexuais. Existe uma associação entre níveis elevados de educação sexual e o uso mais frequente do preservativo nas primeiras relações (Vilar & Ferreira, 2008).

As intervenções formativas escoam os seus objectivos se não forem sensíveis aos reais desejos e anseios dos adolescentes e se não privilegiarem, na sua estruturação, os resultados dos inúmeros estudos realizados nesta área salvaguardando elementos tão importantes como a área de residência, rendimento económico e formação académica dos progenitores, as diferenças etárias e de género. A adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que os seus comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adultos. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida (Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira, & Linhares, 2006).

Partindo deste enquadramento, o nosso estudo teve como principal objectivo analisar a influência das atitudes face à sexualidade nos conhecimentos dos adolescentes no domínio SIDA.

I. METODOLOGIA

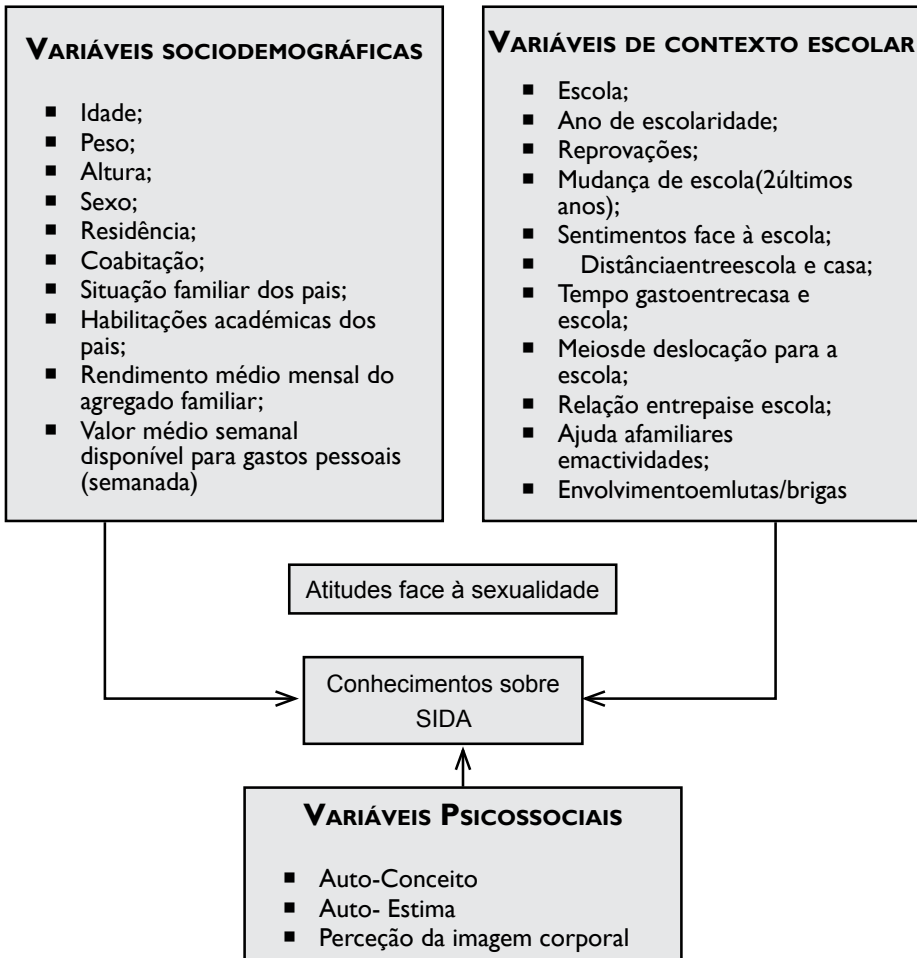
Conceptualizámos um estudo transversal, de natureza quantitativa e uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental. Relativamente às variáveis, consideramos os conhecimentos dos adolescentes sobre sida como a nossa variável dependente, e variáveis de contexto sociodemográfico, escolar e psicossocial, bem como as atitudes dos adolescentes face à sexualidade, como as nossas variáveis independentes, conforme expresso na representação esquemática da figura 1, que subentende o desenho conceptual da investigação.

Em relação aos participantes recorreremos a uma amostra, não probabilística por conveniência, constituída por 971 adolescentes, do ensino secundário público português, a frequentar diferentes anos de escolaridade (375 alunos no 10º ano de escolaridade; 306 alunos no 11º; e 290 alunos no 12º ano), na sua maioria do sexo masculino (50,77%) com uma média de 16.80 anos, um desvio padrão de 1,38. Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados em escolas inseridas em locais rurais e urbanos distintos e respeitaram-se os seguintes critérios de inclusão: (1) pertencerem às turmas seleccionadas; (2) idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos; e (3) participação voluntária no estudo.

A colheita de dados foi processada com recurso a um instrumento de medida auto-aplicado, o qual incorpora escalas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa (com apreciável consistência interna), além de uma ficha sociodemográfica especificamente construída para o âmbito do presente estudo. Em concreto, o instrumento de colheita de dados, estruturado em 4 secções, integra: a Escala de Auto-estima de Rosenberg (Romano, Negreiro, & Martins, 2007), o Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986); a Escala de Atitudes face à Sexualidade (Nelas, Fernandes, Ferreira, Duarte, & Chaves, 2010b); e a Escala de Conhecimentos sobre SIDA para Adolescentes (Zimet et al., 1989), com a particularidade, desta última, ter sido traduzida e validada, pelos autores do estudo, para a população portuguesa,

tendo evidenciado valores de alfa de Cronbach entre os 0,865 e os 0,867, abonatórios de uma boa consistência interna.

Figura I. Desenho conceptual da investigação



O período de colheita de dados decorreu durante o mês de Março de 2012 tendo-se previamente, numa primeira fase, submetido o protocolo do instrumento de medida à aprovação da Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular do Governo Português e, numa segunda fase, solicitada autorização aos órgãos directivos das escolas e obtido o consentimento informado dos encarregados de educação dos alunos e dos próprios. O tratamento estatístico foi efectuado com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS – versão 20.0), que facultou a elaboração das estatísticas descritivas e inferenciais.

2. RESULTADOS

A população do nosso estudo tem idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos, com uma média de 16.80 anos, um desvio padrão de 1,38. O grupo etário mais representativo é o de idade ≤ 16 anos - 43.40%, seguido dos indivíduos de 17 anos - 30.30% e dos adolescentes com idade ≥ 18 anos - 26.40%. Residem em meio rural (66,40%), coabitam com os pais (77,30%); que são casados ou a viver em união de facto (84,60%); pai e mãe em maioria inseridos no grupo de escolaridade do 2º e 3º ciclo 45,30% e 44,50%, respectivamente; o agregado familiar tem um rendimento mensal médio alto ou alto (56,70%); o adolescente tem um valor médio para gastos semanais $\leq 10,00$ € (69,00%).

A síntese dos resultados das diferentes variáveis em estudo permite-nos desenhar o modelo do adolescente que integra a nossa amostra: estuda no 10º ano de escolaridade (38,60%); nunca chumbou (57,40%); não mudou de escola nos últimos dois anos (61,90%); gosta da escola (62,00%); afirma que os seus pais estão “sempre” prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola (58,70%) e que os seus pais por vezes vão à escola falar com os professores (42,60%). Raramente pratica exercício físico fora da escola (51,60%); lava os dentes mais do que uma vez por dia (65,70%); não está a fazer uma dieta alimentar para perder peso, pois considera que tem o peso adequado (55,70%); percepção o seu aspecto físico como detendo o peso ideal (54,40%). Tem boa auto-estima (47,40%); bom auto-conceito (45,30%); apresenta atitudes desfavoráveis face à sexualidade (44,07%).

No âmbito da variável conhecimentos sobre SIDA os resultados obtidos indicam que, a maioria dos adolescentes possui conhecimentos suficientes (51,1%), contudo, uma percentagem importante (48,9%), manifestam conhecimentos insuficientes, o que traduz uma situação de risco e necessidade de intervenção nos sujeitos que pertencem a este grupo.

Os adolescentes dos nossos dias têm uma enorme facilidade no acesso à informação parece, no entanto, existir um desajustamento entre a informação que possuem e a adopção de atitudes positivas e promotoras de uma saúde sexual e reprodutiva de excelência (Nelas et al., 2010c). Esta premissa consubstancia a pertinência da relação estabelecida entre as variáveis Conhecimentos sobre SIDA e Atitudes face à Sexualidade. Os resultados alcançados mostram que os alunos que possuem atitudes favoráveis apresentam os maiores índices de conhecimentos suficientes (48,4%) ao invés, os alunos com atitudes desfavoráveis detêm as percentagens mais

elevadas de conhecimentos insuficientes (55,6%). Os valores de ($X^2=52,647$; $p=0,000$) certificam a significância estatística validada pelos resíduos ajustados que revelam que as diferenças se situam entre os adolescentes que têm atitudes favoráveis e conhecimentos suficientes e os que possuem atitudes desfavoráveis e conhecimentos insuficientes.

Tabela 1. Conhecimentos sobre SIDA e Atitudes face à Sexualidade

Conhecimentos	Insuficiente		Suficiente		Total		Residuais		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	Insuf	Suf		
Atitudes	475	48,9	496	51.1	971	100				
Desfavorável	264	55.6	164	33.1	428	44.1	7,1	-7,1	52,647	0,000
Indiferente	73	15.4	92	18.5	165	17.0	-1,3	1,3		
Favorável	138	29.1	240	48.4	378	38.9	-6,2	6,2		
Total	475	100	496	100	971	100				

A correlação utilizada para cruzar a auto-estima o auto-conceito e as atitudes face à sexualidade com os conhecimentos sobre SIDA, revela que as correlações entre as diferentes variáveis e os conhecimentos são fracas, positivas e significativas, o maior valor de correlação ($r= 0.384$) situa-se nas atitudes face à sexualidade. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que quanto melhor o auto-conceito, e auto-estima maiores os conhecimentos sobre SIDA.

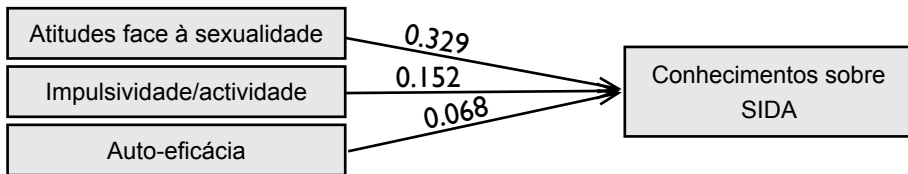
Tabela 2. Correlação de Pearson entre os Conhecimentos dos adolescentes sobre SIDA, e as variáveis Atitudes face à sexualidade, Auto-estima e Auto-conceito

Variáveis	R	p
Atitudes face à sexualidade	0,384	0,000
Auto-estima positiva	0,196	0,000
Auto-estima negativa	0,176	0,000
Auto-estima (Global)	0,219	0,000
Aceitação/rejeição social	0,152	0,000
Auto-eficácia	0,239	0,000
Maturidade psicológica	0,213	0,000
Impulsividade/actividade	0,264	0,000
Auto-conceito (Global)	0,277	0,000

Posteriormente a esta análise foi efectuada uma regressão múltipla da qual os modelos gerados foram três, tendo revelando que as atitudes face à sexualidade foram a primeira variável a ingressar na regressão, explicando, por si só, 14,7% das variação dos conhecimentos sobre SIDA, no segundo modelo de regressão entrou a impulsividade/actividade e estas duas variáveis, no seu conjunto, passaram a explicar 17,8%. A última variável a integrar o modelo de

regressão é a auto-eficácia que por si só explica apenas 2% da variabilidade dos conhecimentos sobre SIDA. A variação é em sentido directo o que nos permite afirmar que a mais conhecimentos sobre SIDA correspondem melhor auto-conceito, melhor auto-eficácia e melhores atitudes face à sexualidade.

Em síntese o modelo final pode representar-se pela seguinte figura:



A síntese do modelo de adolescente que integra nosso estudo e que demonstra uma percentagem mais elevada de conhecimentos sobre SIDA evidencia um indivíduo do sexo feminino ($p=0,000$); com 17 anos de idade ($p=0,004$); residente em meio urbano ($p=0,356$); filho de pais solteiros ou em separação de facto ($p=0,529$); que têm como habilitações literárias o ensino superior ($p=0,000$); agregado familiar com rendimento mensal médio/médio alto ($p=0,040$); valor semanal para gastos pessoais $>10 \leq 25$ Euros ($p=0,955$); está no 12º ano de escolaridade ($p=0,000$) e nunca chumbou ($p=0,000$);

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A SIDA é uma doença social, de índole comportamental, o adolescente ao fundamentar os comportamentos de protecção no conhecimento científico, tornar-se-á proprietário de um know-how que lhe permite uma melhor percepção das situações de risco, empoderando-se, assim, para uma tomada de decisão mais responsável (Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007a). Alicerçados por esta premissa recorreremos à Escala de Conhecimentos sobre SIDA de Zimet et al. (1989), instrumento que corresponde às nossas expectativas pois avalia especificamente o conhecimento científico, permitindo-nos mensurar “Qual o nível de conhecimentos sobre VIH/SIDA dos adolescentes?”

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos adolescentes possui conhecimentos suficientes (51,1%), contudo, uma percentagem importante (48,9%), manifestam conhecimentos insuficientes o que traduz uma situação de risco e necessidade de intervenção nos sujeitos que pertencem a este grupo. Os resultados obtidos por outros estudos revelam percentagens superiores ao nosso, Camargo & Botelho, (2007b) afirmam que 86,7% dos participantes da

sua investigação se consideram bem informados sobre VIH/SIDA, para Brêtas, Ohara, Jardim e Muroya (2009), o valor auferido na mensuração foi de 100%. A leitura dos valores relacionados com percepções auto reportadas tem que ser cuidadosa pois, a avaliação dos saberes não pode basear-se simplesmente no cálculo dos conhecimentos que o adolescente diz ter, é essencial avaliar a eficácia da sua implementação. Muitos estudos concluem que os adolescentes possuem saberes diversificados mas incompletos, modestos, inconsistentes pouco específicos no plano cognitivo, retratando o perfil das informações contidas nas campanhas de prevenção veiculadas pelos média, sobre o VIH/SIDA, não apresentando saberes profundos sobre as formas de transmissão (Torres, Davim & Almeida 1999; Matos et al., 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Almeida, Silva & Cunha, 2007).

A análise descritiva, relativa à incidência dos conhecimentos dos adolescentes analisados por item da escala e considerando as diferenças entre os sexos, revela que as adolescentes do sexo feminino apresentaram percentagens superiores nas respostas correctas (dezassete questões) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino que apenas se suplantaram em quatro questões. As diferenças encontradas traduzem significância estatística nos itens em doze dos dezassete itens que a constituem ($p=0,000$).

A epidemia do VIH/SIDA está a diversificar-se e a tornar-se mais complexa, com novos padrões epidemiológicos (UNESCO, 2012). A diminuição acentuada do número anual de mortes e o aumento verificado no número de sujeitos portadores de infecção por VIH/SIDA resultam de um conjunto de ações onde se incluem os programas de prevenção e ensino aliados ao poder, a maior eficácia e sobretudo a maior acessibilidade, aos medicamentos anti-retrovirais, aumentando acentuadamente a esperança média e a qualidade de vida dos indivíduos (Portugal [MS], 2012). A acção conjunta destas variáveis diminuiu o potencial de transmissão do vírus alterando positivamente o cenário que a implementação desta doença imprimiu à humanidade. Contudo, permanecem os grandes desafios, jovens entre os 15-24 anos representam 40% das infecções recentes, e muitos deles continuam sem acesso à informação, ao desenvolvimento de competências e a serviços de apoio fundamentais para a prevenção (UNAIDS, 2012). No nosso estudo 61,1% dos inquiridos considera que "...as pessoas morrem com a doença da SIDA", no entanto, há ainda uma percentagem importante 38,9 % que não tem esta noção, este valor aliado aos 26,4% dos que pensam que "...há uma cura para a SIDA" deixa antever adolescentes vulneráveis. É muito importante reforçar as medidas de prevenção na população mais jovem para quem a SIDA já não é uma doença mortal. Esta realidade foi também confirmada por Almeida, Silva e Cunha (2007) que concluíram no seu estudo que a maioria dos adolescentes

(94%) identifica a SIDA como uma doença normal, não a reconhecem como uma doença grave (70,1%). Thiengo, Oliveira e Rodrigues (2005), num estudo realizado no Brasil, Ocran e Danso (2009) num estudo realizado no Gana, concluem que os jovens adolescentes percebem a infecção por VIH/SIDA como real, reconhecendo que é uma doença contagiosa, incurável e grave, responsável pela incapacidade e morte de milhões de pessoas jovens, em idade activa e produtiva, com reflexos negativos no progresso e desenvolvimento das comunidades. Camargo, Barbará e Bertoldo, (2007a) afirmam que a representação social da SIDA para a população em geral é ainda composta por elementos como: doença, medo, sofrimento, preconceito e morte, para os adolescentes, grupo que para além das campanhas informativas teve acesso a uma educação sexual formal, a representação social difere já da década de 90 incluindo os elementos prevenção e responsabilidade.

A maioria da amostra revelou conhecimentos sobre as principais vias de transmissão do VIH/SIDA: sexual (“...a SIDA pode ser transmitida se um homem tiver relações sexuais com outro homem que tem SIDA” (70,3%) “...uma mulher pode contrair SIDA tendo relações sexuais com um homem que tem SIDA.” (84,8%)); vertical (79,1%). A transmissão parentérica encerra as questões que obtiveram as percentagens mais baixas de respostas certas “...podes contrair SIDA a doar sangue” 38,2%, “há uma elevada probabilidade de contrair SIDA caso faça uma transfusão sanguínea.”, com apenas 24,9% de respostas certas. Também Camargo e Botelho (2007b) observaram que mais de 30% dos adolescentes escolares pensam que “dar sangue” ou estar internado num hospital podem ser veículos de transmissão. Camargo e Botelho (2007b), Brêtas et al. (2009), afirmam que maioria dos adolescentes dos seus estudos mostra conhecimentos adequados e consistentes sobre os principais modos de transmissão do VIH/SIDA. Os jovens reconhecem como meios de transmissão do VIH a relação sexual sem o uso de preservativo (sexo oral, anal e vaginal); a transfusão de hemoderivados; a partilha de agulhas e seringas com sangue contaminado entre usuários de drogas injectáveis; de mãe para filho, durante a gravidez e parto (transmissão vertical); nenhum adolescente citou a via do leite materno de mães VIH positivo e o uso de objectos perfurantes e cortantes contaminados, transmissão ocupacional.

Ocran e Danso (2009) referem que no seu estudo os adolescentes identificam o uso de material perfurante e cortante contaminado como uma das vias de transmissão. No âmbito dos contactos sociais 31,1% dos nossos respondentes ainda admite que “...há uma elevada probabilidade de a SIDA poder ser transmitida através da partilha de um copo de água de alguém que tem SIDA.”; 14,2% pensa que “...pode contrair SIDA pelo aperto de mão com alguém que tem SIDA.” e 48,7% considera que “...há uma grande

probabilidade de contrair SIDA num tampo de uma sanita.” Também Brêtas et al., (2009) referem que uma percentagem de (17% a 10%) ainda pensa que pode haver transmissão por superfícies contaminadas e uma percentagem mínima (1% a 2%) ainda refere o abraço como meio de transmissão. Os estudos consultados estão todos de acordo com os dados apresentados concluindo que a grande maioria dos adolescentes, com resultados sempre superiores a 80% reconhecem as diferentes vias de transmissão do VIH, sexual, parentérica e vertical subsistindo no entanto concepções desafortunadas onde se incluem como vias de transmissão o uso de casas de banho públicas e os contactos sociais (Marinho, 2008; Ocran & Danso, 2009; Nader, Gerhardt, Nader, & Pereira, 2009; Araújo, Monteiro, Mesquita, Alves, Carvalho, & Monteiro, 2012).

A relação sexual desprotegida foi a primeira causa provável de infecção pelo vírus VIH no ano de 2009 (Araújo et al., 2012). O preservativo é um método contraceptivo de barreira e o único que, comprovadamente, reduz o risco de todas as ISTs nas quais se inclui o VIH. É o método contraceptivo mais utilizado em todo o mundo, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como o método que, associado a um comportamento sexual responsável, tem um papel importante na prevenção do VIH/SIDA. No âmbito da nossa investigação 85,3% dos adolescentes considera que “...o uso do preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair SIDA.” Nos estudos consultados os adolescentes referem, em grande maioria, como forma primeira de prevenção, a utilização do preservativo com percentagens sempre superiores a 80% (Matos et al., 2003; Thiengo, Oliveira & Rodrigues, 2005; Matos et al., 2006; Camargo, Barbará & Bertoldo, 2007a; Camargo & Botelho, 2007b; Almeida, Silva & Cunha, 2007; Brêtas et al., 2009; Oliveira, Pontes, Gomes, Ribeiro, 2009; Ocran & Danso, 2009; Santos, Gobert, Vieira, Pinheiro, & Barbosa, 2010; Giacomozzi & Camargo, 2011; Araújo et al., 2012; Albuquerque, Pinheiro, Lopes, & Machado, 2012; Matos et al., 2013). Não existe uma associação directa entre a atitude positiva relativamente ao uso do preservativo e o seu uso efectivo, muitos adolescentes não utilizam os conhecimentos que detêm nas suas práticas quotidianas pelo seu sentimento de invulnerabilidade, ou alegando uma relação estável, justificando que seu uso pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal; o uso de um método contraceptivo; o desconforto atribuído ao seu uso, referindo que retira o prazer sexual, atitude mais frequente nos rapazes; pelo medo de serem abandonadas ou maltratadas pelos seus parceiros, atitude mais frequente nas raparigas; ou pelo abuso de álcool e outras drogas, os quais favorecem a prática do sexo inseguro (Matos et al., 2006; Oliveira et al., 2009, Santos et al., 2010). No estudo de Santos et al. (2010) um adolescente declara que muitos jovens, não se reconhecem em situação de risco frente às ISTs e quando não fazem o uso

do preservativo não é por esquecimento mas por afastar da sua realidade a possibilidade de ter a doença. Os investigadores afirmam que os sujeitos que dispõem de informações adequadas apresentam atitudes mais positivas face ao uso do preservativo (Giacomozzi & Camargo, 2011; Araújo et al., 2012; Albuquerque et al., 2012). A multiplicidade de parceiros é uma realidade no âmbito da sexualidade do adolescente (Sánchez, 2010), o autor admite que na atualidade, embora os resultados dos estudos sejam diversos, 25 a 50% dos adolescentes tenham a primeira relação sexual em condições de risco, não fazendo uso de qualquer método de protecção. 68,9% dos inquiridos admitem que "...fazer sexo com mais do que um parceiro pode aumentar a sua probabilidade de contrair SIDA." Vilar e Ferreira (2008) observaram que apesar dos inquiridos afirmarem ter tido relações ocasionais (28.5%), dos quais 32% mais do que três vezes, 80% asseguram ter usado o preservativo. No cômputo geral as questões que obtiveram mais respostas correctas localizam-se, fundamentalmente no domínio dos comportamentos, de baixo ou alto risco e de protecção. As questões que apresentam uma percentagem maioritária de respostas incorrectas dizem respeito à transmissão do VIH sem clínica de SIDA; à transmissão e infecção através da transfusão de sangue e, por último, a transmissão por via sexual com consumidores de drogas.

Avaliados os conhecimentos era determinante perceber: "Em que medida as variáveis sociodemográficas condicionam o nível de conhecimentos sobre SIDA dos adolescentes?"

Os resultados revelam que as adolescentes do sexo feminino detêm mais conhecimentos sobre SIDA (52,0%) do que os seus pares do sexo masculino (48,0%), ($t=5,25$; $p=0,000$). De igual forma, os resultados obtidos pela investigação de Matos, Ramiro e Reis (2013) indicam que as raparigas detêm mais conhecimentos (média=6,72 numa escala de 0 a 10), no conhecimento dos modos de transmissão do VIH/SIDA do que os seus congéneres do sexo masculino (média=5,79). Estes resultados podem ser explicativos da realidade nacional pois, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INRJ) (Portugal, INRJ, 2012), na análise da distribuição de casos de VIH/SIDA por género, em todos os estádios da infecção, se constata que a maioria se inscreve no sexo masculino. Os resultados referentes à realidade mundial divergem do cenário nacional, os dados revelam que 2/3 das novas infecções registadas estão concentrados nas adolescentes do sexo feminino dos 15 aos 24 anos (UNICEF, 2005; UNICEF, 2011). Esta diferença, ao invés de derrubar a nossa perspectiva do papel essencial do conhecimento na adoção de comportamentos adequados vem consolidá-la uma vez que as grandes contribuições dos dados mundiais vêm de regiões do globo onde a educação, por factores políticos, económicos e culturais, é escassa,

desestruturada e quase sempre inacessível ao sexo feminino. No contínuo da avaliação da força das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos dos adolescentes sobre SIDA inferimos que são os adolescentes com 17 anos os que apresentam níveis mais elevados de conhecimentos, seguidos dos estudantes que se inscrevem no grupo de idades inferiores ou iguais a 16 anos. Os adolescentes que evidenciam menos conhecimentos pertencem ao grupo com idades ≥ 18 anos ($F=5,63$; $p=0,004$). Na análise dos resultados referentes à zona de residência apurámos que esta variável não influencia os conhecimentos dos adolescentes sobre SIDA ($t=0,923$ e $p=0,356$). De igual forma os resultados obtidos no estudo de Almeida, Silva e Cunha (2007), inferem que os conhecimentos sobre as formas de transmissão da SIDA são independentes do meio de inserção dos adolescentes, concluindo, no entanto, que são os adolescentes que vivem em meio não urbano os que detêm mais conhecimentos sobre SIDA enquanto doença grave e ainda sobre os riscos de contágio.

Cientes da importância do contexto familiar no desenvolvimento integral do adolescente pretendemos aferir: “Qual a influência das variáveis de contexto familiar no nível de conhecimentos sobre SIDA dos adolescentes?”

A observação dos resultados referentes à situação familiar dos pais não revela influência nos conhecimentos dos adolescentes ($\chi^2=1,274$; $p=0,529$), são os estudantes cujos pais são solteiros ou que vivem em união de facto os que revelam maior índice de conhecimentos. Na apreciação da influência das habilitações literárias dos pais concluímos que os conhecimentos variam na razão directa das habilitações académicas ou seja, os níveis mais elevados de conhecimentos pertencem aos filhos dos indivíduos que possuem o ensino superior e o ensino secundário, os valores mais baixos de conhecimentos aos filhos dos sujeitos com o 2^a e 3^o ciclo ($p=0,046$) e até ao 1^o ciclo ($p=0,000$). A pobreza e a marginalização social são evidentes determinantes da infecção por VIH e proporcionam contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos (Portugal, MS, 2012). Das infecções notificadas a nível mundial 97% provêm de países de baixa e média renda (UNAIDS, 2012). Esta evidência despoletou o interesse em avaliar a influência do rendimento mensal do agregado familiar nos conhecimentos dos adolescentes e, os resultados obtidos indicam que são os sujeitos que vivem em agregados com rendimento mensal baixo e médio baixo os que detêm índices mais baixos de conhecimentos ($p=0,040$).

Os resultados obtidos vêm, de alguma forma corroborar a epígrafe do Ministério da Saúde (Portugal, MS, 2012), as diferenças estatísticas encontradas são significativas e revelam que os inquiridos do nosso estudo

que vivem em agregados com rendimento mensal baixo e médio baixo têm maior vulnerabilidade por falta de subsídios educacionais que lhes permitam tomadas de decisão conscientes e esclarecidas.

A escola ocupa um papel importante na vida afectiva da criança e do adolescente, e o sucesso escolar intervém na sua auto-estima (Antunes, Sousa, Carvalho, Costa, Raimundo, Lemos, Cardoso, & Andrade, 2006), o que pode ter implicações nas estratégias de formação/aprendizagem no decurso da escolaridade (Antunes et al., 2006). Procurámos, assim, conhecer “Que impacto têm as variáveis de contexto escolar no nível de conhecimentos sobre SIDA dos adolescentes?”

A avaliação do ano de escolaridade indica que são os adolescentes que frequentam o 12º ano os que revelam um nível de conhecimentos mais elevado e os do 10º ano os que apresentam valores mais baixos ($p=0,000$). O número de reprovações revela-se determinante no nível de conhecimentos sobre SIDA, sendo os alunos que nunca chumbaram os que apresentam valores mais elevados de conhecimentos quando comparados com os seus pares que já perderam algum ano lectivo ($p=0,000$). Confirmadas as diferenças estatisticamente significativas entre as reprovações e os conhecimentos dos adolescentes sobre SIDA entendemos pertinente perceber de que forma o número de reprovações influenciava esses conhecimentos, observámos significância estatística nas diferenças obtidas ($p=0,021$) registadas entre os estudantes que tiveram uma reprovação e os que reprovaram duas vezes ($p=0,016$).

A adolescência é a uma fase conturbada onde, a um só tempo, se verifica uma explosão de alterações hormonais, mudanças físicas e construção de uma nova identidade, esta realidade traduz-se numa enorme pressão psicológica. Conhecedores desta realidade pretendemos conhecer “Que relação existe entre as variáveis psicológicas (aspecto físico percebido, auto-estima e auto-conceito) e o nível de conhecimentos sobre SIDA dos adolescentes?”

Auto-estima e auto-conceito são duas conjunturas que sofrem um processo evolutivo ao longo do ciclo vital (Naranjo & González, 2012). No âmbito da caracterização dos adolescentes da nossa amostra inferimos que apresentam melhores índices de auto-estima os sujeitos do sexo masculino ($p=0,027$); com 17 anos de idade ($p=0,004$), que residem em meio urbano ($p=0,002$), vivendo em agregados com um rendimento médio mensal médio alto ou alto ($p=0,006$), auferindo de um valor médio para gastos semanais $> 10€ \leq 25€$ ($p=0,001$), frequenta o 12ºano ($p=0,000$) e percebendo o seu peso como ideal ($p=0,000$). Corrobora alguns destes resultados, no que ao

género se refere, o género feminino apresenta níveis médios relativamente mais baixos (Antunes et al., 2006), encontrando-se, um efeito de mediação da insatisfação com a imagem corporal e o peso (Bento, 2009). A auto-estima e o auto-conceito revelam-se determinantes no nível de conhecimentos que os adolescentes possuem sobre SIDA, os alunos que possuem uma auto-estima elevada demonstram um índice mais elevado de conhecimentos, sendo os que têm auto-estima baixa os que detêm menos conhecimentos ($p=0,000$). Os estudantes que possuem um auto-conceito elevado exibem um maior nível de conhecimentos sendo, no âmbito do auto-conceito os factores impulsividade/actividade ($r=0,264$, $p=0,000$) e auto-eficácia ($r=0,239$, $p=0,000$) os que apresentam maior valor preditivo. Homens com elevados índices de auto-estima relataram maior uso de preservativos; mulheres com baixos índices de auto-estima adoptavam comportamentos pouco protectivos, exigindo com menor frequência que os seus parceiros utilizassem preservativos constituindo maiores riscos para si e para seus parceiros (Neto & Santos, 2012). Entre as atitudes e comportamentos ligados à baixa auto-estima e auto-conceito estão os comportamentos de risco no âmbito da sexualidade, onde se destaca um menor cuidado das adolescentes na prática de relações sexuais sem protecção. Adolescentes com níveis elevados de auto-estima são menos susceptíveis à pressão dos pares (Naranjo & González, 2012).

A sexualidade constitui-se, incontestavelmente, numa rede de condutas, atitudes, afectos e, particularmente, na modelagem sociocultural legitimadora desses mesmos comportamentos (Ramos et al., 2008). Planear iniciativas no campo da prevenção e da promoção da saúde sexual do adolescente, implica estimar e compreender as suas atitudes e os seus valores, alicerce necessário à elaboração de estratégias ajustadas que permitam subsídios efectivos no grupo alvo e que determinem intervenção nas directrizes e no desenho das políticas públicas no campo da educação, e nas iniciativas de protecção da saúde e promoção dos direitos desta população. Em conformidade com esta preposição é fundamental perceber se “As Atitude Face à Sexualidade influenciarão os conhecimentos sobre SIDA dos adolescentes?”

Os resultados obtidos no tratamento dos dados reportados pelos adolescentes indicam que, a maioria dos adolescentes da nossa amostra evidencia atitudes desfavoráveis face à sexualidade (44,07%), esta panorâmica é realçada pelos 16,99% que manifestam atitudes indiferentes. Apenas 38,92% dos inquiridos apresentam atitudes favoráveis. Estes resultados contrariam os de Teixeira, Nelas, Aparício e Duarte (2012) e de Nelas et al., (2010b) que concluem nos seus estudos que a maioria dos inquiridos demonstra atitudes favoráveis face à sexualidade (46,6%), (43,1%), respectivamente, seguidos dos respondentes que exibem atitudes desfavoráveis (40,4%), (36,9%) e, por último dos que

evidenciam atitudes indiferentes (13,0%), (19,3%). A análise individualizada por item vem corroborar estes achados, algumas das opções assumidas revelam sérias fragilidades, preditivas de comportamentos de risco com reflexo negativo na saúde física e psicológica dos adolescentes, muitas são até paradoxais.

Do global da amostra 85,0% dos respondentes assume que só se sente bem se fizer tudo que os amigos fazem, esta atitude confirma a influência do grupo de pares, elemento de analogia essencial à construção da identidade do adolescente (Fonseca, 2005a). Durante a infância, as atitudes são moldadas pelos pais, primeira fonte de crenças e valores, à medida que a criança cresce esta influência dilui-se em favor de outros actores de entre os quais a escola e o grupo de pares, este último irá ter uma importância fulcral na adolescência (Neto, 1998). Na continuidade do estudo deparamo-nos com dados que revelam a subsistência de uma postura onde “Socialmente e culturalmente, a mulher sofre uma repressão negativa e o homem uma repressão positiva.” (Pereira et al., 2007, p.18). São vários os itens em que podemos constatar esta postura. Por exemplo, uma percentagem surpreendente de inquiridos, 66,8%, assume que as raparigas que tomam a pílula são raparigas fáceis, o paradoxo é que pertence às raparigas a percentagem mais elevada de anuência 81,2%. Apenas 0,8% que em números absolutos se refere a quatro sujeitos, das inquiridas do sexo feminino contraria esta tendência, assumindo discordância com esta afirmação. Na comunidade adolescente, ainda subsiste a crença e a distinção entre as “boas” raparigas e as “más” raparigas, ou seja, ainda é valorizada a atitude passiva da adolescente (Sprinthall & Collins, 1995, Pereira et al., 2007).

Quando inquiridos sobre o papel da mulher na sexualidade, 42,5% dos jovens afirma que as mulheres devem ser mais passivas na sexualidade do que os homens, são as mulheres quem perfilha maioritariamente esta condição 50,3%. O ónus da atitude desfavorável aumenta para o sexo feminino sustentado pelos 43,5% das respondentes que assume uma atitude indiferente perante uma afirmação desta índole. Na continuidade desta postura 54,2% dos adolescentes refere que para as raparigas a sexualidade não é tão importante como para os rapazes, sendo, novamente, as jovens do sexo feminino que o assumem maioritariamente 60,5%, percentagem, uma vez mais, agravada pelos 43,5% de raparigas que adoptam uma atitude indiferente. A vulnerabilidade dos indivíduos desta etapa do ciclo vital é consubstanciada pela percentagem de sujeitos (79,0%) que declaram não achar mal ter relações sexuais contra a sua vontade. O absurdo é que a maioria da concordância (59,5%) pertence ao sexo feminino. Este resultado contraria os achados de Matos et al. (2012) e Matos et al. (2013) onde, uma percentagem elevada de adolescentes (68,5%), (85,2%), respectivamente, refere que tem autonomia suficiente para recusar relações sexuais se não for essa a sua vontade. No entanto, no estudo de

2012, 13,5% dos inquiridos afirmaram que tiveram relações sexuais apenas para que o parceiro não ficasse zangado e 9,8% porque têm um parceiro mais velho. A percepção da importância da educação sexual obtém também resultados controversos pois, 84,5% dos inquiridos discorda da afirmação que assume que a educação sexual é tão importante nos rapazes como nas raparigas, 90,8% das raparigas corrobora a tendência global de discordância. De encontro à postura assumida anteriormente 87,7% dos jovens pensa que só os rapazes deveriam ter educação sexual e 71,3% admitem que a educação sexual dos rapazes e das raparigas deve ser diferente, percentagem agravada pelos 20,4% que assumem uma atitude indiferente perante o enunciado. No entanto, como podemos constatar pelos resultados expostos, pese embora as conquistas conseguidas a guerra está longe de ser ganha. As questões da sexualidade são terrenos movediços, porque de índole fortemente cultural, em que as mudanças de fundo levam muito tempo a operar-se. (Sprinthall & Collins, 2005; Pereira et al., 2007). As atitudes face às relações sexuais na adolescência e no namoro expõem resultados surpreendentes e por vezes contraditórios. A evidência demonstra que ao longo de todo o século XX, a idade da primeira relação sexual foi diminuindo para homens e mulheres, embora para os primeiros de forma mais moderada e para as segundas de forma mais abrupta. Coincidem cada vez menos com o casamento e assinalam a autonomia, hoje em dia mais precoce, da sexualidade sem uma relação imediata com o matrimónio ou mesmo com a coabitação do casal (Bozon, 2004). As circunstâncias que a motivam variam substancialmente nas diferentes culturas e sociedades e de acordo com as metamorfoses determinadas pelos tempos (Durex Network, 2012).

Contrariando a evidência 69,8% dos inquiridos da nossa amostra afirma que só terá relações sexuais se tiver a certeza de que vai casar com o namorado/a, sendo esta intenção superior nas raparigas 71,4%, apresentando uma percentagem também relevante nos rapazes 68,2%. Perpetuando esta postura, antagónica aos resultados auferidos por outros estudos, 87,1% dos adolescentes da nossa amostra afirmam que as relações sexuais só deveriam acontecer para ter filhos, destes 90,4% são raparigas e 83,9% são rapazes. Surpreendentemente 79,2% dos inquiridos discordam do enunciado que afirma que as relações sexuais entre namorados são perfeitamente normais, postura oposta aos resultados plasmados nos diferentes estudos que indiciam um início precoce das relações sexuais e que, elas se verificam numa relação de namoro. Inesperadamente e numa posição completamente oposta às opções assumidas nos itens anteriores, 82,7% dos adolescentes discordam do enunciado que afirma que a mulher não deve ter relações sexuais antes do casamento, rejeitando a ideia de que as relações sexuais

antes do casamento são um pecado (83,5%). Numa atitude de concordância 82,7% dos respondentes discordam que antes do casamento só são aceitáveis carícias, sem relações sexuais completas. Estas posições são, no entanto, mais concordantes com a literatura que refere que as primeiras relações sexuais coincidem cada vez menos com o casamento, não têm uma relação imediata com o matrimónio ou mesmo com a coabitação do casal e possuem uma forte sincronização temporal que se concentra, tendencialmente, no fim da escola secundária (Bozon, 2004). O adolescente edifica a sua sexualidade numa relação de intimidade que se caracteriza por uma descoberta e revelação pessoal mútua, alimentada pelo encantamento entre dois seres que se amam (Campos, 1990). Uma percentagem importante dos adolescentes inquiridos (83,8%) arroga que é muito importante ter um(a) namorado(a) com quem tenham uma boa relação, assumindo que a primeira relação sexual deve ser sempre com alguém que se ame (76,3%). Estes resultados validam os estudos que afirmam que os adolescentes asseguram que os seus interesses em relação à sexualidade se centram na afectividade e na procura de um parceiro, do objecto sexual, na busca deste objecto os adolescentes consideram que se deve haver amor, carinho, intimidade, respeito, entusiasmo e paixão sincera entre os dois (Camargo & Botelho, 2007b; Freitas & Dias, 2010).

A masturbação foi sujeita, ao longo dos tempos, a mitos que doutrinaram negativamente a sua prática, conotando-a como vergonhosa e prejudicial à saúde. Os resultados obtidos no nosso estudo revelam que 62,3% dos adolescentes perpetuam este paradigma afirmando que a masturbação é prejudicial para a saúde, por isso evitam praticá-la, a avaliação por sexos confirma a tendência geral em percentagens que são muito similares para o sexo masculino (62,6%) e para o sexo feminino (61,9%). A confirmar esta postura 27,5% dos adolescentes da nossa amostra, quando avaliados nos seus conhecimentos sobre SIDA, admitem que se "...pode contrair SIDA quando se masturba." A globalidade da amostra (57,7%) concorda que a masturbação nas mulheres é tão normal como nos homens, novamente com similitude das posições para o feminino (58,1%) e para o masculino (57,4%). Os resultado deixa transparecer falta de informação e, eventualmente, a dificuldade que educadores e educandos têm em reflectir sobre a temática que envolve uma prática tão individualista e intimista. Marinho e Anastácio (2012) numa pesquisa realizada sobre as preferências dos adolescentes no que se refere às temáticas a abordar na educação sexual concluíram que a masturbação foi um dos temas menos pontuados no entanto, na avaliação diferenciada por sexos, este era um dos temas de preferência dos indivíduos do sexo masculino.

Os jovens possuem uma informação que obtêm e utilizam de forma oculta, não legitimada pelos pais e pela escola. Uma percentagem importante

da nossa (57,3%) assume que seria incapaz de falar de assuntos sobre a sexualidade com os seus pais, se verificámos a atitude por sexos apuramos que são as adolescentes do sexo feminino as que revelam maior embaraço nesta interacção, 59,0% se equiparadas com os seus congéneres do sexo masculino, 55,4%. Esta atitude corrobora os resultados auferidos por outros autores que revelam que as fontes de informação a que mais recorrem são os amigos (Camargo & Botelho, 2007b; Vilar & Ferreira, 2008). No entanto Vilar e Ferreira (2008) obtiverem resultados que indicam que a mãe é um interlocutor privilegiado em 40% de todos os temas e o pai só sobre alguns temas gerais, cerca de 30% (aborto, SIDA, violência). Camargo e Botelho (2007b) concluíram no seu estudo que, quase metade dos adolescentes (45,5%) conversa sobre sexualidade com os próprios pais. Marinho e Anastácio (2012) chegam a resultados idênticos ressalvando que a preferência por determinadas fontes de informação varia consoante o nível de ensino e com o género a que os adolescentes pertencem.

As diferenças nas atitudes face à sexualidade são claras entre o sexo feminino e o sexo masculino (Durex Network, 2010). A análise das atitudes face à sexualidade revela que as adolescentes do sexo feminino demonstram um índice mais elevado de atitudes favoráveis (66,1%) quando comparadas com os seus pares do sexo masculino (33,9%), é a estes últimos que pertencem as estimações mais altas de atitudes desfavoráveis (65,7%) e indiferentes (50,9%). Os resultados encontrados aproximam-se das investigações de Teixeira et al. (2012) e de Nelas et al. (2010b) que indicam que a maior parte das raparigas (55,8%), (46,9%), respectivamente, têm atitudes favoráveis face à sexualidade, enquanto a maioria dos rapazes (49,2%), (41,0%) apresenta atitudes desfavoráveis. A auto-percepção das transformações ocorridas na adolescência varia de acordo com o género, a sexualidade é vivenciada de forma diferente pelos dois sexos, em consequência dos diferentes critérios utilizados na educação afectiva e sexual dos rapazes e das raparigas que criam, nuns e noutros, atitudes e comportamentos diferentes (Pereira et al., 2007). A razão para esta diferença de resultados pode ser explicada pela diferença de oportunidades oferecidas aos diferentes sexos.

O papel que se espera dos rapazes impede-os de expor as suas dúvidas e incertezas e de procurar a ajuda de uma conversa aberta em que podem enunciar todas as suas angústias. A própria literatura de índole eminentemente feminina aborda de forma mais profunda e estruturada as questões do sexo e das relações interpessoais. Tradicionalmente os programas de educação sexual também marcam esta diferença iniciando e concentrando-se mais nas transformações biológicas das raparigas evitando a abordagem • **The issues that affect boys directly**, such as wet dreams,

ejaculation and masturbation. **das questões que afectam directamente os rapazes**, como por exemplo sonhos molhados, ejaculação e masturbação. As raparigas têm mais à vontade para entre si debaterem as suas dificuldades e preocupações do que os rapazes (Durex Network, 2010). No âmbito da idade observamos são os adolescentes mais velhos (17 anos $X=73,52\pm6,40$) e (≥ 18 anos $x=73,13\pm7,11$), aqueles que apresentam índices mais elevados de atitudes favoráveis, quando comparados com os seus congéneres mais novos, grupo etário ≤ 16 anos ($x=72,97\pm6,68$). As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p=0,56$) Embora num grupo etário com fronteiras um pouco diferentes das nossas, oscilando entre os 12 e os 18 anos e uma média de 14,7 anos, Teixeira et al. (2012) concluem que os alunos mais velhos (14 anos) revelam atitudes mais favoráveis quando comparados com os mais novos (≤ 13 anos). Nelas et al. (2010b) demonstram na sua investigação que os inquiridos mais velhos (idade superior a 16 anos) têm atitudes mais desfavoráveis face à sexualidade. Se evolução cronológica for directamente proporcional a maturidade os nossos resultados vão de encontro à afirmação de Campos (1990) que declara que a maturidade dos adolescentes mais velhos permite-lhes reconhecer melhor a sua responsabilidade e as implicações das suas atitudes face à sexualidade.

O nosso estudo revela que são os adolescentes que vivem no meio rural os que detêm maior nível de atitudes positivas face à sexualidade quando comparados com os que habitam em meio urbano ($p=0,046$). Teixeira et al. (2012) obtiveram resultados completamente antagónicos concluindo que os adolescentes residentes na cidade apresentam atitudes mais favoráveis face à sexualidade quando comparados com os pares que vivem na vila ou na aldeia ($p=0,000$). A diferença de resultados advém da influência que o meio exerce no nosso processo de socialização. As atitudes não nascem conosco, resultam de diversas experiências vitais e como tal são influenciadas pelas pessoas significativas da nossa vida, pelo meio circundante e pelo modo como processamos a informação que nos é fornecida no processo de integração do indivíduo na sociedade (Neto, 1998).

O estudo das relações de causalidade entre a auto-estima, o auto-conceito e as atitudes dos adolescentes face à sexualidade indicam que as atitudes face à sexualidade mais favoráveis pertencem aos adolescentes que apresentam auto-estima elevada quando comparados com os que manifestam baixa auto-estima ($p=0,000$). No âmbito do auto-conceito o seu factor global é o que manifesta maior peso preditivo em relação às atitudes face à sexualidade. Do que resulta que quanto mais elevado o auto-conceito mais favoráveis as atitudes face à sexualidade. Entre as atitudes e comportamentos ligados à baixa auto-estima e auto-conceito estão os comportamentos de risco no

âmbito da sexualidade, onde se destaca um menor cuidado das adolescentes na prática de relações sexuais sem protecção (Naranjo & González, 2012). As atitudes face à sexualidade exibem um importante factor preditivo nos conhecimentos face à SIDA ($r=0.384$). Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que as atitudes mais favoráveis face à sexualidade correspondem maiores os conhecimentos sobre SIDA.

No conjunto de formas de transmissão conhecidas para o VIH sabemos, através dos dados fornecidos pelas principais instituições nacionais e internacionais, que, na actualidade, a via sexual é um dos principais veículos de transmissão da infecção. Esta realidade exige uma mudança de comportamentos da população onde uma atitude positiva face à sexualidade, materializada por práticas de sexo seguro, é um imperativo. A adesão dos adolescentes a práticas de saúde é relevante não só do ponto de vista do bem-estar físico e psicológico, mas também pelo efeito de modelagem que os seus comportamentos poderão ter nos outros jovens e, mais tarde, nos estilos de vida adoptados enquanto adultos. Muito do que o indivíduo é, pensa e faz foi aprendido ou sedimentado na segunda década da vida (Gaspar et al., 2006).

4. CONCLUSÃO

A adolescência é uma fase de mudanças, de descobertas, de conquista de autonomia e de construção de uma nova identidade em que uma nova sexualidade se vai moldando e tomando forma, de vivência em vivência, de descoberta em descoberta. Para que esta edificação decorra de forma segura é necessário que o tecido social em que o jovem se insere e no qual cresce, se responsabilize pela implementação de um conjunto de estratégias promotoras de um contíguo de conhecimentos. Ao serem assimilados e processados empoderam os jovens permitindo-lhes uma tomada de posição consciente, objectivada em práticas seguras também no âmbito da sexualidade.

Não é surpresa, portanto, que nos últimos anos tem havido um reconhecimento consensual quanto à necessidade de pesquisadores e especialistas em dirigirem mais de sua atenção para a pesquisa entre as populações que não são diretamente relacionados com a SIDA, especialmente adolescentes e jovens adultos heterossexuais. Por outro lado, a resistência dessas populações para campanhas educacionais e preventivas tem sido cada vez mais mostrado. Isto é em parte devido aos valores e atitudes associados ao seu nível de desenvolvimento que pode dificultar ou impedir mudanças comportamentais. Alguns estudos recentes sugerem que as mudanças de comportamento

entre os estudantes adolescentes e jovens adultos são muito pequenas ou mesmo inexistentes (Chaves, Duarte, Nelas, Coutinho, & Dionísio, 2013). As vitórias auferidas na luta para a erradicação do VIH/SIDA pode desenvolver no indivíduo o sentimento de dever cumprido e de conquista levando-o a assumir comportamentos de risco.

Os adolescentes dos nossos dias têm uma enorme facilidade no acesso à informação parece, no entanto, existir um desajustamento entre a informação que possuem e a adopção de atitudes positivas e promotoras de uma saúde sexual e reprodutiva de excelência. Os conhecimentos que revelam sobre VIH/SIDA são diversificados mas incompletos, modestos, inconsistentes pouco específicos no plano cognitivo, retratando o perfil das informações contidas nas campanhas de prevenção veiculadas pelos média, sobre o VIH/SIDA, não apresentando saberes profundos sobre as formas de transmissão. A leitura dos valores relacionados com percepções auto reportadas tem que ser cuidadosa pois, a avaliação dos saberes não pode basear-se simplesmente no cálculo dos conhecimentos que o adolescente diz ter, é essencial avaliar a eficácia da sua implementação. As variáveis sociodemográficas, com relevância para o sexo e idade, e as de contexto familiar e escolar, condicionam, na generalidade, os conhecimentos dos adolescentes sobre SIDA. A auto-estima, o auto-conceito e as atitudes face à sexualidade revelam-se determinantes no grau desses conhecimentos.

Compreender atitudes e valores é por isso fundamental para planear iniciativas no campo da prevenção e da promoção da saúde, interferindo também nas directrizes e no desenho das políticas públicas no campo da educação, e nas iniciativas de protecção e promoção de direitos.

Na formação em saúde referem Chaves, Pereira, Martins, Duarte e Dionísio (2010b) há que valorizar a família, as crenças e os factores culturais, entre outros aspectos. A cultura abrange a totalidade da vida em comum, designadamente, a convivência, a história e as estruturas sociais e políticas. Nesta perspectiva os estilos de vida são cada vez mais influenciados pelas políticas de actuação das entidades públicas e pelas das empresas que controlam a produção de bens e que levam a cabo acções promocionais em favor de produtos que até podem ser nocivos. Deste modo, também as possibilidades de escolher estilos de vida saudáveis, bem como as incitações a essa escolha, dependem grandemente das opções políticas que regem a vida socioeconómica da população.

Para serem eficazes, os programas de saúde sobre estilos de vida, devem dirigir-se às influências estruturais que se exercem sobre o comportamento e às diversas componentes deste. Assim há problemas éticos a considerar

na concepção das políticas e dos programas respeitantes aos estilos de vida saudável, ou seja existe o dever de procurar o equilíbrio entre o respeito pelo direito do indivíduo à livre escolha e o dever da sociedade em promover a saúde da população. No entanto, tudo isto tem como pólo de atracção e limites o respeito pelo homem integral e pelo seu valor individual, social e transcendente.

A adolescência é um tempo de oportunidades. Oportunidade para os próprios adolescentes, que vivenciam uma fase de construção de autonomia, identidade, aprendizagens e descobertas. Oportunidade para as famílias, que têm a possibilidade de se relacionar de uma maneira diferenciada com os seus filhos, baseada no diálogo franco e aberto, na troca de ideias e na crescente participação dos adolescentes nas decisões familiares, o que pode resultar num interessante processo de amadurecimento para todos. Oportunidade também para as políticas públicas, com a adopção de estratégias inovadoras, específicas e multisectoriais, capazes de olhar para os adolescentes como actores da sua própria história, e não como um reflexo da expectativa dos adultos.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, J. G., Pinheiro, P. N. C., Lopes, M. V. O., & Machado, M. F. A. S. (2012). Conhecimento deficiente acerca do HIV/AIDS em estudantes adolescentes: Identificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14 (1), 104-111. <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a12.htm>
- Antunes, C. Sousa, M. C. Carvalho, A. Costa, M. Raimundo, F. Lemos, E. Cardoso, A. Andrade A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciados em alunos do 7º Ao 10º Ano. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(1), 117-123.
- Araújo, T. M. E., Monteiro, C. F. S., Mesquita, G. V., Alves, E. L. M., Carvalho, K. M., & Monteiro, R. M. (2012). Fatores de risco para infecção por HIV em adolescentes. *Revista de Enfermagem UERJ*, 20 (2), 242-247. Acedido em 11 de Janeiro de 2013 em <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a17.pdf>
- Almeida, A. D. L., Silva, C. F., & Cunha, G. S. (2007). Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre sida dos adolescentes portugueses do meio urbano e não urbano. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 41 (2), 180-186.
- Bento, T. F. V. (2009). Auto-estima e percepção das práticas parentais na fase final da adolescência. Mestrado Integrado em Psicologia; Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica.
- Bozon, M. (2004). *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGU.
- Brêtas, J. R. S., Ohara, C. V. S., Jardim, D. P., & Muroya, R. L. (2009). Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(3), 551-557. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a08v43n3.pdf>
- Camargo, B. V., Barbará, A., & Bertoldo, R. B. (2007a). Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 277-284.

- Camargo, B. V., Botelho, L. J. (2007b). AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra HIV. *Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health*, V.41, 61-68.
- Campos, B. (1990). *Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Vol I,II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chaves, C., Pereira, A., Martins, R., Nelas, P., Coutinho, E. & Ferreira, M. (2010a). Preventive action towards aids in higher education. (pp. 5657-5664). Madrid, Spain: IATED Publications. ICERI2010 Proceedings CD ISBN: 978-84-614-2439-9
- Chaves, C., Pereira, A., Martins, R., Duarte, J., Dionísio, R. (2010b). O Ensino Superior e a SIDA. *Millenium*, 39, 73-87. ISSN (edição electrónica) – 1647-662X <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium39/5.pdf>
- Chaves, C., Duarte, J., Nelas, P., Coutinho, E., & Dionísio, R. (2013). The Importance of Training on the Topic of AIDS in Promoting Preventive Behaviour among University Studentes. In Monduzzi Editore International Proceedings Division (Ed.), *Articles from the 13th world congress on public health (April 23-27, 2012, Addis Abeba, Ethiopia)* (pp. 123-126). Bologna, Italy: Medimond. <http://www.medimond.com/ebook/P423.pdf>.
- Durex Network (2010). The face of global sex 2010. They won't know unless we tell them. <http://www.durexnetwork.org/SiteCollectionDocuments/The%20Face%20of%20Global%20Sex%202010.pdf>
- Fonseca, H. (2005a). *Viver com adolescentes* (3ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Fonseca, H. (2005b). *Compreender os adolescentes: Um desafio para pais e educadores* (3ª ed.) Lisboa: Editorial Presença.
- Freitas, K. R., & Dias, S. M. Z. (2010, Abril/Junho). Percepções de adolescentes sobre sua Sexualidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(2), 351-357.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006). Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescentes migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 299-316.
- Giacomozzi, A., & Camargo, B. (2011). Vulnerabilidade de adolescentes afrodescendentes e caucasianos em relação ao HIV/SIDA: estudo comparativo entre Brasil e França. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 143-160. <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Matos, M. G., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, C.F., Dias, C., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia Saúde e Doenças*, 4 (1), 3-20.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Pereira, S., & Diniz, J.A. Equipa do projecto aventura social (2006). *Comportamento sexual e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA: Relatório preliminar*. http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_SIDA.pdf
- Matos, M. G., Ramiro, L., Reis, M. Equipa aventura social (2013). *Sexualidade dos Jovens Portugueses. Relatório do estudo online sobre sexualidade nos jovens. Dados de 2011*. http://aventurasocial.com/arquivo/1303148036_Relatorio_HBSC__SSREU.pdf
- Marinho, S., & Anastácio Z. (2012). Conceções de adolescentes dos 10 aos 18 anos sobre Educação Sexual e Sexualidade. In Albuquerque, C. ed. lit. - *Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas*. (pp.441-451). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Marinho, T. M. S. (2008). *Conceções e práticas relacionadas a prevenção do HIV/AIDS entre adolescentes atendidos em um ambulatório de referência do nordeste do Brasil. Dissertação de mestrado*. Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira – IMIP.

- Nader, S. S. Gerhardt, S. R., Nader, P.J.H., Pereira, D. N., (2009, Outubro/Dezembro). Juventude e AIDS: Conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em canoas, RS. Revista da AMRIGS, Porto alegre, 53 (4) 374-381.
- Naranjo, C.R., González, A.C. (2012). Autoestima en la adolescencia: Análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403. <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-analisis-ES.pdf>
- Nelas, P., Silva, C. F., Ferreira, M., Duarte, J., Chaves, C. & Nelas J. (2010a). Adolescent's knowledge about reproduction, family planning and sexually transmitted diseases. ICER2010 Proceedings, p. 3548-3556, CD ISBN: 978-84-614-2439-9.
- Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J. & Chaves (2010b). Construção e validação da escala de atitudes face à sexualidade em adolescentes (AFSA). Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas. 1ª Edição – ebook, Edições CIED – Centro de investigação em Educação, Universidade do Minho (p. 180-184) (<http://www.ua.pt/cidfff/PageText.aspx?id=11400>) ISBN: 978-972-8746-91-9
- Nelas, P., Fernandes, C., Ferreira, M., Duarte, J. & Chaves (2010c). Construção e validação da escala de conhecimentos sobre planeamento familiar. Sexualidade e educação sexual: políticas educativas, investigação e práticas. 1ª Edição – ebook, Edições CIED – Centro de investigação em Educação, Universidade do Minho (p. 185-189). (<http://www.ua.pt/cidfff/PageText.aspx?id=11400>) ISBN: 978-972-8746-91-9
- Nelas, P. Silva, C. Ferreira, M. Duarte, J. & Chaves, C. (2011). Knowledge of Adolescents on Family Planning: the Impact of Training Intervention. Elsevier SciVerse ScienceDirect Procedia - Social and Behavioral Sciences 29, 633 – 638. www.sciencedirect.com
- Nelas, P., Aparício, G; Duarte, J. Ferreira, M Albuquerque, & Fernandes, C (2013). Sexual education in school context: the efficiency of a training intervention. *Atención Primaria*, 45 (Especcong 1), 208 a 215. Available in www.elsevier.es/ap
- Neto, F. F. M. (1998). *Psicologia Social* (Vol. I e 2, 1ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, O. C. M., & Santos, E. C. (2012). Comportamento sexual e autoestima em adolescentes. *Contextos Clínicos*, 5(2), 100-111. <http://www.unisinos.br/revistas/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2012.52.04/1209>
- Nodin, N. (2001). *Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Ocran, W., & Danso, M. Y. (2009). Male adolescents knowledge, perceptions and attitudes towards HIV/AIDS prevention. Case Study of Elembelle District in Ghana. Bachelor's thesis. School of Health and social care
- Oliveira, D. C., Pontes, A. P. M., Gomes, A. M. T., Ribeiro, M. C. M. (2009, Outubro/Dezembro). Conhecimento e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas publicas municipais do Rio de Janeiro. *Revista de Enfermagem*, 13(4), 833-841.
- Pereira, J. L., Fanelli, C. Pereira, R. C., & Rios, S. (2007). *Sexualidade na adolescência no novo milénio*. Rio de Janeiro: Universidade Federal.
- Portugal, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2012). *Infecção VIH/ SIDA: A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2010*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. Documento VIH/SIDA; 143. repositorio.insa.pt/.../relatorio%20VIH%20SIDA%202011%20versao%2...
- Portugal, Ministério da Saúde, (2012). *Programa Nacional para a Infecção VIH/ SIDA: Orientações programáticas*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf

- Ramos, R. D., Eira, C., Martins, M., Machado, A., Bordalo, M. & Polónia, Z. (2008). Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22 (1), 3-15.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 109-116. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Sanchez, F.L. (2010). Por Quê los Adolescentes Asumen Tantos Riesgos? Sexualidade e Educação Sexual. Políticas Educativas Investigação e Práticas. Edição CIEd – Centro de Investigação em Educação. (pp13-17). Braga: Universidade do Minho.
- Santos, A. C. L., Gobert, F.A., Vieira, N. F. C., Pinheiro, P. N. C., & Barbosa, S. M. (2010). Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: precessões de adolescentes em fortaleza- CE. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(4), 705-710. <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a16.htm>.
- Sprinthall, A., & Collins, W. A. (2005). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Teixeira, D., Nelas, P., Aparício, G., Duarte, J. (2012). Atitudes face à sexualidade dos alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico. In Albuquerque, C. ed. lit. - Comportamentos de saúde infanto-juvenis: Realidades e perspectivas. (pp.425-440). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C., & Rodrigues, B. M. (2005). Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39 (1), 68-76.
- Torres, G.V., Davim, R. M. B, & Almeida, M. C. S. (1999, Abril). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre prevenção da AIDS. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7 (2).
- UNAIDS (2010). Chegando a zero: Estratégia 2011-2015: Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/VIH /Aids/SIDA (UNAIDS/ONUSIDA). UNAIDS/10.12E. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_pt.pdf
- UNAIDS (2011). UNAIDS WORLD AIDS DAY REPORT | 2011. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). www.unaids.org/.../unaids/.../unaidspublication/2011.
- UNAIDS. (2012). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_en.pdf
- UNESCO (2009). International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Section on HIV and AIDS Division for the Coordination of UN Priorities in Education. EducationSector UNESCO. www.unaids.org/.../20091210_international_guidan...
- UNESCO (2012). A Estratégia da UNESCO para o VIH/SIDA. Título original: UNESCO's strategy for HIV and AIDS. unesdoc.unesco.org/images/0019/001931/193118por.pdf
- UNICEF (2011). Fundo das Nações Unidas para a Infância. O direito de ser adolescente. Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF. http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf
- UNICEF. (2005) Juntos pelas crianças. Juntos contra a SIDA. www.unicef.org/mozambique/Global_Report_low_res_POR.pdf

- Vaz Serra, A. (1986). O inventário clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84. [http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Invent%C3%A1rio%20Cl%C3%ADnico%20de%20Auto-Conceito,%20p\[1\].%2067-84,%201986.pdf](http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/188/1/O%20Invent%C3%A1rio%20Cl%C3%ADnico%20de%20Auto-Conceito,%20p[1].%2067-84,%201986.pdf)
- Vilar, D., Ferreira, P.M. (2008). A educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes. Associação Portuguesa de Planeamento Familiar. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Zimet, G. D. et al. (1989). Adolescent AIDS Knowledge Scale. Consulted on Fisher, T. D., Davis, C. M., Yarber, W. L., & Davis, S. L. (2010). *Handbook of Sexuality-Related Measures*. New York: Routledge.

MOTIVAÇÃO PARA TER OU NÃO TER SEXO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR: UMA QUESTÃO DE GÊNERO?

Paula Alexandra Nelas
Claudia Balula Chaves
João Carvalho Duarte
Emília Carvalho Coutinho
Carlos Manuel de Sousa Albuquerque
Ana Peixoto
Daniela Teixeira

A visão contemporânea reconhece a sexualidade humana como uma realidade complexa que envolve não só a procriação (ter filhos), mas também o amor (relação amorosa) e o prazer, tendo três áreas fundamentais de expressão: a anátomo-fisiológica, a afetivo-relacional e a social. A nova perspectiva da sexualidade não desvaloriza o envolvimento emocional, a ternura nem o erotismo (Antunes, 2007).

No ambiente universitário, os relacionamentos ocorrem entre jovens provenientes de diversas cidades, cada uma trazendo consigo os ensinamentos familiares e os padrões morais de suas procedências, proporcionando uma mistura de significados, tabus e crenças relacionadas a sexualidade. Deste modo, surgem os novos modelos do que seja sexualidade, dos comportamentos e das atitudes tomadas em relação ao sexo, das preferências manifestadas entre os pares, enfim, um processo de adaptação que pode durar dias ou meses, dependendo das questões familiares, morais, religiosas que determinaram o modo de significar elaborado por cada jovem universitário. (Rangel & Queiroz, 2008). O aluno recém-chegado à universidade depara-se com situações novas, que suscitam sentimentos de alegria e excitação, além de insegurança e ansiedade (Sant'Anna; Carvalho; Passarelli & Coates, 2008). Estes encontram-se tipicamente numa fase de transição para a conquista da autonomia psicológica e emocional. Nesse sentido, as relações íntimas que se desenvolvem neste período, de amizade ou namoro, estabelecem um laço que confere segurança emocional neste momento de distanciamento das relações parentais. Considera-se que a capacidade de construir e manter relações íntimas constitua um dos principais critérios de saúde mental e de satisfação interpessoal (Siqueira, 2001).

Neste contexto e apesar de se acreditar que a maioria dos jovens quando ingressa no ensino superior já iniciou a sua vida sexual, esta continua a ser uma área de exploração e investimento dos jovens. A valorização da procura de sensações novas, do prazer, da experimentação e até de algumas transgressões e atitudes não convencionais poderá sobressair pela força do estilo de vida emergente (Dalton & Galambos, 2009)

Os estilos de vida e os padrões de atividade sexual nesta etapa desenvolvimental contemplam, assim e não raras vezes, a vivência de alguns excessos, aumentando o estatuto de risco dos jovens no que diz respeito à sexualidade, razão pela qual se tem assistido a um reconhecimento consensual da necessidade de conhecer melhor as peculiaridades que rodeiam as motivações sexuais deste grupo de indivíduos (Antunes, 2007).

No que se refere ao exercício da sexualidade, percebe-se que o jovem muitas vezes recebe informações de fontes inexatas. Vivemos atualmente numa sociedade erotizada, na qual os jovens têm mensagens dúbias sobre o bom e o ruim no que diz respeito à sexualidade. Admite-se que a educação sexual sempre foi atribuída aos pais, num contexto de cultura familiar, porém na maioria das famílias, por falta de conhecimento ou por dificuldade em lidar com assuntos referentes à sexualidade este aspeto vai sendo minorizado. Em muitas escolas, as informações apenas são abordadas respeitando as horas curriculares atribuídas para o efeito, o que é manifestamente insuficiente, sendo priorizados aspetos fisiológicos e anatómicos, não existindo espaço para a discussão sobre sexualidade ou para o diálogo franco e aberto sobre as ansiedades e preocupações sexuais do jovem (Nelas; Aparício; Duarte; Ferreira; Albuquerque & Fernandes, 2013).

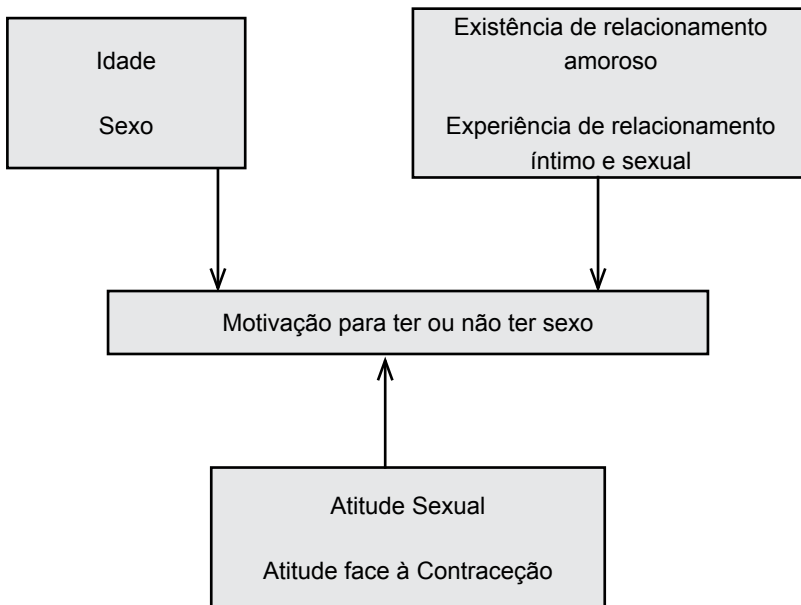
As próprias famílias (pais e filhos) começaram a envolver-se num processo de mudança e reflexividade social, deixando de “poder não falar” de temas de natureza sexual (Vilar & Ferreira, 2009). A emergência de políticas de saúde sexual contribuiu, de igual modo, para uma maior abertura e debate sobre esta temática pela sociedade em geral (Vilar & Ferreira, 2009).

Achamos pertinente compreender a motivação dos jovens universitários para ter ou não ter sexo, entendendo que a motivação é um conceito multidimensional, e deve ser entendida pelo funcionamento sexual, pelo ponto de vista fisiológico e pela qualidade do relacionamento afetivo, tendo em consideração todos os fatores não sexuais, não esquecendo fatores de ordem socioeconómica, demográfica e cultural. (Carvalho & Leal, 2008). Desta forma, questionamo-nos sobre a motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior, mais concretamente na identificação de

variáveis que possam influenciar essa motivação. São exemplo a idade, o sexo, a existência de um relacionamento amoroso, a experiência de relacionamento íntimo e sexual, a atitude sexual e a atitude face à contraceção.

I. MATERIAL E MÉTODOS

Figura I. Desenho de investigação



Foi realizado um estudo não experimental, quantitativo, transversal, do tipo descritivo-correlacional e explicativo com uma amostra de 323 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 19 e os 28 anos. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, com a primeira parte destinada à caracterização da amostra (dados sociodemográficos, e caracterização sexual). A segunda parte é destinada a caracterizar as variáveis relativas à sexualidade utilizando para o efeito as escalas validadas, atitudes sexuais (Alferes, 1999), atitudes face à contraceção (Reis & Matos, 2007) e a motivação para fazer ou não fazer sexo (Leal & Maroco, 2010). Recorremos para este estudo a uma amostragem não probabilística por conveniência. Os dados obtidos foram analisados e interpretados de acordo com as técnicas e estratégias metodológicas adequadas, tendo sido feito efetuado o tratamento

estatístico através do programa SPSS 21.0 (Statistic Package for Social Sciences) para Windows. De seguida apresentamos o desenho da investigação que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis em análise.

2. PARTICIPANTES

A amostra é constituída por 323 estudantes universitários, sendo que 244 são do sexo feminino e 79 são do sexo masculino. A idade dos estudantes oscila entre 17.5 e 29 anos com uma média de $\bar{x}=20.68$ anos (± 2.54).

Análise descritiva	N	Mín.	Máx.	$\bar{X} \pm dp$		Sk	Erro	Kw	Erro
Idade	323	17.50	29.00	20.68	2.54	1.624	.136	3.199	.271

No seguimento da análise em função do sexo observam-se 24.5% de rapazes e 75.5% de raparigas (cf. Tabela 2) sendo que no sexo masculino há 16.7% de estudantes com idades inferiores a 21 anos e 7.7% com idades superiores a 22 anos. Já no sexo feminino há 59.1% com idades inferiores a 21 anos e 16.4% com idades superiores.

Sexo / Classes de Idade	<= 21 anos		Resíduos	>= 22 anos		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Masculino	54	16.7	-1.8	25	7.7	1.8	79	24.5
Feminino	191	59.1	1.8	53	16.4	-1.8	244	75.5
Total	245	75.9		78	24.1		323	100.0

$\chi^2= 3.209$; $gl=3$; $p=.073$

Na Tabela 3 comparam-se, em função do sexo, os estudantes que namoram. Constata-se que 7.7% dos estudantes que não namoram são do sexo masculino e 29.7% são do sexo feminino. Dos estudantes que namoram 16.7% são do sexo masculino e 45.8% são do sexo feminino.

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

Tabela 3. Distribuição dos inquiridos segundo o namoro em função do sexo.

Relação de namoro	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	25	7.7	-1.2	96	29.7	1.2	121	37.5
Sim	54	16.7	1.2	148	45.8	-1.2	202	62.5
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

 $\chi^2= 1.510$; $gl=1$; $p=.219$

Relativamente ao tempo de namoro em função do sexo constata-se que 5.4% dos estudantes que namoram até meio ano são do sexo masculino e 10.8% são do sexo feminino. Dos estudantes que namoram de seis meses a dois anos 6.4% são masculino e 24.1% são feminino e os que namoram há mais de 2 anos 14.8% é do sexo masculino e 38.4% é do sexo feminino.

Tabela 4. Distribuição dos inquiridos segundo o tempo de namoro em função do sexo.

Tempo de namoro / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Até meio ano	11	5.4	1.0	22	10.8	-1.0	33	16.3
De seis meses a 2 anos	13	6.4	-1.2	49	24.1	1.2	62	30.5
Mais de dois anos	30	14.8	.4	78	38.4	-.4	108	53.2
Total	54	26.6		149	73.4		203	100.0

 $\chi^2= 1.850$; $gl=2$; $p=.396$

Quanto à experiência sexual em função do sexo verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4.344$; $p=.037$). A análise dos resíduos (2.1) indicia que há uma tendência no sexo feminino para não ter experiência sexual (14.2%). Já no sexo masculino a análise dos resíduos (2.1) indicia que há experiência sexual (22.3%).

Tabela 5. Distribuição dos inquiridos segundo a experiência sexual em função do sexo.

Experiência sexual / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	7	2.2	-2.1	46	14.2	2.1	53	16.4
Sim	72	22.3	2.1	198	61.3	-2.1	270	83.6
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

 $\chi^2= 4.344$; $gl=1$; $p=.037$

Analisando as intimidades, próximas do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais. A análise dos resíduos (2.9) indicia que há uma tendência no sexo feminino (63.2%) para valorizar as intimidades,

próximas do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais.

Tabela 6. Distribuição dos inquiridos segundo as intimidades, próximas do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais em função do sexo.

Intimidades, próximas do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	3	0.9	2.9	40	12.4	-2.9	43	13.3
Sim	76	23.5	-2.9	204	63.2	2.9	280	86.7
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

$$\chi^2 = 8.250; gl = 1; p = .004$$

Analisando a experiência de ter chegado ao coito, com apenas uma pessoa, em função do sexo verifica-se uma percentagem de 9.9% de estudantes com experiência, no sexo masculino e 39.3% no sexo feminino.

Tabela 7. Distribuição dos inquiridos segundo a experiência de ter chegado ao coito com apenas uma pessoa em função do sexo.

Experiência de ter chegado ao coito (introdução do pênis dentro da vagina) com apenas uma pessoa / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	47	14.6	1.8	117	36.2	-1.8	164	50.8
Sim	32	9.9	-1.8	127	39.3	1.8	159	49.2
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

$$\chi^2 = 3.181; gl = 1; p = .074$$

No que concerne aos dados relativos às relações sexuais coitais com mais de uma pessoa, em função do sexo verifica-se pela análise dos resíduos (3.7) que há uma tendência no sexo feminino (54.2%) para não terem relações sexuais coitais com mais de uma pessoa.

Tabela 8. Distribuição dos inquiridos segundo as relações sexuais coitais com mais de uma pessoa em função do sexo.

Relações sexuais coitais com mais de uma pessoa / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	39	12.1	-3.7	175	54.2	3.7	214	66.3
Sim	40	12.4	3.7	69	21.4	-3.7	109	33.7
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

$$\chi^2 = 13.338; gl = 1; p = .000$$

Na Tabela 9 apresentam-se os dados relativos às relações sexuais no atual relacionamento em função do sexo. Verifica-se uma percentagem de 18.9% de estudantes com relações sexuais no atual relacionamento no sexo masculino e

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

50.3% no sexo feminino e as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2=2.623$; $p=.105$).

Tabela 9. Distribuição dos inquiridos segundo as relações sexuais no atual relacionamento em função do sexo.

Relações sexuais no atual relacionamento / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	18	5.8	-1.6	78	25.0	1.6	96	30.8
Sim	59	18.9	1.6	157	50.3	-1.6	216	69.2
Total	77	24.7		235	75.3		312	100.0

$\chi^2=2.623$; $gl=1$; $p=.105$

Verifica-se que no sexo masculino a maior percentagem (9.6%) teve relações sexuais até 1 mês, no sexo feminino foi depois dos 6 meses (39%). A análise dos resíduos indicia que há uma tendência no sexo masculino para terem relações ao fim de 1 mês (2.8) e no sexo feminino depois de 6 meses (2.5).

Tabela 10. Distribuição dos inquiridos segundo ao fim de quanto tempo teve relações sexuais em função do sexo.

Ao fim de quanto tempo teve relações sexuais / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Até 1 mês	31	9.6	2.8	56	17.3	-2.8	87	26.9
De 1 a 6 meses	20	6.2	.0	62	19.2	.0	82	25.4
Mais de 6 meses	28	8.7	-2.5	126	39.0	2.5	154	47.7
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

$\chi^2=9.163$; $gl=2$; $p=.010$

Através da Tabela 11 constata-se que no sexo masculino a maior percentagem (20.1%) faz contraceção assim como o sexo feminino (61.6%).

Tabela 11. Distribuição dos inquiridos segundo a contraceção em função do sexo.

Contraceção / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Não	14	4.3	-.1	45	13.9	.1	59	18.3
Sim	65	20.1	.1	199	61.6	-.1	264	81.7
Total	79	24.5		244	75.5		323	100.0

$\chi^2=.021$; $gl=1$; $p=.885$

Constata-se que no sexo masculino a maior percentagem (22%) faz contraceção com preservativo e no sexo feminino esta é feita com a pílula (62.9%) e as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=131.354$; $p=.000$).

Tabela 12. Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de contraceção em função do sexo.

Tipo de contraceção / Sexo	Masculino		Resíduos	Feminino		Resíduos	Total	
	N	%		N	%		N	%
Pílula	6	2.3	-10.9	166	62.9	10.9	172	65.2
Preservativo	58	22.0	11.4	26	9.8	-11.4	84	31.8
Outros	1	0.4	-.8	7	2.7	.8	8	3.0
Total	65	24.6		199	75.4		264	100.0

$$\chi^2 = 131.354; \text{gl} = 2; p = .000$$

Relativamente à análise comparativa das atitudes sexuais em função do sexo podemos observar que há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na subescala permissividade sexual ($p = .000$), práticas sexuais ($p = .000$) e comunhão ($p = .000$) com valores mais elevados no sexo masculino. O que indica que os homens manifestam em relação à sexualidade atitudes mais utilitárias que as mulheres pois são mais permissivos face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional.

Tabela 13. Atitudes Sexuais entre sexos.

Atitudes Sexuais	Masculino		Feminino		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Permissividade Sexual	79	213.38	244	145.36	-5.630	.000
Práticas Sexuais	79	203.35	244	148.61	-4.560	.000
Comunhão	79	197.49	244	150.51	-3.900	.000
Instrumentalidade	79	175.73	244	157.55	-1.514	.130

A Tabela 14 evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes que namoram e não namoram na subescala práticas sexuais ($p = .029$) e comunhão ($p = .039$) com valores mais elevados nos estudantes que namoram. Os jovens que namoram apresentam atitudes mais utilitárias, face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional.

Tabela 14. Atitudes Sexuais entre estudantes que namoram e não namoram.

Atitudes Sexuais	Não namoram			Namoram			Teste t	
	N	\bar{X}	dp	N	\bar{X}	dp	t	p
Permissividade Sexual	121	60.84	10.01	202	60.26	10.27	.501	.617
Práticas Sexuais	121	21.15	2.79	202	21.86	2.85	-2.189	.029
Comunhão	121	25.22	4.04	202	26.21	4.18	-2.073	.039
Instrumentalidade	121	19.98	2.58	202	20.55	2.84	-1.831	.068

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

Na análise comparativa das atitudes face à contraceção em função do sexo observam-se valores mais elevados no sexo masculino, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino ($p=.056$).

Sexo	Masculino		Feminino		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Atitudes Face à Contraceção	78	178.40	243	155.41	-1.912	.056

Na Tabela 16 estão expressos os dados referentes à análise comparativa das atitudes face à contraceção em função dos estudantes com e sem experiência sexual. Podem observar-se valores mais elevados nos estudantes sem experiência sexual, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=.439$).

Experiência sexual	Sem experiência		Com experiência I		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Atitudes Face à Contraceção	53	169.97	268	159.23	-.774	.439

Os dados referentes à análise comparativa das atitudes face à contraceção em função dos estudantes com e sem relação sexual, no atual relacionamento, podem observar-se valores mais elevados são nos estudantes sem relação sexual contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p=.667$).

Relações sexuais no atual relacionamento	Sem relação sexual		Com relação sexual		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Atitudes Face à Contraceção	95	158.78	215	154.05	-.430	.667

Questionamos os estudantes relativamente às motivações que os levam a fazer ou não fazer sexo, utilizando para isso a Escala de Motivação para fazer ou não fazer sexo que apresenta 4 dimensões associadas: Hedonismo e Saúde; Interdependência relacional; Medo e Conservadorismo/desinteresse.

Apresentamos na Tabela 18 os dados relativos às estatísticas dos itens das subescalas. A média do hedonismo e saúde é de $\bar{x}=19.58 (\pm 4.05)$ com uma distribuição assimétrica e leptocúrtica¹. Relativamente à Interdependência Relacional evidencia-se de $\bar{x}=4.37 (\pm 2.08)$ com uma distribuição assimétrica e mesocúrtica². Na subescala do Medo de $\bar{x}=19.58 (\pm 4.05)$ com uma distribuição assimétrica e platicúrtica³. No Conservadorismo de $\bar{x}=19.58 (\pm 4.05)$ com uma distribuição assimétrica e platicúrtica⁴.

Tabela 18. Estatística descritiva das subescalas dos Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Mín.	Máx.	$\bar{X} \pm dp$	Sk	Erro	Kw	Erro
Hedonismo e saúde	9.00	35.00	19.58 4.05	.444	.137	.546	.274
Interdependência relacional	2.00	10.00	4.37 2.08	.592	.137	-.268	.274
Por medo	3.00	15.00	7.31 3.62	.400	.137	-.795	.274
Conservadorismo	5.00	25.00	10.99 4.53	.369	.137	-.542	.274

Na Tabela 19 pode observar-se que há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na subescala Hedonismo e Saúde ($p=.000$) e Interdependência Relacional ($p=.000$) com valores mais elevados no sexo masculino. Neste seguimento, os homens manifestam motivos mais acentuados para ter relações sexuais justificando as razões através do Hedonismo e Saúde e Interdependência relacional.

Tabela 19. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre sexos.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Masculino		Feminino		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Hedonismo e saúde	79	217.06	243	143.44	-6.126	.000
Interdependência relacional	78	207.29	242	145.42	-5.266	.000
Por medo	78	169.24	239	155.66	-1.153	.249
Conservadorismo	78	159.71	238	158.10	-.136	.892

Os motivos apontados para ter ou não ter relações sexuais entre os estudantes com e sem experiência sexual (cf. Tabela 20) estão associados ao Medo e ao Conservadorismo. Os estudantes sem experiência sexual têm mais Medo

1 (Sk=.444 / .137=3.240; Kw=.546 / .274=1.992);

2 (Sk=.592 / .137=3.956; Kw=-.268 / .274=-.978);

3 (Sk=.400 / .137=2.919; Kw=-.795 / .274=-2.905);

4 (Sk=.369 / .137=2.693; Kw=-.542 / .274=-1.978).

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

($p=.050$) e mais Conservadorismo ($p=.013$) com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 20. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre estudantes com e sem experiência sexual.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Sem experiência		Com experiência		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Hedonismo e saúde	53	139.96	269	165.74	-1.849	.064
Interdependência relacional	53	142.31	267	164.11	-1.606	.108
Por medo	52	181.43	265	154.60	-1.959	.050
Conservadorismo	51	187.51	265	152.92	-2.488	.013

Os motivos apontados para ter ou não ter relações sexuais entre os estudantes com e sem intimidades próximas do coito (cf. Tabela 21) estão associados ao Hedonismo e Saúde, Interdependência relacional e Conservadorismo. Os estudantes com intimidades próximas do coito têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.026$), Interdependência relacional ($p=.050$) e menos Conservadorismo ($p=.024$) com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre estudantes com e sem intimidades próximas do coito.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Sem intimidades		Com intimidades		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Hedonismo e saúde	43	132.24	279	166.01	-2.221	.026
Interdependência relacional	43	135.42	277	164.39	-1.959	.050
Por medo	42	173.87	275	156.73	-1.145	.252
Conservadorismo	41	188.33	275	154.05	-2.252	.024

Os motivos apontados para ter ou não ter relações sexuais entre os estudantes com e sem intimidades próximas do coito com apenas uma pessoa (cf. Tabela 22) estão associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.000$) com diferenças estatisticamente significativas. Os estudantes sem experiência de coito apenas com uma pessoa têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde.

Tabela 22. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre estudantes com e sem experiência de ter chegado ao coito (introdução do pênis dentro da vagina) com apenas uma pessoa.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Sem experiência			Com experiência			Teste t	
	N	\bar{x}	dp	N	\bar{x}	dp	t	p
Hedonismo e saúde	163	20.51	4.47	159	18.66	3.35	4.215	.000
Interdependência relacional	163	4.41	2.11	157	4.31	2.04	.425	.671
Por medo	162	7.60	3.66	155	7.04	3.57	1.376	.170
Conservadorismo	161	11.30	4.58	155	10.69	4.47	1.191	.235

Os motivos apontados para ter ou não ter relações sexuais entre os estudantes com e sem intimidades próximas do coito com mais de uma pessoa (cf. Tabela 23) estão associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.000$) com diferenças estatisticamente significativas. Os estudantes com experiência sexual têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde.

Tabela 23. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre estudantes com e sem experiência de ter chegado ao coito (introdução do pênis dentro da vagina) com mais de uma pessoa.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Sem experiência			Com experiência			Teste t	
	N	\bar{x}	dp	N	\bar{x}	dp	t	p
Hedonismo e saúde	214	18.64	3.50	108	21.49	4.42	-5.820	.000
Interdependência relacional	212	4.25	2.00	108	4.60	2.19	-1.437	.152
Por medo	209	7.38	3.65	108	7.23	3.57	.352	.725
Conservadorismo	208	11.08	4.40	108	10.86	4.79	.409	.683

Os motivos apontados para ter ou não ter relações sexuais entre os estudantes com e sem relações no atual relacionamento (cf. Tabela 24) estão associados à Interdependência relacional ($p=.010$) com diferenças estatisticamente significativas. Os estudantes que têm relações sexuais no atual relacionamento têm mais motivos associados à Interdependência relacional.

Tabela 24. Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais entre estudantes com e sem relações no atual relacionamento.

Motivos para ter ou não ter Relações Sexuais	Sem relações		Com relações		Teste Mann-Whitney	
	N	Rank Médio	N	Rank Médio	Z	p
Hedonismo e saúde	95	157.47	216	155.35	-.192	.848
Interdependência relacional	95	135.89	214	163.48	-2.567	.010
Por medo	94	162.90	212	149.33	-1.256	.209
Conservadorismo	93	166.33	212	147.15	-1.758	.079

Quanto às correlações entre o Hedonismo e Saúde e as variáveis independentes verificamos que variam entre ($r=.115$) para a Atitude face à Contraceção e ($r=.879$) para a Permissividade Sexual com correlações significativas positivas para todas as variáveis, variando de forma direta.

Tabela 24b. Coeficiente de correlação de Pearson do Hedonismo e Saúde e variáveis independentes.

Coeficiente de Correlação de Pearson	r	p
Permissividade Sexual	.879	.000
Práticas Sexuais	.508	.000
Instrumentalidade	.212	.001
Atitude face à Contraceção	.115	.043
Relacionamento Sexual	.171	.005
Sex=masculino	.362	.000
Sex=feminino	-.362	.000

No que diz respeito aos dados da regressão entre Hedonismo e Saúde e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ($F=267.622$; $p=.000$) onde entraram três variáveis com um peso preditivo de 78.6% ($R^2=.786$): Permissividade Sexual, Instrumentalidade Sexual e Sexo Masculino. (cf. Quadro 1). A Permissividade Sexual tem um peso preditivo de β (.887) e revela uma associação linear positiva significativa com o Hedonismo e Saúde ($p=.000$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.772$ informa sobre uma variação de 77.2% do Hedonismo e Saúde que é devida à Permissividade Sexual. A Instrumentalidade Sexual tem um peso preditivo de β (-.095) e revela uma associação linear negativa significativa com o Hedonismo e Saúde ($p=.005$) variando de forma indireta. O incremento de $R^2=.008$ informa sobre uma variação de .08% do Hedonismo e Saúde que é devida à Instrumentalidade Sexual.

O Sexo Masculino tem um peso preditivo de β (.073) e revela uma associação linear positiva significativa com o Hedonismo e Saúde ($p=.029$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.005$ informa sobre uma variação de .05% do Hedonismo e Saúde que é devida ao Sexo Masculino. Em síntese, os estudantes que apresentam como motivos para ter relações sexuais o Hedonismo e a Saúde são do sexo masculino e apresentam maiores índices de Permissividade Sexual e Instrumentalidade Sexual.

Quadro 1. Regressão múltipla entre o Hedonismo e Saúde e as variáveis independentes.

Variável dependente = Hedonismo e Saúde							
Modelo Sumário							
R	R2	R Ajustado	Erro de estimativa	Incremento de R2	F	P	
.879	.772	.771	1.980	.772	750.383	.000	
.884	.781	.779	1.947	.008	8.523	.004	
.886	.786	.783	1.930	.005	4.815	.029	
Pesos de Regressão							
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	p			
Permissividade	.362	.887	25.175	.000			
Instrumentalidade	-.141	-.095	-2.852	.005			
Sexo masculino	.679	.073	2.194	.029			
Análise de variância							
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P		
Regressão	2992.527	3	997.509	267.622	.000		
Residual	816.281	219	3.727				
Total	3808.807	222					

Quanto às correlações entre a Interdependência Relacional e as variáveis independentes (cf. Tabela 25) verificamos que variam entre ($r=.130$) para a Atitude face à Contraceção e ($r=.401$) para a Permissividade Sexual com correlações significativas positivas para todas as variáveis, variando de forma direta.

Tabela 25. Coeficiente de correlação de Pearson da Interdependência Relacional e variáveis independentes.

Coeficiente de Correlação de Pearson	r	p
Permissividade Sexual	.401	.000
Práticas Sexuais	.309	.000
Instrumentalidade	.197	.002
Atitude face à Contraceção	.130	.026
Relacionamento Sexual	.079	.119
Sex=masculino	.371	.000
Sex=feminino	-.371	.000

No que diz respeito aos dados da regressão entre a Interdependência Relacional e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ($F=23.511$; $p=.000$) onde entraram três variáveis com um peso preditivo de 24.4% ($R^2=.244$): Permissividade Sexual, Sexo Feminino e Comunhão (cf. Quadro 2).

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

A Permissividade Sexual tem um peso preditivo de β (.198) e revela uma associação linear positiva significativa com a Interdependência Relacional ($p=.012$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.161$ informa sobre uma variação de 16.1% do que é devida à Permissividade Sexual.

O sexo Feminino tem um peso preditivo de β (-.270) e revela uma associação linear negativa significativa com a Interdependência Relacional ($p=.000$) variando de forma indireta. O incremento de $R^2=.063$ informa sobre uma variação de 6.3% da Interdependência Relacional que é devida ao Sexo Feminino.

A Comunhão tem um peso preditivo de β (.182) e revela uma associação linear positiva significativa com a Interdependência Relacional ($p=.016$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.020$ informa sobre uma variação de 2% da Interdependência Relacional que é devida à Comunhão.

Em síntese, os estudantes que apresentam como motivos para ter relações sexuais a Interdependência Relacional são do sexo feminino e apresentam maiores índices de Permissividade Sexual e de Comunhão.

Quadro 2. Regressão múltipla entre a Interdependência Relacional e as variáveis independentes.						
Variável dependente = Interdependência Relacional						
Modelo Sumário						
R	R ²	R Ajustado	Erro de estimativa	Incremento de R ²	F	P
.401	.161	.157	1.93892	.161	42.095	.000
.473	.224	.217	1.86844	.063	17.910	.000
.494	.244	.234	1.84795	.020	5.883	.016
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	P		
Permissividade	.041	.198	2.532	.012		
Sexo Feminino	-1.280	-.270	-4.321	.000		
Comunhão	.092	.182	2.426	.016		
Análise de variância						
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P	
Regressão	240.866	3	80.289	23.511	.000	
Residual	744.454	218	3.415			
Total	985.320	221				

Quanto às correlações entre o Medo e as variáveis independentes (cf. Tabela 26) apenas a Atitude face à Contraceção e ($r=.173$) tem uma correlação significativa positiva variando de forma direta.

Tabela 26. Coeficiente de correlação de Pearson do Medo e variáveis independentes.

Coeficiente de Correlação de Pearson	r	p
Permissividade Sexual	.053	.219
Práticas Sexuais	-.042	.269
Comunhão	.015	.410
Instrumentalidade	.081	.117
Atitude face à Contraceção	.173	.005
Relacionamento Sexual	-.026	.349
Sex=masculino	.074	.136
Sex=feminino	-.074	.136

No que diz respeito aos dados da regressão entre o Medo e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ($F=6.738$; $p=.010$) onde entrou uma variável com um peso preditivo de 3% ($R^2=.030$): Atitude face à Contraceção (cf. Quadro 3). A Atitude face à Contraceção tem um peso preditivo de β (.173) e revela uma associação linear positiva significativa com o Medo ($p=.010$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.030$ informa sobre uma variação de 3% do Medo que é devida à Atitude face à Contraceção. Em síntese, os estudantes que apresentam como motivos para não terem relações sexuais o Medo apresentam melhor Atitude face à Contraceção.

Quadro 3. Regressão múltipla entre o Medo e as variáveis independentes.

Variável dependente = Medo							
Modelo Sumário							
R	R ²	R Ajustado	Erro de estimativa	Incremento de R ²	F	P	
.173	.030	.026	3.54807	.030	6.738	.010	
Pesos de Regressão							
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente Padronizado Beta	t	p			
Atitude face à Contraceção	.156	.173	2.596	.010			
Análise de variância							
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p		
Regressão	84.818	1	84.818	6.738	.010		
Residual	2744.359	218	12.589				
Total	2829.177	219					

Quanto às correlações entre o Conservadorismo e as variáveis independentes (cf. Tabela 27) pode observar-se que a Comunhão ($r=.124$), a Instrumentalidade Sexual ($r=.169$) e a Atitude face à Contraceção ($r=.172$) têm correlações

significativas positivas variando de forma direta.

Tabela 27. Coeficiente de correlação de Pearson do Conservadorismo e variáveis independentes.

Coeficiente de Correlação de Pearson	r	p
Permissividade Sexual	.108	.055
Práticas Sexuais	.058	.198
Comunhão	.124	.033
Instrumentalidade	.169	.006
Atitude face à Contraceção	.172	.005
Relacionamento Sexual	-.057	.198
Sex=masculino	.041	.273
Sex=feminino	-.041	.273

No que diz respeito aos dados da regressão entre o Conservadorismo e as variáveis independentes observa-se um modelo significativo ($F=6.686$; $p=.010$) onde entrou uma variável com um peso preditivo de 3% ($R^2=.030$): Atitude face à Contraceção (cf. Quadro 4). A Atitude face à Contraceção tem um peso preditivo de β (.172) e revela uma associação linear positiva significativa com o Conservadorismo ($p=.010$) variando de forma direta. O incremento de $R^2=.030$ informa sobre uma variação de 3% do Conservadorismo que é devida à Atitude face à Contraceção. Em síntese, os estudantes que apresentam como motivos para não terem relações sexuais o Conservadorismo apresentam melhor Atitude face à Contraceção.

Quadro 4. Regressão múltipla entre o Conservadorismo e as variáveis independentes.

Variável dependente = Conservadorismo						
Modelo Sumário						
R	R ²	R Ajustado	Erro de estimativa	Incremento de R ²	F	P
.172	.030	.025	4.59820	.030	6.686	.010
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente Padronizado Beta	t	p		
Atitude face à Contraceção	.201	.172	2.586	.010		
Análise de variância						
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p	
Regressão	141.359	1	141.359	6.686	.010	
Residual	4609.277	218	21.143			
Total	4750.636	219				

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Se a motivação sexual, surge frequentemente como um impulso para a atividade sexual, o impacto que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo) e variáveis sexuais (namoro, experiência de relacionamento íntimo, atitudes sexuais e atitude face à contraceção) possam ter, merece uma reflexão cuidadosa. Assim, no que respeita ao namoro averiguámos que a maioria dos estudantes (62,5%) tem um relacionamento conseguindo apurar 16.7% rapazes e 45.8% raparigas. Relativamente à experiência sexual, os rapazes tendem a ter mais experiência sexual que as raparigas ($\chi^2=4.344$; $p=.037$). O estudo realizado numa amostra de estudantes universitários refere que a maioria é sexualmente ativa (83,3%) e são os homens (88,6%) que mais frequentemente mencionam ter tido relações sexuais (Reis; Matos; Ramiro & Equipa Aventura Social, 2012).

Na análise das intimidades, próximas do coito, incluindo carícias diretas em qualquer parte do corpo incluindo genitais verifica-se que há uma maior tendência no sexo feminino para valorizar este tipo de intimidades ($\chi^2=4.344$; $p=.037$). Contrariando o que é mencionado no estudo de Matos et al. em 2012 que refere que são os estudantes homens que dão mais importância às carícias genitais, coito e orgasmo para obtenção de prazer na relação (96,8%) comparativamente às mulheres (93,6).

Nos dados relativos às relações sexuais coitais com mais de uma pessoa verifica-se, que no sexo masculino, já tiveram relações sexuais coitais com mais de uma pessoa. Há uma tendência no sexo masculino (9,6%) para terem relações sexuais ao fim de 1 mês e no sexo feminino depois de 6 meses (39%). Deste modo, e à semelhança do nosso estudo, o estudo realizado por Matos et al. em 2012 refere que são os estudantes homens que mais frequentemente tiveram relações sexuais uma semana ou menos depois de iniciarem o relacionamento amoroso (30,4%) e as estudantes mulheres mais frequentemente levaram três a seis meses (18,3%) e seis meses a um ano (16,2%).

A análise das atitudes sexuais dos estudantes foi efetuada através da interpretação da Permissividade Sexual, das Práticas Sexuais e da Comunhão. Pode observar-se que há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino na Permissividade Sexual ($p=.000$), Práticas Sexuais ($p=.000$) e Comunhão ($p=.000$) com valores mais elevados no sexo masculino. O que indica, que os homens manifestam em relação à sexualidade atitudes mais utilitárias, pois são mais permissivos face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional.

Foram, ainda, identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes com idades abaixo dos 21 anos e acima dos 22 anos na Permissividade Sexual ($p=.038$) e Práticas Sexuais ($p=.004$) com valores mais elevados nos estudantes com idades superiores a 22 anos, ou seja nos estudantes mais velhos. Os jovens com idades superiores a 22 anos apresentam atitudes mais utilitárias, face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional.

Também, entre os estudantes que namoram e não namoram há diferenças estatisticamente significativas relativamente às Práticas Sexuais ($p=.029$) e à Comunhão ($p=.039$) com valores mais elevados nos estudantes que namoram. Os jovens que namoram apresentam atitudes mais utilitárias, face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional.

Em relação à experiência sexual, evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes com e sem experiência sexual nas Práticas Sexuais ($p=.000$), na Comunhão ($p=.010$) e na Instrumentalidade ($p=.007$), com valores mais elevados nos estudantes com experiência sexual. Os jovens com experiência sexual apresentam atitudes mais utilitárias, face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional. Os jovens que não têm relações sexuais no atual relacionamento apresentam atitudes mais utilitárias, face ao sexo ocasional, sem compromisso e sexo não convencional face às suas Práticas Sexuais ($p=.006$). Estes resultados vão de encontro aos dados nacionais os quais referem que 67% dos participantes nunca teve parceiro sexual ocasional, sendo que dos que tiveram, os homens são quem mais o refere, independentemente da frequência parceiros ocasionais, (Matos et al., 2012). Quanto às diferenças entre a duração de relacionamento e a idade, são os jovens que têm relacionamento há menos de 6 meses e os com idades entre os 22 e 28 anos que mencionam mais frequentemente ter parceiros sexuais ocasionais. Verifica-se que são os homens que mais frequentemente teve entre dois a três (21,6%), e mais de três parceiros sexuais ocasionais no último mês (4,8%), e as mulheres quem mais frequentemente teve um (92,45%).

Podem observar-se valores e atitudes mais positivas no sexo masculino, nos estudantes com idades abaixo dos 21 anos, nos estudantes que não namoram, sem experiência sexual e sem relação sexual no atual relacionamento, contudo, as diferenças não são estatisticamente significativas entre sexos ($p>.050$). O que não se verifica no estudo apresentado por Reis & Matos em 2008 a 426 jovens estudantes universitários. Os resultados obtidos demonstram que a maioria tem pouco conhecimento acerca dos métodos contraceptivos mas revelou uma forte atitude preventiva face a uma gravidez indesejada.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos de sexo diferentes, onde as raparigas apresentam mais conhecimentos e preocupação preventiva face à contraceção que os rapazes.

As motivações para ter ou não ter sexo podem variar. O hedonismo e saúde e interdependência relacional são preconizados como motivos para fazer sexo, enquanto o medo, o conservadorismo/desinteresse, como motivos para não fazer sexo. No nosso estudo os rapazes manifestam motivos mais acentuados para ter relações sexuais justificando as razões através do Hedonismo e Saúde ($p=.000$) e Interdependência relacional ($p=.000$). Alguns estudos referem existir diferenças reais entre a motivação sexual dos homens e mulheres, sendo as mulheres mais motivadas pela busca da estabilidade e realização de vínculo estável, enquanto que os homens parecem ser mais motivados pelo hedonismo (Rodriguez; Alcacibar & Larrea, 2000). Num estudo mais recente de Matos et al. (2012), foi ainda concluído que são os homens quem mais referem, tomar a iniciativa, para terem relações sexuais com as companheiras. Por outro lado, e relativamente aos motivos para não ter sexo (Medo e Conservadorismo), Leal & Maroco (2010) apresentam como motivos o facto de quererem manter a virgindade, por não terem encontrado a pessoa certa e pelo desejo de casar virgem. Os jovens com idades superiores a 22 anos apresentam mais motivos para terem relações sexuais relacionadas com o Hedonismo e Saúde ($p=.001$) e menos motivos ligados ao Conservadorismo ($p=.037$). No estudo de Oliveira, Nelas, Aparício & Duarte (2014) os motivos relacionados com hedonismo e saúde parecem ser os que motivam os adolescentes mais velhos para fazer sexo. Outros estudos semelhantes incidem também sobre as faixas etárias da adolescência (Matos & Equipa do Projecto Aventura Social, 2001, 2003, 2006), Vilar & Ferreira (2009), Patricka; Maggs; Abar (2007), Voeten; Egesah & Habbema (2004).

Pudemos comprovar que, os estudantes que utilizam contraceção têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.020$) e menos motivos associados ao Conservadorismo ($p=.015$). Relativamente ao papel da experiência sexual, coital ou não, o nosso estudo aponta que os estudantes sem experiência sexual têm mais Medo ($p=.050$) e mais Conservadorismo ($p=.013$). Os estudantes com intimidades próximas do coito têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.026$), Interdependência relacional ($p=.050$) e Conservadorismo ($p=.024$). Os estudantes sem experiência de coito apenas com uma pessoa têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.000$). Os estudantes com experiência sexual têm mais motivos associados ao Hedonismo e Saúde ($p=.000$) e os estudantes que têm relações sexuais no atual relacionamento têm mais motivos associados à Interdependência relacional ($p=.010$). Esta interdependência relacional é mais comum entre

o sexo feminino, como também defende Matos et al. (2012), quando indica que, no relacionamento amoroso, as mulheres dão mais importância aos sentimentos e comunicação na relação, sendo os relacionamentos com menos tempo de duração os que atribuem menor importância a este fator. O tipo de relacionamento que mais predomina entre os jovens é o do tipo afetivo (98,7%), que vai de acordo com o nosso estudo onde 62,5% da amostra tem um relacionamento amoroso.

Os estudantes que apresentam como motivos para ter relações sexuais o Hedonismo e a Saúde são do sexo masculino e são influenciados de forma direta pela Permissividade Sexual (77.1%) e pela Instrumentalidade Sexual (.08%). Os estudantes que apresentam como motivos para ter relações sexuais a Interdependência Relacional são do sexo feminino e são influenciados pela Permissividade Sexual (16.1%) e pela Comunhão (6.3%). Impett & Peplau (2003) faz também referência a estudos que afirmam que as raparigas mencionam mais vezes motivos como o amor e o afeto, enquanto os homens apontam mais vezes o prazer físico como principal motivo para o início da atividade sexual.

4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Homens e mulheres diferem em diversos aspetos no modo como vivenciam a sexualidade, sofrendo influência marcante do contexto sociocultural. Parece-nos pertinente refletir de que forma podemos contribuir para promover uma melhor saúde sexual e reprodutiva nos estudantes universitários, pensamos que os profissionais de saúde podem intervir sensibilizando a comunidade no geral, para a importância de uma abordagem preventiva face aos comportamentos manifestados, promovendo seções de educação para a saúde sexual e reprodutiva bem como, explorando intervenções mais eficazes direcionadas para os estudantes universitários. Também, uma das possíveis intervenções, consiste na criação de gabinetes de esclarecimento nas universidades, constituídas por equipas pluridisciplinares, com recursos a tecnologias recentes e utilizando metodologias ativas e participativas para esclarecimento de dúvidas e treino de competências relacionadas com a sexualidade, pois para que o estudante opte por comportamentos sexuais salutarres é necessário que possua informação fidedigna que lhe permita decidir com segurança, com atitudes responsáveis e efetivas, prevenindo comportamentos de risco.

REFERÊNCIAS

- Alcacibar, C., Rodríguez, M., & Larrea, L. (2000). *Psicología del desarrollo II, Universidad del Desarrollo*. Acedido em <http://www.reocities.com/Heartland/farm/8810/investig/inisex2.html>. Consultado em 12 de maio de 2013.
- Alferes, V. R. (1999). Escala de atitudes sexuais. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. A. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 131-148). Braga: SHO/APPORT.
- Amaro, F., Dantas, A. M., & Teles, I. C. (1995). Sexual behaviour in the city of Lisbon. *International Journal of STD & AIDS*, vol. 6, 35-41.
- Antunes, M. T. C. (2007). *Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Formasau, Formação e saúde.
- Browning J.R., Hatfield E., Kessler, D. & Levine, T. (2000). Sexual motives, gender, and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 29(2), 135-153. Acedido em <http://www.elainehatfield.com/102.pdf>
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent romantic relationships. *Annual Review of Psychology*. 60, 631-652.
- Dalton, A., & Galambos, N. (2009). Affect and sexual behavior in the transition to University. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 675-687. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760485/>
- Dalton, A., & Galambos, N. (2009). Affect and sexual Behavior in the transition to University. *Archives of sexual behavior*, 38(5), pp. 675-687. Ed: Springer EUA. ISSN: 1573-2800. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3760485/>
- Impett, E. A., & Peplau, L. A. (2003). Sexual compliance: Gender, motivational, and relationship perspectives. *The Journal of Sex Research*, 40(1), 87-100.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Editora Legis.
- Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social (2001; 2003; 2006). *A saúde dos adolescentes portugueses*. Lisboa: CDI/ FMH/UTL. Acedido em www.aventurasocial.com
- Matos, M. G., Reis M., Ramiro L., & Equipa Aventura Social (2012). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários. Relatório de estudo. Dados de 2010 (1ª ed.)*. Lisboa. (Novembro de 2012, pp. 28-32, 93-99). Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1356031665_V5%20Relatorio-Universitarios_prottegido.pdf
- Matos, M. G., Reis M., Ramiro L., & Equipa Aventura Social (2013). *Sexualidade dos jovens portugueses. Relatório de estudo online sobre sexualidade nos jovens*. Online Study of Young People's Sexuality (OSYS). Dados de 2011. (1ª ed.). Lisboa. (Maio de 2013, p.66-68). Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1368456942_Relatorio_OSYS%20RGB_K.pdf
- Matos, M. G., Simões C., Tomé G., Camacho I., Ferreira M., Ramiro L., ... Equipa Aventura Social (2010). *A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL. Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf
- Nelas, P., Aparício, G; Duarte, J. Ferreira, M Albuquerque, & Fernandes, C (2013). Sexual education in school context: the efficiency of a training intervention. *Atención Primaria*, 45 (Espec cong 1), 208 a 215. Available in www.elsevier.es/ap
- Oliveira, V. C. M., Nelas, P., Aparício, G., & Duarte, J. (2014). A motivação sexual dos adolescentes: Influência dos fatores sociodemográficos. *Millenium*, 46, 197-210.

iv. Motivação para ter ou não ter sexo em estudantes do ensino superior: uma questão de gênero?

- Patrick, M., & Lee, C. (2010). Sexual motivations and engagement in sexual behavior during the transition to college. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 674-81. Acedido em <http://link.springer.com/article/10.1007/s10508-008-9435-9>
- Patrick, M., Maggs, J., & Abar, C. (2007). Reasons to have sex, personal goals, and sexual behavior during the transition to college. *Journal of Sex Research*, 44(3), 240-249. Acedido em <http://www.thefreelibrary.com/Reasons+to+have+sex,+personal+goals+and+sexual+behavior+during+the...-a0168586763>.
- Rangel D. L. O. & Queiroz A. B. A. (2008). A representação social das adolescentes sobre a gravidez nesta etapa de vida. *Esc Anna Nery, revista de enfermagem*, 12 (4): 780-88. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a24.pdf>
- Reis, M., & Matos, M. G. (2007). Contraceção: Conhecimentos e atitudes em jovens universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 209-220.
- Reis, M., & Matos, M. G. (2008). Comportamentos sexuais e influência dos diferentes agentes de socialização na educação sexual dos jovens universitários. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 48/49, 22-28. Acedido em http://aventurasocial.com/arquivo/1303596808_SPFAM_REIS_2008.pdf
- Reis, M., & Matos, M. G. (2008). Contraceção em jovens universitários portugueses. *Análise Psicológica*, 1(26), 71-79. Acedido em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a06.pdf>
- Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105-114. Acedido em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252012000200002&script=sci_arttext
- Sant'Anna, M., Carvalho, K., Passarelli, M. & Coates, V. (2008) Comportamento sexual entre jovens universitários. *Revista oficial do núcleo de estudos da saúde do adolescente*, 5(2), 52-56.
- Siqueira, R. M. O. (2001). Representações sociais de jovens estudantes do ensino médio em Itajaí/SC, sobre relações íntimas no contexto da AIDS. Ed: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia
- Vilar, D., & Ferreira, P. (2009). Educação sexual dos jovens portugueses: Conhecimentos e fontes. *Revista Educação Sexual em Rede*, 5, 2-54. Acedido em <http://www.apf.pt/?area=002&mid=004&sid=004>
- Voeten, H., Egesah, O., & Habbema, J. (2004). Sexual behavior is more risky in rural than in urban areas among young women in Nyanza province, Kenya. *Sexually Transmitted Diseases*, 31(8), 481-487. Acedido em <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/PPHG/surveillance/CDC-marps/resources/multi-stage-cluster/7.pdf>

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA: SEGREDO PARA REVELAR

Ana Frias
Fernanda Gomes da Costa

A origem da Mutilação Genital Feminina (MGF) mantém-se desconhecida, mas segundo Hogemann, (s.d) precedeu o cristianismo e o islamismo e era praticada pelos “falashas” (judeus etíopes). No entanto, existem diferentes teorias relativamente à sua origem. Segundo Piacentini (2007): uns consideram que teve origem no antigo Egípto; outros dizem que é um ritual africano que foi difundido posteriormente para o Egípto; ou ainda, que era uma prática aplicada às mulheres de etnia africana da época do velho mercado árabe de escravos ou de que a MGF foi introduzida quando o Vale do Nilo foi invadido por tribos nómadas (3.100 a. C). Esta prática pode ser comparável à tortura e está condenada pelo artigo 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos com a agravante de ser praticada, na maioria dos casos, em crianças (Branco, 2006).

A MGF, no Código Penal Português (artigo 144.º), é tida como ofensa grave à integridade física. Esta prática é considerada crime público. Portugal é considerado um país de risco devido às comunidades imigrantes originárias da África subsaariana, apresentando-se a Guiné-Bissau como a maior comunidade residente em Portugal (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2009; DGS, 2012). O ato praticado traz consequências graves para as crianças e jovens evidenciando-se a desigualdade de género em que meninas e raparigas são sujeitas a rituais da MGF, em período de férias escolares (Bento, 2011). Frade (2009), refere que por estas razões se criou o I Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina, integrado no III Plano Nacional para a Igualdade: Cidadania e Género (2007-2010), em que o estado Português assume o compromisso específico sobre a MGF, onde se denota um reforço dos direitos humanos das mulheres e crianças. Em 2011, em sua sequência e incidindo na promoção de ações de informação e sensibilização, educação e prevenção dos riscos relacionados com a MGF, particularmente na área da saúde sexual e reprodutiva, surgiu o II Programa de Ação para a Eliminação da MGF (2011-2013). Devido ao malefício associado a esta prática, foi também assinada a Declaração Conjunta para a Eliminação da MGF em 2008 por dez organismos das Nações Unidas, transmitindo este ato a amplitude da

realidade e a importância de adotar medidas (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2009a). A proibição da MGF foi aprovada por unanimidade, em dezembro de 2012, na Assembleia Geral da ONU.

I. EM QUE CONSISTE A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA?

A MGF, circuncisão feminina ou «fanado», é considerado um costume frequente em comunidades de cultura islâmica (Fonseca & Lucas, 2009). Esta engloba todas as ações que incluem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos ou que provoquem lesões nos mesmos por razões não médicas (OMS, 2009, Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). Na dimensão cultural, esta prática está associada à castidade e ao facto de diminuir o desejo sexual, assim como, à redução do risco da mulher ser infiel ao marido. Por outro lado, também pode ser vista como uma prática de higiene, já que o órgão sexual feminino externo é considerado como feio e volumoso pelas comunidades onde a prática é realizada (Hogemann, sd).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (em conjunto com outros nove organismos das Nações Unidas, OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM) existem 4 tipos de MGF (APF, 2009b, DGS, 2012): O primeiro tipo refere-se à remoção parcial ou total do clítoris (clitoridectomia). Por outro lado, a excisão (Tipo II), sendo a mais frequente, consiste na extração parcial ou integral do clítoris e dos pequenos lábios, com ou sem excisão dos grandes lábios. A infibulação (Tipo III) consiste no “estreitamento do orifício vaginal através da criação de uma membrana selante, pelo corte e aposição dos pequenos lábios e/ou grandes lábios, com ou sem excisão do clítoris”, que segundo Frade, (2009) e a APF, (2004) o processo de cicatrização que dura de 2 a 8 semanas deixa apenas uma pequena abertura para a micção e fluxo menstrual. A MGF de Tipo IV corresponde a “todas as intervenções nefastas sobre os órgãos genitais femininos por razões não médicas”, por exemplo: punção, perfuração, incisão, escaurificação e cauterização (APF, 2009b).

O instrumento normalmente usado para a realização da MGF é um vidro partido, uma tampa de lata, tesouras, navalhas ou outro instrumento cortante (Piacentini, 2007). Geralmente, a técnica é realizada em crianças entre os 4 anos e os 8 anos de idade, em grupos de uma mesma comunidade, considerando a OMS (2009a) que o grupo etário está a tornar-se cada vez mais jovem.

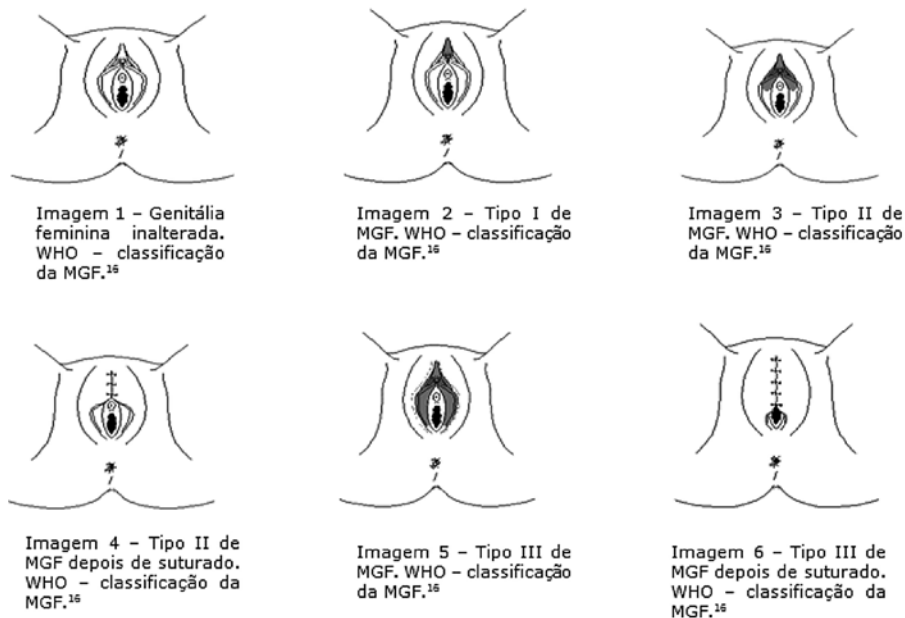


Figura 1. Classificação da Mutilação Genital Feminina segundo a OMS (2009)

A pessoa que pratica a MGF costuma ser a anciã, parteira ou a curandeira tradicional da mesma comunidade, autodenominando-se de “fanadeira”. Em quase todos os casos, esta prática é associada a rituais de iniciação ou purificação e festividades, sendo apenas admitida a presença de mulheres (Piacentini, 2007; Campos, 2010). A maioria das mulheres mutiladas não considera esta prática como uma violência, pois o género feminino foi assumido, durante séculos, como física e intelectualmente inferior ao outro (Rosa, 2011).

2. EXTENSÃO GEOGRÁFICA E DADOS ESTATÍSTICOS

Estima-se que cerca de 130-140 milhões de mulheres já foram submetidas a esta prática pelo mundo e que a cada ano, 3 milhões de crianças e adolescentes do género feminino correm o risco de serem sujeitas à mesma, cerca de 8 mil todos os dias (Frade, 2009; DGS, 2012).

Segundo a Unicef e a OMS, a MGF é feita em 28 países africanos e Médio Oriente (Iémen, Emirados Árabes Unidos, Omã, Bahrain, Qatar e algumas zonas da Arábia Saudita). Relativamente a ex-colónias portuguesas, as únicas mencio-

nadas pela OMS e Unicef, são a Guiné-Bissau (onde 50% das mulheres são mutiladas), Moçambique, Angola e tribos da Amazónia. Os países onde a prática é mais comum, atingindo cerca de 90% da população, são a Somália, Djibuti, Eritreia, Etiópia, Serra Leoa, Sudão, Gâmbia e Egipto (Bento, 2011; DGS, 2012).

Para além destes, sabe-se que esta prática ocorre ainda em comunidades de imigrantes em regiões da Ásia (Indonésia, Sri Lanka, Índia e Malásia), Pacífico (Austrália), Europa (Inglaterra, Holanda, Suécia, França, Portugal e Itália) e América (Canadá e Estados Unidos). Alguns países africanos já têm legislação que proíbe a prática da MGF, contudo esta continua a ser praticada. É ainda importante referir que, 15 países africanos aceitaram o Protocolo sobre os Direitos das Mulheres Africanas (Convenção Africana sobre os Direitos das Pessoas e Povos), em vigor em novembro de 2006, e que engloba, entre outros, a reprovação da prática. Ainda assim e apesar da nova legislação, tem-se verificado que as práticas culturais não estão tão “abertas” à mudança (Piacentini, 2007).

3. SITUAÇÃO EM PORTUGAL

Segundo Piedade (2008), Portugal é considerado um país de risco relativamente à prática de MGF, principalmente devido ao aumento de imigrantes cuja prática é recorrente no seu país de origem. Segundo a antropóloga guineense Quintino, os casos de excisão feminina são raros pois o ato está associado a rituais de iniciação que só fazem sentido no local de origem da pessoa (Branco, 2006). Como diz Ribeiro de Faria (2002) citada por Branco (2006), esta prática constitui uma grave ofensa à integridade física da pessoa, com pena de dois a dez anos de prisão, de acordo com o Código Penal Português.

Em Fevereiro de 2009, formou-se o I Programa de Ação para a Eliminação da MGF reforçando os direitos da mulher e da criança, principalmente o direito à saúde, à integridade física, à não sujeição a nenhuma forma de tortura e o direito à não discriminação (APF, 2009b). Este programa assenta em 4 medidas principais: Medida 1: Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Integrar; Medida 2: Formar; Medida 3: Conhecer e Investigar; Medida 4: Advogar. Foram, ainda, apresentadas várias iniciativas entre as quais se destacam a criação de um referencial de formação em MGF, realização de ações de formação a profissionais de saúde e a outros técnicos, como docentes de ensino ou formação técnico-profissional e órgãos da polícia criminal, a promoção do aumento da literacia e escolaridade das mulheres e jovens imigrantes, entre outras (Frade, 2009; APF, 2009b; DGS, 2012).

4. CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE DA MULHER E DA GRÁVIDA

Hoje em dia, já se conhecem as consequências deste acontecimento, quer na saúde mental, quer na saúde sexual e reprodutiva da mulher (Fonseca & Lucas, 2009). As infeções imediatas são várias devido ao uso de materiais não esterilizados e reutilizados. O facto de não ser administrada terapêutica analgésica nem antissépticos também acarreta riscos graves (Branco, 2006; Vicente, 2007). As doenças mais comuns são o tétano, septicemia e as doenças infetocontagiosas (como o HIV). As vias urinárias ficam frequentemente inflamadas devido à retenção urinária. A longo prazo, estes problemas urinários podem levar a incontínência urinária e as perdas de sangue constantes podem levar a situações de anemia grave. As infeções pélvicas também são comuns, principalmente em mulheres infibuladas e podem estender-se ao útero, trompas de Falópio e ovários, levando muitas vezes à infertilidade (OMS, 2009; DGS, 2012). Importa referir que a técnica pode conduzir à morte por hemorragia maciça. Estas, por ausência de materiais médicos, são tratadas com plantas medicinais e orações, o que gera um tratamento não adequado. Na vulva podem aparecer abscessos, quistos e fístulas e se o nervo do clítoris for cortado as consequências psicológicas e sexuais são extremas. Ainda de acordo com Branco (2006), e relativamente à sexualidade, a MGF pode causar disfunções sexuais no casal, pois as relações são acompanhadas de dor e/ou de impossibilidade de penetração. A capacidade orgásmica normalmente diminui.

Também existem riscos obstétricos e consequências fetais: Quando a mulher se encontra no momento do parto, o tecido cicatricial, resultante da MGF pode lacerar e provocar hemorragias graves. As que se encontram com os lábios vaginais encerrados têm que ser excisadas para permitir o parto e a passagem do bebé, sendo que são novamente “fechadas” após o mesmo (Fonseca & Lucas, 2009). Sabe-se que existe maior incidência de partos por cesariana e complicações pós-parto nas mulheres submetidas à MGF. De facto, verifica-se uma taxa de mortalidade perinatal 15% a 55% mais elevada nas mulheres sujeitas a esta prática.

Em termos psicológicos as consequências são graves e traumáticas, podendo notar-se medo/receio de ter relações sexuais, síndrome de stress pós-traumático, ansiedade, depressão, perda de memória e perturbações psicossomáticas. As reações são várias, podem sentir-se humilhadas e traídas e vão desde a necessidade e facilidade de verbalizar o acontecimento e sofrimento até ao não conseguir abordar o assunto ou mesmo não recordar a situação (Campos, 2010; Fonseca & Lucas, 2009).

5. PAPEL DO ENFERMEIRO (INTERVENÇÃO)

Primeiramente, é essencial que se conheça a realidade da MGF. Sem este conhecimento de base, não é possível estabelecer intervenções adequadas e eficientes na comunidade (Vicente, 2007). A avaliação inicial é o primeiro contacto com a pessoa, e como tal é importante consciencializar-se sobre as corretas atitudes a tomar por forma a estabelecer-se uma relação de confiança. Tratá-la como vítima é errado e pode muitas vezes afastar por completo qualquer possibilidade de aproximação e comunicação terapêutica. É essencial ser-se desprovido de preconceitos ou estereótipos (Campos, 2010). A utilização de terminologia adequada é fulcral em qualquer intervenção, portanto termos como MGF devem ser substituídos por “Corte dos Genitais Femininos” ou outro que seja utilizado pela mulher ou que esta aprobe (APF, 2009b).

Numa primeira entrevista e exame físico, algumas mulheres podem procurar ajuda ou abordar o tema, mas normalmente tendem a ocultar o facto, pois têm medo da incompreensão por parte dos profissionais de saúde. Assim, estes devem estar atentos e despertos na observação das mulheres que provêm de regiões em que esta mutilação é praticada (Vicente, 2007). Com a observação destes factos é essencial que se esteja atento a outros sinais, através da observação da linguagem corporal e expressões utilizadas, tom de voz e postura da pessoa. Importa ainda: 1) A privacidade e confidencialidade; 2) O Espaço físico; 3) A duração; 4) Características como a empatia; 5) A relação de confiança; 6) Juízos de valor; 7) O Comportamento não-verbal; 8) A terminologia que é familiar; 9) A escuta ativa; e 10) As expressões faciais (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários [APECS], 2009).

Como em qualquer outra avaliação inicial, deve-se evitar qualquer tipo de crítica ou valoração negativa, pois afasta a mulher e impede que a mesma exponha com naturalidade as suas dificuldades e dúvidas (Vicente, 2007; Campos, 2010).

Visto que a MGF pode ser efetuada de diferentes formas, algumas delas podem passar despercebidas, porém as alterações decorrentes da mutilação podem ser bastante evidentes na maioria dos casos e provocar sintomatologia. Deste modo, deve-se ter em atenção as possíveis “áreas de fibrose e retração, quistos de retenção (devido a invaginação do epitélio durante o processo de cicatrização) ou um orifício vaginal estreito e fibrótico (frequente na infibulação). Como estas são pouco distensíveis, podem ocorrer lesões ou infeções durante as relações sexuais e parto (DGS, 2012; Vicente, 2007).

Devido ainda às alterações anatômicas decorrentes deste acontecimento, pode haver obstrução durante a micção, o que torna mais frequentes as infecções urinárias. Se o orifício vaginal ficar muito estreito, pode existir até obstrução ao fluxo menstrual, podendo gerar quadros de hematocolpos (retenção do sangue menstrual na vagina) ou dores significativas durante a menstruação (dismenorreia). Relativamente às relações sexuais, pode provocar dispareunia ou lacerações secundárias à penetração, principalmente devido ao estreitamento vulvar ou a presença de tecido cicatricial (DGS, 2012; Vicente, 2007).

De acordo com Vicente (2007) e as orientações da Direção Geral de Saúde (2012), no exame físico, as principais características que o profissional de saúde deve procurar são:

1. O prepúcio do clítoris, uretra, pequenos lábios e grandes lábios deve procurar identificar se estas estruturas estão presentes, se existem úlceras, áreas de fibrose, estenose e/ou distorção;
2. A incontinência urinária pode ser testada pedindo à mulher que execute a manobra de Valsalva (por ex: tossindo);
3. Aquando do toque vaginal devem procurar pontos dolorosos, áreas de estenose ou distorção. Na infibulação é importante verificar se existe obstrução do fluxo urinário;
4. Quando se verifica a existência de grande estenose do orifício vaginal, a observação deverá ter em atenção utilizar apenas um dedo no toque vaginal e espéculos de pequeno calibre. Nas situações de observação do colo do útero e da realização de colpocitologia pode ser difícil ou mesmo impossível.

A MGF não é apenas uma questão de lesão física ou anatômica. Esta prática enquadra-se num universo sociocultural e religioso próprio que modula a forma como a mulher vive, pensa, sente e é vista na sociedade e, sendo assim, deve ser feita uma abordagem individualizada e dirigida às necessidades e preocupações que a própria exprime (Frade, 2009; Campos, 2010). Uma intervenção adequada nestes casos necessita de uma prévia sensibilização e formação e de um protocolo de atuação (Piedade, 2008). Até 2012 eram utilizadas as adaptações dos protocolos de outras instituições nomeadamente da OMS pois outras orientações eram inexistente em Portugal. Atualmente as orientações da DGS (2012) emitidas em março dão resposta a esta situação. A DGS (2012:1)) refere, ainda, que a “intervenção na criança e jovem em risco de MGF deverá estar de acordo com o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção - Maus Tratos em Crianças e Jovens, da Direção-Geral da Saúde (...). Os profissionais de saúde devem envolver quando necessário na sua intervenção, os mediadores socioculturais e os líderes das comunidades, inclusive líderes religiosos”.

A nível educacional, o enfermeiro tem um papel importante na realização das seguintes medidas (Vicente, 2007): 1) Valorizar as tradições da comunidade de origem da mulher mas em simultâneo alertar para certas práticas nocivas para a sua integridade física; 2) Explicar que existem alguns problemas de saúde, por vezes desvalorizados, que decorrem da mutilação; 3) Informar em detalhe quais as consequências físicas e psicológicas que a MGF acarreta e, se possível, contar com o testemunho de outras mulheres mutiladas; 4) Promover um aumento da qualidade de vida da mulher, pois a recusa desta prática pode causar problemas sociais como a marginalização das mulheres pelo grupo de pertença; 5) Auxiliar na promoção de integração das mulheres que recusam a mutilação, nomeadamente na inserção de atividades laborais e aumento da escolaridade; 6) Conferir empoderamento (empowerment), explicar que as mulheres têm o direito de decidir acerca do seu corpo e da sua vida, não devendo estas decisões serem tomadas por outras pessoas.

As ações de enfermagem nas consultas de Planeamento Familiar também são importantes. Para mulheres que já estão grávidas, o acompanhamento deve ser feito durante o pré e o pós-parto, bem como durante a infância do bebé (Campos, 2010; DGS, 2012). Nas mulheres MGF tipo I e II sem complicações não são necessários cuidados específicos durante a gravidez. A grávida com MGF que apresente distorção vulvar ou obstrução vaginal deve ser encaminhada, ainda durante a gestação, para uma consulta obstétrica no hospital. De acordo com Vicente (2007) nas infibulações está aconselhada a “de-infibulação” antes do parto de preferência no 2.º trimestre de gravidez. Quando o diagnóstico só é feito no momento do parto, a realização da “de-infibulação” deverá ser quando a apresentação da posição fetal já está descida (no 2.º estadio do trabalho de parto).

6. EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Como profissional de saúde que objetiva prestar cuidados de excelência, o enfermeiro não pode esquecer os seus deveres ou poder, enquanto agente de educação e de mudança comunitária. Desta forma, pode adotar na sua conduta, uma variedade de iniciativas contra esta prática, como por exemplo elaborar normas de atuação (manual de boas práticas) e distribuir nos vários serviços de saúde; reforçar as parcerias com as Instituições de Saúde no sentido de, em conjunto, através de respostas integradas, procederem ao encaminhamento das situações detetadas; e apoiarem o trabalho comunitário, nomeadamente no âmbito da educação e formação de adultos, que pode e deve ser realizada nas consultas de enfermagem (Frade, 2009).

De acordo com a autora anteriormente referida (2009), no I Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina, os profissionais de saúde devem participar através da implementação de algumas das atividades:

- “Promover debates para discussão e organização de estratégias de trabalho, incluindo a promoção de espaços pedagógicos nas comunidades”;
- “Promover aconselhamento individual e apoio psicossocial”;
- “Criar grupos de autoajuda e redes de suporte social”;
- “Elaborar material IEC (Informação, Educação e Comunicação) ”;
- “Traduzir e publicar alguns documentos úteis”;
- “Promover o desenvolvimento, em todos os níveis de ensino, de trabalhos escolares e formativos sobre práticas tradicionais nocivas: MGF, no âmbito da Educação para a Saúde, Educação para a Cidadania e Educação para o Desenvolvimento”;
- “Sensibilizar docentes do ensino universitário para a importância da inclusão nos currículos académicos dos cursos graduados de licenciatura e pós-graduados, nomeadamente de enfermagem, o tema das práticas tradicionais nocivas”;
- “Apoiar as associações de imigrantes no desenvolvimento de atividades que contribuam para a eliminação de práticas tradicionais nocivas”;
- “Fomentar a existência de campanhas que promovam os Direitos Sexuais e Reprodutivos no quadro dos Direitos Humanos”;
- “Fomentar a existência de debates e espaços de divulgação nos meios de comunicação social para reflexão sobre a realidade da MGF e sua relação com a saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, a educação, o desenvolvimento dos Direitos Humanos”;
- “Promover a criação de uma rede de trabalho que envolva estudantes de países onde a MGF existe, temporariamente residentes em Portugal”.

Importa também fazer referência a um documento indispensável ao enfermeiro, enquanto educador da comunidade e formador de outros profissionais, sendo este o Manual “Mutilação Genital Feminina - Integração de Prevenção e do Tratamento nos currícula dos Profissionais de Saúde”. Concebido pela OMS devido à necessidade transmitida pelos profissionais de saúde em obterem conhecimentos e habilitações na área referida. O presente manual apresenta como sua principal vantagem a componente de apoio à prática, esclarecendo e detalhando a organização dos cursos de formação e de educação para a comunidade. A sua estrutura está definida através de módulos determinados por tema, o que facilita a compreensão dos leitores. Para além disso, esta obra enquadra três dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio: Objetivo 3. Promover a igualdade do género e capacitar as mulheres; Objetivo 4. Reduzir a mortalidade infantil e Objetivo 5. Melhorar a saúde materna.

7. CONCLUSÕES

A MGF é uma problemática que merece dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, uma atuação a nível da saúde comunitária. Torna-se então necessário, cada vez mais, realizar ações de formação específicas para os profissionais. Estas ações de formação devem englobar os aspetos de reconhecimento de uma mulher mutilada, assim como, a conduta a tomar perante um caso de MGF. É ainda de referir, que se torna cada vez mais pertinente o aperfeiçoamento de conhecimentos sobre esta prática, através de estudos e de investigação.

Não é fácil mudar mentalidades e comportamentos enraizados mas algo tem que continuar a ser feito. Novas práticas e costumes mais equilibrados podem dar lugar a tradições mais saudáveis. Como se pode verificar, o profissional de saúde tem um papel fundamental na deteção e acompanhamento da mulher submetida à MGF, assim como no estabelecimento de uma relação de ajuda e comunicação terapêutica que façam com que a mesma exponha os seus sentimentos, dúvidas e queixas sobre esta prática. O enfermeiro tem um papel ativo na educação para a saúde na comunidade sensibilizando-a para as consequências físicas e psicológicas graves desta prática e deve fazer uso dos seus conhecimentos. Cada vez mais há necessidade de participar ativamente na prevenção e promoção da saúde da comunidade e este assunto é de primordial importância para ficar confinados aos serviços de saúde onde se desempenham funções. A MGF exige uma intervenção comunitária intensa onde se incentivem mudanças de atitude face à sexualidade e ao papel da mulher na sociedade. E gerando soluções alternativas para obtermos uma sociedade mais justa e sem desigualdade de género.

REFERÊNCIAS:

- Associação para o Planeamento da Família [APF], (2004). *Mutilação Genital Feminina*. Alfaprint, Lda: Lisboa. ISBN:972-8291-18-3.
- Associação para o Planeamento da Família [APF]. (2009a). *Mutilação Genital Feminina: Integração da Prevenção e do Tratamento nos Currículos de Profissionais de Saúde (Manual de Formação)*. Alfaprint, Lda: Lisboa. ISBN: 978-972-8291-38-9
- Associação para o Planeamento da Família [APF]. (2009b). - *Mutilação Genital Feminina: Direitos Humanos de Mulheres e Crianças*, <http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/file/folhas%20de%20dados/MGF2009.pdf> (acedido em 5 de Julho de 2014)
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários [APECSP], (2009). VIII ENCONTRO ANUAL DA APECSP: *Saúde da Mulher e da Criança*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pólo Artur Ravara,

- Bento, A., Martins, L., Machado, R. & Sousa, P. (2011). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Oeiras.
- Branco, S. (2006). *Cicatrizes de Mulher*. Público: Porto. ISBN: 989-619-052-6.
- Campos, A. (2010). *Mutilação genital feminina. A importância de reconhecer e de saber como agir*. Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa. 10; 4(3): 152-156.
- DGS. (2012). Orientações da Direção Geral da Saúde na Mutilação genital feminina. Orientação n.º 005/2012 de 06/02/2012, atualização de 22/03/2012. Ministério da Saúde. <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/mutilacao-genital/orientacao-n-0052012-de-06022012.aspx> (acedido em 29 de Julho de 2014).
- Fonseca, F., Lucas, M. (2009). *Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual*. Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN: 25:65-72. 32-32-1-PB.
- Frade, A. (2009). *Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Alfaprint, Lda: Lisboa, ISBN - 978-972-8291-26-6.
- Hogemann, E. (s.d). *Direitos Humanos: sobre a Universalidade rumo a um Direito internacional dos direitos humanos*. ISSN: 15673-15674-1-PB.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2009). *Eliminação da Mutilação Genital Feminina: declaração conjunta OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO, UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS*. Lisboa: APF (edição em português) - publicada com o apoio do IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. ISBN: 978-972-8291-25-9.
- Piacentini, D. (2007). *Direitos Humanos e Interculturalismo: análise da Prática cultural da mutilação genital feminina*. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis. ISSN: 22441-22443-1-PB
- Piedade, S. (2008). *Mutilação Genital Feminina em Portugal*. Instituto Superior de ciências do Trabalho e da Empresa: <http://www.amnistia-internacional.pt/dmdocuments/EstudoMutilacaoGenFeminina.pdf> (acedido em 29 de Julho de 2014).
- Rosa, R. (2011). *Feminização do Magistério: Representações e Espaço Docente*, Revista Pandora Brasil. Cultura e materialidade escolar, ed. Especial (4).
- Vicente, L. (2007). *Intervenção de profissionais de saúde em mulheres sujeitas a mutilação genital feminina (MGF)/corte dos genitais femininos (CGF). Por Nascer Mulher... um outro lado dos Direitos Humanos*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família

CARACTERIZAÇÃO DO HPV DIRETAMENTE ASSOCIADO AO CÂNCER DE COLO UTERINO

Benedito Antônio Pinheiro dos Prazeres

Na região Norte, o câncer de colo do útero se constitui como uma das principais doenças neoplásicas que acomete as mulheres na idade reprodutiva (Instituto Nacional do Câncer, 2008). A População do presente estudo apresenta características distintas, quando comparada à população urbana, no que diz respeito aos fatores de risco relacionados à infecção pelo HPV e, por conseguinte, à concorrência para uma maior incidência de câncer cervical uterino.

Sabe-se que o câncer do colo uterino é uma das neoplasias com maior chance de cura quando diagnosticado precocemente (Silveira et al., 2008). A existência de programa de rastreamento efetivo e organizados por meio da colpocitologia oncótica torna-se essencial na redução das altas taxas de incidência e, conseguinte, mortalidade desta doença. Por este motivo, o exame citopatológico é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, prioritariamente, para mulheres entre 25 e 59 anos de idade (Instituto Nacional do Câncer, 2009).

A abordagem desta patologia incide na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. O tempo de incubação do HPV nas células do hospedeiro é muito variável, podendo estar relacionado à competência imunológica individual e, de acordo com o local de origem das células infectadas, por exemplo, nas mãos e nos pés, pode variar em um período de incubação de 6 a 18 meses, enquanto que nos órgãos genitais este tempo de incubação é mais curto, variando de 2 a 6 meses (Silva et al., 2003).

O grau de infectividade das verrugas genitais é de aproximadamente 60% e parece decrescer no decorrer do tempo. Não está totalmente claro se o grau de infectividade depende da idade das lesões ou da quantidade de vírus infectante (Passos, 1995).

De acordo com sua associação ao desenvolvimento de câncer, os HPV podem se subdividir em dois grupos, os de baixo e os de alto risco. Os HPV de baixo risco são responsáveis por acarretar inúmeras lesões benignas, como verrugas, papiloma laringeo e tumores ano-genitais, manifestando, por vezes, sintomas

como: prurido e dores. Por sua vez, os HPV de alto risco também podem provocar lesões benignas na mucosa, porém, esses tipos carcinogênicos são principalmente os associados ao câncer de colo do útero (Hou et al., 2002; Ozbun, 2002).

O genoma do HPV é composto de três regiões: a região não codificante – Long Control Region (LCR) – que contém a origem da replicação (ORI) e a maioria dos promotores de transcrição; a região precoce, composta por genes precoces (Early) – destaca-se E1, E2, E6 e E7, envolvidos na replicação do genoma e transformação celular; e a região tardia, que contém dois genes tardios (Late – L1 e L2), que codificam proteínas do capsídeo (Terhune et al., 2005).

A transformação celular pelo papilomavírus humano de alto risco consiste em alterações do ciclo normal de divisão celular, inativando produtos de genes que o controlam (Park & Androphy, 2002; Fehrmann et al., 2005). A passagem da célula pelas diversas fases do ciclo celular é realizada de forma rígida por genes controladores do ciclo. Uma célula maligna difere de uma célula normal, principalmente, pela sua independência desse controle.

Na transformação celular, a proteína E6 degrada a proteína celular p53, ao passo que a E7 vai inibir a p105Rb, estimulando e facilitando, assim, ao surgimento dos papilomas (Park & Androphy, 2002; Fehrmann et al., 2005).

Entretanto, no que se refere ao HPV 18, a proteína E4 parece desempenhar o papel de interromper a divisão celular na transição da fase G2 para M. Ainda, a sua função moduladora ainda se encontra pouco caracterizada (Nakahara et al., 2002).

Um passo essencial na transformação celular é a ação da telomerase celular, que parece estar relacionada à imortalização dos queratinócitos. Esta imortalização é necessária para a eficiência do ciclo de replicação, pois os altos níveis de divisão celular, induzidos pelo vírus, conduzem ao desgaste do telômero dos cromossomos celulares (Lee et al., 2002; Park & Androphy, 2002). Contudo, apesar de todos os HPV causarem alterações proliferativas, são os tipos portadores de oncoproteínas E6 e E7 capazes de, eventualmente, desempenharem um papel central na geração e progressão de tumores malignos (Lee et al., 2002).

Os Papilomavírus humano infectam o epitélio, as células da camada mais inferior designada de estrato basal, composto por células indiferenciadas, com grande atividade mitótica, geram as demais células dos estratos superiores, ocorre após eventuais microabrasões ou ferimentos, o genoma viral é liberado no interior da célula e se dirige ao núcleo, onde inicia a síntese das proteínas

precoces E1 e E2. Seguidamente à ação destas proteínas, dá-se à replicação do genoma, por ação das proteínas E1 e E2 até obter 20 a 100 cópias, o que é conhecido por fase de estabelecimento (Hubert & Laiminis, 2002; Ozbun, 2002).

Assim que o vírus penetra na célula, dá-se início a fase de manutenção, novamente no extrato basal. Porém, agora o DNA viral replica-se somente quando o DNA celular o faz, na proporção de 1:1. Deste modo, o vírus garante que o número de cópias permaneça aproximadamente igual nas células-filhas.

A expressão dos genes precoces E6 e E7 conduz à transformação celular e a célula passa a apresentar uma replicação celular mais rápida e a se dividir mais frequentemente. As células transformadas aumentarão em número e acabarão por substituir as normais, levando a formação de tumores benignos. Assim, o vírus promove a sua proliferação no tecido, sem ter que destruir a célula que o aloja (Park & Androphy, 2002; Wagner & Hewlett, 2003).

A terceira fase, denominada de fase produtiva, acontece nas células dos estratos suprabasais. Neles, o vírus toma o controle total da célula e as proteínas E1 e E2, em grande quantidade, promovem a amplificação das cópias de DNA até gerar milhares de cópias por célula. Também, inicia-se a síntese das proteínas tardias L1 e L2. Em células mais diferenciadas, dá-se a montagem de virones (Partícula viral completa, constituída por DNA ou RNA cercado por uma proteína. Constitui a forma infectiva do vírus).

A libertação dos vírus se sucede nos queratinócitos – as células mais diferenciadas do epitélio localizadas mais superficialmente – onde os vírus ficam imediatamente disponíveis para infectar um novo tecido através de contágio célula-célula (Hubert & Laiminis, 2002; Wagner & Hewlett, 2003; Ozbun, 2002).

Salientamos que as proteínas E1 e E2 modulam, de fato, o ciclo infeccioso do HPV. A quantidade de E1 e E2 é um indicador do número de genomas virais presentes na célula e ao mesmo tempo, um modo de regular o número de genomas virais (Hubert & Laiminis, 2002; Hou et al., 2002; Lee et al., 2002).

Atualmente, a classificação do HPV, segundo Bernard et al. (1994), é baseada na identidade das sequências nucleotídicas dos genes L1, E6 e E7. Para ser caracterizado um novo tipo de HPV, é necessário que haja diferença na sequência nucleotídica maior que 10%, quando comparado a tipos previamente descritos. Um subtipo é caracterizado quando as diferenças nas sequências variam de 2% a 10% e uma nova variante molecular de um tipo é definida quando as diferenças nessas sequências nucleotídicas são menores que 2% (Bernard et al., 1994).

A maior parte das diferenças encontradas entre genomas virais deriva de mutações pontuais (mudança que afeta uma única posição no gene), tendo também sido descritas algumas inserções e deleções. Alterações estas que podem ser utilizadas para estudar a origem e a distribuição desses vírus nas populações humanas (Park & Androphy, 2002).

Em infecções com espécies e HPV de alto risco, as proteínas virais E6 e E7 são bastante ativas, interferindo profundamente no ciclo celular. Como resultado, a divisão celular se processa mais rapidamente do que em infecções com espécies de HPV de baixo risco, aumentando a probabilidade de ocorrer, acidentalmente, numa das células, uma integração do DNA no genoma celular (Hou et al., 2002; Wagner & Hewlett, 2003).

A integração parece ser a causa da carcinogênese, e nesse processo de integração o gene E2 sofre a ruptura, como consequência, a proteína E2 deixa de ser produzida ocorrendo perda da regulação da expressão. Assim, são continuamente produzidas as proteínas E6 e E7, inibindo de maneira bem mais intensa as proteínas celulares p53 e p105Rb. O controle do ciclo celular deixa de acontecer, e a célula é induzida a se dividir continuamente, conduzindo a uma neoplasia, (Hou et al., 2002; Lee et al., 2002; Wagner & Hewlett, 2003).

Como consequência dessa rápida multiplicação celular não regulada, ocorre um acúmulo de mutações genéticas que podem dotar as células de novas características, dentre elas a capacidade de invadir tecidos adjacentes e a capacidade de se disseminarem pelo organismo através da corrente sanguínea, originando metástases (Wagner & Hewlett, 2003).

Para se instalar na camada epitelial, o HPV necessita de microtraumatismos no epitélio para possibilitar o acesso direto das partículas virais até as camadas mais profundas (basal e parabasal), cujos núcleos das células permitem a multiplicação viral. O consequente processo cicatricial, devido ao crescimento de capilares e da acelerada multiplicação celular, contribui para a instalação da infecção. A persistência do DNA viral estimula a multiplicação do DNA celular e produz as mudanças características de acordo com o tipo de vírus.

A multiplicação celular impede a replicação autônoma do vírus. Seguindo o processo fisiológico de maturação, as células migram para a superfície epitelial sofrendo queratinização. Assim, não mais se multiplicam, permitindo assim a multiplicação independente do DNA viral e formação de virions completos.

As células maduras queratinizadas contêm grande quantidade de virions que, liberados durante a escamação celular, infectam as células vizinhas finalizando

o ciclo replicativo viral e estabelecendo o processo infeccioso clássico, com lesão condilomatosa típicas e seus estigmas colpocitohistológicos. Por ação de mutágenos diversos (genéticos, infecciosos, químicos, imunológicos) ou, talvez, de nova infecção pelo HPV, a integração do genoma virótico na célula imatura infectada pode se traduzir por alteração da função celular.

As sínteses protéicas são modificadas ou desaparecem enquanto outras sínteses proteicas anormais aparecem, explicando a perda da diferenciação e maturação celular, induzindo à mitose anárquica (Passos, 1995; Jacynto et al., 1996).

No colo do útero, 90% das patologias associadas ao HPV localizam-se na transição escamo colunar do epitélio – Zona de transformação, onde as células proliferativas estão mais expostas. Porém, é na camada proliferativa que o vírus pode se replicar e expressar suas proteínas precoces, todavia, a replicação vegetativa do DNA viral só tem lugar nas células diferenciadas, portanto, à medida que as células proliferativas se dividem e deslocam para a superfície, elas disseminam os vírus para todas as células irmãs, de forma displásica (Fehrmann et al., 2005).

Na camada celular superficial deste epitélio, as células passam a apresentar vacuolizações, e o epitélio torna-se de aspecto verrucoso, em decorrência da proliferação das células (Fehrmann et al., 2005).

Uma verruga é a manifestação patológica macroscópica da infecção por HPV. Essas manifestações frequentemente levam ao aparecimento de uma alteração morfológica microscópica conhecida, desde os anos 50, como atipia colilocitótica. Os colócitos, como são conhecidas estas atipias, são caracterizados por um amplo halo perinuclear com as bordas bem delimitadas e, normalmente, binucleação; os núcleos são hiper cromáticos e apresentam contornos irregulares. Essas células começam a aparecer nas camadas intermediárias da epiderme, estendendo-se até as camadas mais superficiais, onde geralmente ocorrem de forma mais exuberante (Papilomavírus, 2008).

Algumas alterações celulares associadas ao HPV, porém, podem progredir para atipias celulares pré-neoplásicas de diferentes graus. Neste caso, as células infectadas exibem alterações no seu crescimento e diferenciação – alterações displásicas, com perda no padrão de estratificação em ambas as camadas de células diferenciadas, que passam a expressar queratinas em quantidade e qualidade diferentes. Assim, displasias cervicais associadas a certos tipos de HPV podem evoluir para carcinomas, entretanto, o curso da doença pode demorar de 10 a 20 anos (Schiffman & Castle, 2003).

O aspecto das lesões associadas ao HPV genital varia desde papilomas típicos até infecções clinicamente inaparentes. Os fatores que determinam a persistência da infecção e sua progressão para neoplasias intraepiteliais de alto grau (displasia moderada, displasia acentuada ou carcinoma in situ) são: os subtipos virais presentes, início precoce da vida sexual, o estado imunológico, tabagismo e outros de menor importância, como o alcoolismo e deficiências nutricionais (Pereira et al., 2005).

Embora, normalmente não haja cura para a infecção genital por HPV, muitos casos são transitórios e regridem espontaneamente, sem intervenção médica (Elfgren et al., 2000; Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Desta forma, a infecção pelo HPV tem sido descrita de três formas: Latente, Clínica e Subclínica.

A) Forma Latente

Nessa forma de infecção pelo HPV, não existem lesões clinicamente identificáveis ou subclínicas, apenas sendo detectável seu DNA por meio de técnicas moleculares em tecidos contaminados. Acredita-se que, nessa forma de infecção, o DNA viral se encontra na forma episomal, aparentemente não funcional e se replica apenas uma vez a cada ciclo celular, o que seria menos do que o número de cópias virais necessários para o diagnóstico molecular pelos métodos mais antigos como a hibridização in situ (Parrelada & Pereyra, 2005).

B) Forma Clínica

Nessa forma de infecção, ao invés do HPV produzir um condiloma clássico evidente, a doença se caracteriza por áreas difusas de hiperplasia epitelial não papilífera. Apesar das diferenças macroscópicas entre o condiloma e esta forma de infecção, elas são caracterizadas por proliferação da camada germinativa basal, perda de maturação do epitélio e alterações citológicas características. A maior diferença histológica é que o condiloma é francamente papilar.

C) Forma Subclínica

Essa forma caracteriza-se colposcopicamente de forma plana ou micropapilar, traduzida por uma área que se torna esbranquiçada, que somente é visível apenas sob técnicas de magnificação e após aplicação do ácido acético 2 a 5 % (Castro et al., 2000). Dependendo do tamanho e localização anatômica, os condilomas podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, na vagina, na uretra e no ânus, também podem ser sintomáticos. As verrugas intra-anais estão presentes em pacientes que tenham tido coito anal receptivo, já os perianais podem ocorrer tanto em homens como em mulheres que não tenham história de penetração anal;

menos frequentes estas lesões podem estar presentes em áreas extragenitais, como conjuntivas, mucosas nasal, oral e laríngea (Ferenczy et al., 1995).

I. EPIDEMIOLOGIA

Evidências moleculares indicam claramente que certos tipos de HPV são a causa principal de câncer cervical. Atualmente, sabe-se que o DNA do HPV pode ser detectado em 95% a 100% dos cânceres cervicais e a Organização Mundial de Saúde já reconhece este vírus como agente etiológico de câncer de cérvix uterina. Em todo o mundo, a infecção por estes vírus é uma das causas mais comuns de doenças sexualmente transmissíveis (DST), tanto em homens quanto em mulheres. Por isso, o HPV ainda é considerado um tema relevante em Saúde Pública, pois os níveis de infecção por estes vírus continuam crescendo, apesar de todos os esforços em sentido contrário (Schiffmann & Castle, 2003; Strickler et al., 2003).

A progressão maligna, nestes casos, é restrita a determinados tipos de HPV. Os HPVs do tipo 6 e 11, encontrados na maioria dos condilomas genitais e papilomas laríngeos, parece não oferecer nenhum risco de progressão neoplásica, apesar de serem encontrados em uma pequena proporção de tumores malignos. Contudo, mais de 80% dos cânceres de colo de útero e em menor frequência os de vulva contêm HPV tipos 16, 18, 31 e 45, classificando-os no grupo dos HPV ditos de alto risco (Villa, 1977).

No Brasil, segundo os dados do Instituto Nacional do Câncer (2007), as taxas brutas de mortalidade estimadas por 100.000 mulheres, foram de: 3,44 em 1979; 4,59 em 2000 e 4,48 em 2003, mostrando que não houve modificações significativas deste quadro. A explicação dada para diferença entre os anos de 1979 e 2000 foi que, além do aumento real dos casos pela disseminação dos HPV, houve também melhoras do sistema de notificação de casos. A principal questão da história natural do HPV se relaciona com a latência viral.

Estudos realizados nos últimos 10 anos tornaram evidentes que praticamente todas as infecções virais com cerca de dois anos se tornavam indetectáveis pelos testes sensíveis de DNA de HPV, exceto para aquelas que conduziam a estados de pré-cancerígenos (Schiffman & Castle, 2003).

Inúmeros estudos sugerem que a infecção HPV é um fenômeno transitório ou intermitente, com uma duração média de 12 meses. Apenas em uma pequena proporção de mulheres positivas para um dado tipo de HPV é diagnosticado,

em análises posteriores, ou seja, continuam a estar infectadas por HPV, mas por tipos diferentes. O risco de desenvolver neoplasia intraepitelial cervical é proporcional ao número de tipos de HPV oncogênicos, o que sugere que o desenvolvimento carcinogênico resulta de infecções persistentes e, muitas vezes, por vários subtipos de HPV ou por tipos de alto risco. No entanto, os determinantes da persistência do HPV dependem em grande parte da capacidade do indivíduo infectado desencadear uma resposta imunológica eficaz contra o vírus (Franco et al., 2001).

A persistência do HPV nas células epiteliais parece ser crítica para o desenvolvimento de alterações celulares do tipo NIC que são classificadas em três tipos: o NIC I – considerado uma atipia celular de baixo grau – e os NICs II e III – denominados de precursores do câncer uterino por apresentarem lesões de elevado risco para o desenvolvimento carcinogênico juntamente com os carcinomas in situ (Trickler et al., 2003).

O Ministério da Saúde do Brasil registra a cada ano 137 mil novos casos de lesões provocadas por Papilomavírus no país. Os especialistas chamam a atenção para o desenvolvimento da doença, responsável por 90% dos casos de câncer de colo de útero. Um levantamento realizado pelo Instituto Nacional do Câncer (2008) que mostrou que existem cerca de 18 mil novos casos de câncer de colo de útero por ano no país. Desse total, estimou-se que, apenas em 2005, cinco mil mulheres perderam a vida em função da doença (Brasil, 2007).

A estimativa do Instituto para o ano 2001 era de 17 mil novos casos de câncer uterino, com cerca de quatro mil óbitos. Em 2002, foram registrados 3.860 óbitos de mulheres em decorrência da doença. Em 2003, as estimativas sobre incidência e mortalidades por câncer foi 16.480 novos casos e 4.110 óbitos. O número de casos novos de câncer do colo uterino esperados para o Brasil em 2005 foi de 20.690, com um risco estimado de 22 casos a cada 100 mil mulheres. Excetuando os tumores de pele não-melanoma, o câncer do colo do útero é o mais incidente nas regiões Sul (28/100.000), Sudeste (20/100.000), Centro-Oeste, (21./100.000), Nordeste (17/100.000) e região Norte (22 casos a cada 100.000 mulheres), caracterizando-se esta, ser a segunda região com maior incidência (Instituto Nacional do Câncer, 2009).

O número de casos novos de câncer do colo uterino esperados para o Brasil em 2007 foi de 19 mil, com um risco estimado de 22 casos a cada 100 mil mulheres. O Pará tem uma estimativa de 21.34 casos para cada 100 mil mulheres (Instituto Nacional Do Câncer, 2009).

A transmissão do HPV se dá através do contato direto epitélio vaginal, oral ou anal, ou ainda pela mãe durante o nascimento. Pesquisas recentes sugerem a transmissão via fômites (objetos inanimados como toalhas ou roupas íntimas), porém mais estudos precisam ser feitos para caracterizar este modo de transmissão com exatidão (Mcdermott- Webster, 1999; Jay Moscicki, 2000; Stevens-Simom et al., 2000. Além da anamnese e do quadro clínico, o diagnóstico de infecção por HPV deve ser confirmado por técnicas histológicas, citológicas e moleculares sempre que possível.

O primeiro diagnóstico de alterações celulares associado ao HPV é feito com a aplicação do ácido acético 4%, onde as lesões associadas ao HPV tornam-se esbranquiçadas e são visualizadas a olho desarmado ou com ajuda do colposcópio (Aurier et al., 1996).

Outra forma de detecção de alterações compatíveis com a infecção pelo HPV é a coloração feita pelo método de Papanicolau, introduzida no ano de 1949, antes mesmo da causa do câncer cervical ser conhecida. Atualmente, é o teste utilizado no rastreamento das lesões provocadas pelo HPV nos programas de triagem, tendo em vista a sua grande abrangência, o baixo custo e a facilidade de execução. Entretanto, o teste apresenta um número elevado de resultados falso-negativos que varia em torno de 15% a 50% e percentuais de falso-positivo de 10% em média, sendo que estes correspondem a uma sensibilidade de 50% a 90% e especificidade de 70% a 90%.

Mesmo assim, nos últimos anos, os países desenvolvidos que empregaram o teste nos programas de triagem como medidas preventivas diminuíram muitos os casos de cânceres cervicais. O método utiliza esfregaços celulares que são fixados em lâmina e posteriormente corados. A observação de alterações celulares típicas como presença de coilócitos, disceratose, anomalias celulares, etc compatíveis com a infecção pelo HPV é definida em graus variados.

Nesse exame, o material é preparado para observação dos tecidos no microscópio onde é feita uma análise da distribuição e arranjo das células na pele. O método não identifica o HPV, ele apenas observa as alterações celulares patológicas características da infecção por estes vírus, que são hiperplasia (acantose), coilocitose (vacuolização do citoplasma), disceratose, paraceratose, atipias nucleares, etc. O resultado se baseia na graduação das lesões cervicais classificadas conforme o Sistema Bethesda.

O colposcópio proporciona uma amplificação de 4 a 40 vezes o epitélio, no qual se aplica uma solução de ácido acético entre 3% a 5%, e, como resultado, onde houver anormalidades histológicas, o epitélio se torna esbranquiçado

– acetobranco, devido à precipitação de proteínas. A vascularização também pode ser observada com auxílio de uma luz com filtro verde. Durante o exame, amostras das regiões suspeitas podem ser coletadas e biopsiadas. É um exame de extremo valor para a detecção das lesões causadas pelo HPV, entretanto, outras situações como, por exemplo, inflamações intensas, mosaïcismo, também expressam um epitélio branco. Logo, existe um risco de se tratar uma lesão que não é a pretendida.

Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) é uma técnica que amplifica uma sequência específica do DNA, delimitada por um par de primers. Existem quatro tipos de primers genéricos que amplificam uma região dentro do gene L1 do HPV, que é comum a 43 tipos de HPV. A revelação dessas amostras amplificadas (amplicons) pode ser feita de diversas formas, dentre elas a análise de sequência do polimorfismo do fragmento de restrição (RFLP), hibridização com sondas tipo-específico e eletroforese em gel.

Como o risco de câncer cervical invasivo na mulher está diretamente relacionado à presença de HPV de alto risco, a pesquisa desses tipos virais por meio de métodos moleculares tem sido extremamente útil para o acompanhamento de mulheres com alterações citológicas (Terhune et al., 2001).

2. EXTRAÇÃO DE DNA

No período de julho de 2008 a março de 2009, foram coletadas 144 amostras de secreção cérvico-vaginal de mulheres que buscaram atendimento no laboratório de citopatologia do Hospital Amazônia de Quatro Bocas do município de Tomé-Açu/Pará.

Todas as amostras coletadas, independente do resultado citológico, foram submetidas à extração de DNA total a partir de células oriundas da mucosa genital de acordo com o protocolo do método de lise de leucócitos (Tampão NET/SDS 1%), o qual é realizado em três etapas: extração, purificação e precipitação de proteínas. A detecção do DNA/HPV foi realizada pela técnica de PCR. A análise do material coletado foi realizada no Laboratório de Biologia Molecular (LBCM) da Universidade Federal do Pará.

A PCR é uma ferramenta valiosa para a investigação epidemiológica da infecção pelo HPV. A PCR consenso para o gênero detecta mais espécies de HPV genital com maior sensibilidade, além de permitir a análise das variantes, bem como permite a caracterização de novas espécies (Coutlée et al., 2005).

3. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os resultados foram analisados através da estatística descritiva, empregando testes estatísticos. Para testar a prevalência de HPV e sua correlação com lesões precursoras do câncer cérvico-uterino, utilizou-se o Teste do qui-quadrado.

O odds Ratio foi empregado para avaliar a probabilidade de ocorrer associação entre o resultado da PCR e os fatores de risco. Considerou-se o nível de significância em 95% ($p < 0,05$). Para análises estatísticas, foi utilizado o programa BIOESTAT 5.0 (Ayres et al., 2007).

4. RESULTADOS

Tabela 1. Frequência do exame citomorfológico e percentual de PCR – HPV, no distrito de Quatro Bocas.

CITOMORFOLOGIA	PCR – HPV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
Anormal	7		10	6,9%
Inflamação	69		74	52,8%
Normal	56		58	40,3%
Total	134		144	100%

Fonte: Hospital A#mazônia de Quatro Bocas, no município de Tomé-Açú.
p-valor = 0,0010*; Qui- quadrado, GL = 2

A Tabela 1 mostra a frequência do resultado do exame Citomorfológico pelo resultado do exame PCR - HPV, no período de julho de 2008 a março de 2009, no distrito de Quatro Bocas. Nela pode-se observar que de um total de 144 pacientes, 76 apresentaram quadro inflamatório comparado com o resultado do exame PCR – HPV, apenas 10 pacientes foram diagnosticadas como positivas para HPV. E a frequência dos resultados normais foi de 58. No entanto, quando observado apenas os resultados positivos, pode-se verificar que dos 10 casos positivos a metade, ou seja, 5 ocorrências, ainda apresentaram algum tipo de inflamação.

A relação entre a Citomorfologia anormal e o PCR-HPV positivo foi avaliada pelo teste do qui-quadrado o qual resultou em um p-valor = 0,0010, o qual é estatisticamente significativo, portanto, existe uma forte associação entre o exame da citomorfologia e a PCR- HPV.

Tabela 2. Frequência e percentual das atipias citológicas encontradas nas pacientes no distrito de Quatro Bocas.

CITOLOGIA	Nº DOS RESULTADOS	%
ASC-H	1	0,69
ASC-US	6	4,16
LSIL	2	1,38
HSIL	1	0,69
INFLAMATÓRIO	76	52,7
NORMAL	58	40,2
TOTAL	144	100

Fonte: Hospital Amazônia de Quatro Bocas, município de Tomé-Açú.

5. ASSOCIAÇÃO ENTRE O RESULTADO DO EXAME DE PCR E OS FATORES DE RISCO PARA AQUISIÇÃO DE HPV

A) Escolaridade

A Tabela 3 mostra a frequência do resultado do exame PCR-HPV pela escolaridade das pacientes, no período de julho de 2008 a março de 2009, no distrito de Quatro Bocas. Pode observar que, dos 10 casos nos quais o resultado do exame de PCR-HPV foram positivos, 8 pacientes possuem apenas o ensino médio e os outros 2 casos foram em pacientes com o ensino fundamental, porém não observamos nenhuma ocorrência em pacientes que possuem o ensino superior. Já dentre os casos em que o resultado foi negativo, a maioria dos casos ocorrem em pacientes como ensino fundamental.

Tabela 2. Relação PCR-HPV e escolaridade das pacientes no distrito de Quatro Bocas.

ESCOLARIDADE	PCR – HPV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
Fundamental	64		66	45,83
Médio	61		69	47,92
Superior	9		9	6,25
Total	134		144	100,00

Fonte: Hospital Amazônia de Quatro Bocas, município de Tomé-Açú.
p-valor = 0,1031, Qui- quadrado, GL = 1.

Os resultados da análise estatística através do Teste do Qui-quadrado verificaram que não existe relação probabilisticamente significativa entre esta duas variáveis ($C = 0,1031$ com 2 graus de liberdade), não rejeitando-se a hipótese nula de independência entre a variável PCR-HPV e a escolaridade. Sendo o nível descritivo do teste 0,1031, superior ao nível de significância pré-estabelecido de 0,05.

C) Faixa Etária

Tabela 4. Relação PCR-HPV e faixa etária das pacientes no distrito de Quatro Bocas.

FAIXA ETÁRIA	PCR – HPV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
18—28	32	7	39	27,08
29—75	102	3	105	78,92
Total	134	10	144	100

Fonte: Hospital Amazônia de Quatro Bocas, município de Tomé-Açú.
p-valor = 0.0052, Qui - quadrado, GL = 1.

Ao avaliar o resultado pelo Teste do Qui-quadrado, o nível descritivo do teste foi de 0,0052, o qual é altamente significativo. O Odds Ratio = 7,43 com Intervalo de confiança IC 95% = 1.81 a 20.45. Através deste indicador estatístico, é possível inferir que a chance de ocorrência de casos de HPV, detectados pelo método PCR, foram 7,43 vezes mais frequentes na faixa etária de 18 a 27 anos, quando comparados com o outro grupo formado por pacientes com idade igual ou superior a 28 anos.

E) Tipo de Atividade Profissional

Na Tabela 5, pode-se observar a frequência do resultado do exame PCR-HPV, segundo o tipo de atividade profissional das pacientes, no período de julho de 2008 a março de 2009, no distrito de Quatro Bocas. Os mesmos foram agrupados em dois grupos: Dona de Casa e as que exercem atividades Fora de casa. Nela pode-se observar que 48,61% das pacientes declaram serem donas de casa, 51,39% disseram trabalharem fora de casa, sendo que destas houve 6 casos de HPV positivo e 4 Donas de Casas. E os casos de maior incidência de HPV negativo foram nas donas de casa.

Tabela 6. Relação PCR-HPV com as atividades desempenhadas pelas pacientes no distrito de Quatro Bocas.

ATIVIDADE	PCR – HPV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
Dona de casa	66	4	70	48,61
Trabalha fora	68	6	74	51,39
TOTAL	134	10	144	100

Fonte: Hospital Amazônia de Quatro Bocas, município de Tomé-Açú.
p-valor = 0.8128, Qui - quadrado, GL = 1.

Quando verificado a relação entre a Atividade (Dona de Casa x Trabalha Fora), o resultado do Odds Ratio = 1.41 (IC 96% = 0.39 a 5.39) mostrou que não existe associação probabilisticamente significativa entre o resultado do exame de PCR-HPV e a atividade das pacientes, pois o p-valor = 0.8121, pelo teste do Qui-quadrado, não é significativo.

G) Número de Gestações

A Tabela 6 apresenta a frequência do resultado do exame PCR-HPV pela Faixa de Gestações, no período de julho de 2008 a março de 2009, no distrito de Quatro Bocas. Verificamos que a maioria das pacientes, 59,03% delas, afirma ter tido entre 0 a 2 gestações. Sendo que a maioria dos casos de PCR-HPV positivo encontra-se nestas faixas de gestações, confirmando que dos 10 casos positivos, 9 são de pacientes na faixa de 0 a 2 gestações.

Tabela 8. Relação PCR-HPV e número de gestações das pacientes no distrito de Quatro Bocas.

NÚMERO DE GESTAÇÕES	PCR – HPV		TOTAL	%
	Negativo	Positivo		
0—2	76	9	85	59,03
3—12	58	1	59	40,97
TOTAL	134	10	144	100,00

Fonte: Hospital Amazônia de Quatro Bocas, município de Tomé-Açú.
p-valor = 0,0834, Qui- quadrado, GL = 1.

As diferenças inicialmente observadas foram avaliadas pelo do Teste do Qui-quadrado, que concluiu que não há relação probabilisticamente significativa entre a Quantidade de Gestações e o resultado do exame PCR-HPV (Odds ratio = 6,86, com IC 95% de 0,86 a 55,75), pois o p-valor = 0,0835 não é significativo. Sendo assim, se aceita a hipótese de independência entre as variáveis.

Outras variáveis foram observadas, dentre elas: Número de filhos, Número de partos normais, Número de abortos, Número de parceiros sexuais e Faixa etária da iniciação sexual. Nenhuma delas apresentou correlação significativa com a infecção por HPV.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, O presente estudo verificou a associação estatisticamente significativa entre a infecção pelo HPV, e faixa etária e a associação entre a citomorfologia e o resultado da PCR- HPV. Sobre a relação dos fatores de risco para HPV com o resultado do exame PCR-HPV, pode-se concluir que dentre a amostra em estudo há dois fatores que aumentam consideravelmente o risco para o diagnóstico positivo no teste PCR-HPV, esses fatores são: a Faixa Etária das pacientes e alterações no resultado citopatológico, em que o grupo entre 18 e 27 anos é considerado de maior risco e a Citomorfologia anormal onde

42,86% dos pacientes com esse diagnóstico obtiveram resultado Positivo na PCR-HPV.

Na região Norte, o câncer de colo do útero se constitui como umas das principais doenças neoplásicas que acomete as mulheres na idade reprodutiva (Instituto Nacional do Câncer, 2008). A População do presente estudo apresenta características distintas, quando comparada à população urbana, no que diz respeito aos fatores de risco relacionados à infecção pelo HPV e, por conseguinte, concorrência para uma maior incidência de câncer cervical uterino. Sabe-se que o câncer do colo uterino é uma das neoplasias com maior chance de cura quando diagnosticado precocemente, (Silveira, 2008). A predominância da infecção em mulheres com resultado citológico dentro da normalidade reforça a ideia de que a infecção pelo HPV não provoca, de imediato, alterações citológicas e o método de Papanicolau não apresenta alto grau de sensibilidade na investigação da infecção pelo HPV, sendo empregado apenas como um método de triagem.

REFERÊNCIAS

- Aurier, P. et al. (1996). Transformation zone location and intraepithelial neoplasia of the cervix uterine. *Bj Cancer*, 74, 488-490.
- Ayres, M. et al. (2007). *Bioestat 5. 0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Belém: Sociedade Civil de Mamirauá.
- Bernard, H.U. et a. (1994). Identification and Assessment of known and novel human papillomaviruses by polymorphisms, nucleotide sequence and phylogenetic algorithms. *Journal Infectology Disease*, 170 (5), 1077-85.
- Brasil. (2007). *Portal da Saúde. HPV – Perguntas e Respostas mais frequentes*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://saude.gov.br>
- Castro, L.P.F. (2000). Prevalência do papilomavírus humano e seus genótipos em mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (5), 248-52.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *STD Trends*. Disponível em: http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Stats_Trends/STD_Trends/pdf
- Coutlee, F. et al. (2005). The laboratory diagnosis of genital human papillomavirus infections diseases. *The Canadian Journal of Infections Diseases e Medical Microbiology*, 16 (2), 83-91.
- Elfgren, K. et al. (2000). A population-based five-year follow-up study of cervical human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 183(3), 561-567.
- Fehrmann, F. et al. (2005). Human papillomavirus type 31 E5 protein supports cell cycle progression and activates late viral functions upon epithelial differentiation. *Journal of Virology*, 77, (5), 2819-2831.
- Ferenczy, A. (1995). Viral testing for genital papillomavirus infection. *Internacional Journal Of Gynecological Cancer*, 6 (5), 231-328.

- Franco, E.L., Duarte-Franco, E., & Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *Canadian Medical Association Journal*, 164 (7), p. 1017-1025.
- Hou, S. Y. et al. (2002). Transcriptional activity among high and low risk human papillomavirus E2 proteins correlates with E2 DNA binding. *Journal of Biological Chemistry*, 277 (47), 45619-45629.
- Hubert, W. G., & Laiminis, L. A. (2002). Human papillomavirus type 31 replication modes during the early phases of viral life cycle depend on transcriptional and posttranscriptional regulation of E1 and E2 expression. *Journal of Virology*, 76 (5), 2263-2273.
- Instituto Nacional do Câncer. (2007). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2007, 94p.
- _____. (2008). Incidência do câncer no Brasil: estimativa 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa2008/>
- _____. (2009). *Câncer do colo do útero*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancer/uterio/estimativa2009>
- Jacyncto, C.; Filho, G.A.; Maldonado. (1996). HPV: infecção genital feminina e masculina. Rio de Janeiro: Revinter.
- Jay, Naomi, and Anna-Barbara Moscicki. (2000) "Human Papilloma Virus Infection in Women." In Marlene Goldman & Maureen Hatch, eds., *Women and Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Lee, D. et al. (2002). Human papillomavirus E2 Down- regulates the human telomerase reverse transcriptase promoter. *Journal of Biological Chemistry*, 277, (31), 27748-27756.
- McDermott-Webster, M. (1999). "The HPV Epidemic." *American Journal of Nursing*, 99, 24L-24N.
- Nakahara, T. et al. (2002). Modulation of the cell division cycle by human papillomavirus type 18 E4. *Journal of Virology*, 76(21), 10914-10920.
- Ozburn, M.A., (2002). Infectious human papillomavirus type 31b: purification and infection of an immortalized human keratinocyte cell line. *J Gen Virol*. 83, 2753-2763.
- Papilomavírus humano. (2008). Disponível em: <http://www.Uronws.com.br>. Acesso em: 02 abr. 2008.
- Park, R. D., & Androphy, E.J. (2002). Genetic analysis of human-risk E6 in episomal maintenance of human papillomavirus genomes in primary human keratinocytes. *Journal of Virology*, 76 (22), 11359-11364.
- Parellada, C.I., & Pereyra, E.A.G. (2005). Papilomavíroses humana. In: R. Focaccia. *Veronesi: tratado de infectologia*. (pp. 609-627). São Paulo: Atheneu.
- Passos, M.R.L. (1995). D.S.T. São Paulo: Cultura Médica.
- Pereira, E.A.G. (2005). Importância da anuscópa de magnificação em mulheres com neoplasia intra-epiteliais cervical de alto grau. *Anais do Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia*, 1(4), 113-114.
- Schifman, M., & Castle, F. (2003). Human papillomavirus epidemiology and public health. *Arch Pathol Lab Med*, 127, 930-934.
- Silva, H.A. et al. (2003). Papilomavírus humano e lesões intra-epiteliais cervicais: estudo colpocitológico retrospectivo. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 35 (3), 117-121.
- Silveira, L.M.S. et al. (2008). Atípias cervicais detectadas pela citologia em mulheres

atendidas em dois hospitais da rede pública de São Luiz-MA. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 140 (2), 115-119.

Stevens-Simon, C., L. Kelly, et al. (2000). "The timing of Norplant insertion and postpartum depression in teenagers." *J Adolesc Health* 26(6): 408-413.

Strickler, H.D. et al. (2003). Human papillomavirus type 16 and immun status in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(14), 1062-1071.

Terhune, S. et al. (2005). Early polyadenylation signals of human papillomavirus type 31. Negatively regulat capsid gene expression. *Journal of Virology*, 75(17), 8147- 8157.

Villa, L.L. (1977). *Papilomavírus humano e câncer do colo de útero*. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br>

Wagner, E.K., & Hewlett, M.J. (2003). *Basic Virology*. Massachusetts: Blackwell Science Inc.

2.

Relações raciais e inclusão social

RACISMO E A PRODUÇÃO DE EFEITOS SOBRE A SUBJETIVIDADE DE JOVENS NEGRAS

Rogério Tavares
Adelma Pimentel

Este capítulo faz parte da Pesquisa-intervenção com mulheres adolescentes negras atendidas na Unidade Básica de Saúde acerca da práticas sexuais, gravidez precoce e violência de gênero, contemplado pelo edital 32\2012, CNPQ/SPM, e da dissertação de mestrado em psicologia, em curso na Universidade Federal do Pará.

O objetivo é situar a fundamentação teórica de um enfoque gestáltico da saúde sexual e reprodutiva, bem como, do racismo institucional e interpessoal que impacta e gera efeitos sobre a subjetividade e a vida social de jovens negras.

A população adolescente no Brasil compreende estimadamente cerca de 21 milhões de habitantes, segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2011. Neste universo, há um conjunto de vulnerabilidades que precisam ser reconhecidas para elaborar políticas públicas e intervenções que mudem este quadro.

Dentre as vulnerabilidades, podemos citar a dificuldade de acesso a políticas de saúde, educação, emprego e segurança pública. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva de jovens, destacamos a gravidez.

Na Região Norte, onde o Pará se integra, são cerca de 4,6 % de jovens que engravidam, sendo a média nacional de 2,8% na faixa etária entre 12 a 17 anos (UNICEF, 2011). No Pará, de acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2008, foram 28,3 % partos com mães na faixa etária dos 10 aos 19 anos, havendo uma breve diminuição nos casos notificados quando comparados aos dados de 1999, em que a média foi de 31,2 %.

As vulnerabilidades requerem também intervenções interdisciplinares. Na Unidade Básica, no âmbito da Psicologia clínica (e da saúde), faz-se necessário promover uma escuta das jovens e dos jovens sem julgamentos, orientar para a prevenção, tirar dúvidas em conjunto com a equipe do serviço de ginecologia, além de acompanhar o pré-natal para garantir o autocuidado e a gravidez sem risco.

I. RACISMO E DESIGUALDADES

No Brasil, o Relatório de Desenvolvimento Humano (2005) enfatiza que o racismo é uma das causas da miséria no país e um dos determinantes na violação de direitos. O documento explicita em seus relatos a grande desigualdade social marcada pelas diferenças raciais, regionais, de gênero e de geração.

O racismo no Brasil configura uma situação relacionada aos 388 anos de escravidão e tráfico de escravos provenientes da África, ressaltando que, após a abolição da escravatura, no século XIX, não foram implantadas pelo Estado políticas afirmativas e inclusivas para inserção da população brasileira negra que vivia em condições de miséria, à margem da sociedade.

No campo da saúde, a principal política afirmativa foi fundada pela Portaria nº 992, de 13/05/ 2009 que instituiu a política nacional de saúde integral da população negra. É uma proposição de cunho transversal, cujo objetivo geral “Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.” (Brasil, 2009, p.2).

Quanto às concepções, saúde sexual significa que os profissionais, o estado e as famílias reconheçam que as mulheres são donas de si mesmas, tendo o direito de vivenciar a sexualidade e o desejo sem o enquadre da heteronormatividade, enquanto a saúde reprodutiva significa envolvimento dos parceiros na composição da família que desejam construir (Cruz, 2004).

As formas equivocadas que a sociedade brasileira articulou para lidar com a população negra estão associadas, conforme Heilborn, Araújo e Barreto (2010), à tese da negação da diferença e do conceito de raça “pura”. Os autores avaliam que o conceito de raça limitava o reconhecimento da diferença e da diversidade de tipos humanos, já que a referência de sujeito estava centrada no padrão físico europeu, negando os demais tipos humanos.

Heilborn, Araújo e Barreto (2010) assinalam que a tese racista de haver sangue “impuro” é uma premissa derivada do determinismo biológico hereditário que estabelecia comportamentos baseados em vícios e descendência. Tais princípios fundamentaram o protorracismo ocidental que comprovava a “superioridade” das sociedades europeias sobre as outras, denominadas “inferiores ou atrasadas”.

Geneci de Oliveira (2008) aponta, citando os trabalhos de Clyde (1999), que o zoroastrismo, uma proposta religiosa da civilização persa para categorizar

a espécie humana, elaborou o mito religioso que apresentava o conflito entre o bem e o mal, representado pelas figuras de Ahura Mazda e os deuses benévolos e da luz, assim como Angra Mainryu e os deuses maléficos das trevas.

O princípio observado no livro sagrado Avesta influencia as religiões monoteístas modernas: judaísmo, cristianismo e o islamismo, apontando pela diferenciação na cor as figuras do bem e do mal, o primeiro representado pela cor branca e o último pela cor preta. Esta influência também é descrita na Bíblia na passagem acerca de Noé e seus filhos sobre o dilúvio, em que o filho Cam teria sido punido por ter visto seu pai Noé nu, por isso, teve sua pele escurecida, surgindo, assim, o mito de que os negros eram descendentes dele, tal explicação serviu de base para a justificativa religiosa para a escravidão e o tráfico negreiro (Heilborn, Araujo & Barreto, 2010).

Para Silvério e Trinidad (2012), o conhecimento científico articulou a categoria raça, no século XIX, para explicar um sistema de classificação que pretendia ordenar as diferenças fenotípicas e socioculturais para a espécie humana.

Heilborn, Araujo e Barreto (2010) declaram que o conhecimento científico produzido na área da biologia contribuiu para naturalizar a inferioridade dos negros, através de Charles Darwin, na obra *A origem das espécies*. Na esfera social, Herbert Spencer criou as bases para o darwinismo social, pautando-se na crença de que os diferentes grupos humanos se desenvolveram pela sua adaptação ao meio, assim como pelo conflito entre os grupos, em que os mais fortes e aptos sobreviveram e subjugaram outros.

Tal lógica justificaria a expansão colonial do século XV ao XVII com as grandes navegações, o escravismo e o extermínio de povos africanos e ameríndios, inspirados na filosofia iluminista; e do século XIX sobre os povos asiáticos e africanos.

Segundo Guimarães (1995), a definição de raça foi alterada pela contribuição do movimento pós-estruturalista francês que vinha desconstruindo o conceito nas teorias das ciências sociais que utilizavam o conceito biológico, além dele, o diferencialismo cultural, no campo das ciências humanas, disseminava o essencialismo e naturalizações acerca dos diferentes grupos sociais.

Em síntese, a tese da naturalização das diferenças sociais foi elaborada pela teologia (divino), pela ciência (endodeterminismo) e pelo “imperativo” histórico, político e social das sociedades ocidentais, para explicar a subordinação de uma cultura a outra.

Oliveira, Meneghel e Bernardes (2009) asseguram que atualmente a categoria raça não vem sendo mais utilizada nos estudos científicos, porém militantes do movimento negro e alguns membros da Academia a utilizam como um conceito eminentemente político para evidenciar as desigualdades no acesso aos bens públicos e tornar visível o racismo.

De acordo com Munanga (2005), o racismo se pauta na noção de raça e de superioridade de uma sobre a outra. Já para Lima e Vala (2004), o racismo ocorre em duas dimensões: individual e institucional. Ambos diferem do preconceito racial que é gerado por atitudes hostis de uma pessoa para com a outra, em esfera individual.

Assim, o racismo é constituído por um processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra todo um grupo social, o que, conforme Zamora (2012), produz efeitos sobre a subjetividade e a vida social dos indivíduos que enfrentam posições desvantajosas.

Alguns efeitos subjetivos que as jovens negras podem vivenciar diante do racismo e as exclusões são: experimentar sentimentos de inferioridade, incapacidade, dependência e culpa; apreender de forma negativa seus atributos físicos e comparar o seu corpo ao ideal estético branco, sobretudo, o cabelo crespo apelidado de “palha de aço” e o nariz, configurando uma autoimagem negativa.

Para André (2007), o movimento de readequação e disfarce da negritude é fruto da tentativa de acomodar-se ao padrão estético (e de vida) baseado no modelo branco europeu, o qual foi imposto à sociedade brasileira desde o período colonial com o sistema escravocrata.

Deste modo, ao negro e a negra foram infligidos ao descrédito sobre suas crenças e práticas sociais, sendo vinculada à africanidade uma marca inferiorizada, à margem, fora do centro, afetando a população negra na construção de sua identidade e subjetividade.

Nesse contexto de racismo e exclusão, adotamos a compreensão gestáltica abordada em Oliveira (2008), cujo trabalho a respeito de Relações Raciais e Gestalt Terapia examina a discriminação racial e a compreensão de outras formas de relações discriminatórias que atuam de forma nociva sobre o contato entre o self e o meio.

Na perspectiva de uma compreensão gestáltica, é possível abordar a dinâmica subjetiva dos efeitos do racismo e da exclusão, isto é, é possível verificar as sequelas psicológicas causadas devido à apreensão de uma representação

social de símbolos estéticos hegemônicos, de ausência de autocontato pleno, de experiências corporais e sociais limitadas e de substituição das próprias necessidades por determinantes sociais.

A vivência do conjunto destes indicadores reduz a capacidade das jovens em reconhecer figuras nutridoras para o estabelecimento de contato pleno com o outro e consigo mesmo.

2. PRINCÍPIOS GESTÁLTICOS PARA O EMPODERAMENTO E SUPERAÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E DO RACISMO

A abordagem gestáltica do psiquismo propõe uma prática que não se limita ao racional, mas que “incluiu a dimensão corporal e sensória, enfatiza a experiência vivida, o contato e o diálogo” (D’acri, Lima & Orgle, 2007, p.132).

Ponderamos que a intervenção pode ser aplicada no âmbito das comunidades e instituições com o objetivo de favorecer a expansão da consciência do lugar no mundo dos sujeitos (Pimentel, 2012).

Por não incluir em seu arcabouço teórico inferências acerca de condições de “normalidade”, mas valorizar as diferenças, a originalidade e as percepções de cada indivíduo, os profissionais que utilizam os princípios gestálticos podem oferecer mediações que promovam a homeostase, resultando no bem-estar psíquico e relações entre iguais.

A abordagem gestáltica da experiência permite que as jovens negras ativem o funcionamento no campo do sistema figura-fundo, ou seja, identifiquem suas necessidades e realizem contato “com total apoio sensorio motor, emocional, cognitivo e enérgico”, (Yontef, 1998, p.215). Ainda tornam-se conscientes de si, conseguem se aceitar e se valorizar, além de aprender a perceber e refutar os mecanismos de exclusão e o racismo interpessoal.

O Existencialismo é uma das bases teóricas que fundamentam a abordagem gestáltica do psiquismo, oferecendo reflexões acerca da concepção de sujeitos e de gênero (Butler, 2013; Beauvoir, 2000). É uma corrente filosófica surgida entre os séculos XIX e XX, a qual tem por embasamento a afirmação dos ideais de liberdade, responsabilidade do ser humano, que possui livre arbítrio e utiliza a razão para fazer as suas escolhas.

Desta forma, para os existencialistas não há uma natureza humana que seja universal ou que seja um atributo de Deus, mas, primeiro existimos e posteriormente nos posicionamos no mundo por intermédio de nossas ações sem violência, racismo e exclusão (Ribeiro, 2006; Pimentel, 2012).

Segundo Yontef (1998), o existencialismo contribui para orientar as intervenções que favoreçam que as jovens focalizem suas experiências e relações, identificando as formas que foram construídas em sua trajetória existencial e percebendo que podem reinventá-las. Neste ponto de vista, a atenção gestáltica às jovens grávidas, que estão sofrendo em decorrência da violência de gênero e do racismo, permite que elas possam reconfigurar as autopercepções.

Para Ciornai (2004), a postura existencial não significa que devemos esquecer a existência dos fatores coercitivos, porém, como o sujeito e relacional, logo, não como produto do meio, este pode escolher ser o autor de sua própria história.

O pressuposto existencial da autonomia é outra diretriz para orientar os Psicólogos a facilitar as jovens na atenção básica o reconhecimento do racismo e refutá-lo. Em consequência, colocam-se como centro de tomada de decisão e de poder pessoal, possibilitando articular novas leituras do contexto onde vivem, incluindo a compreensão dos direitos sobre si e direitos humanos, reconhecem-se como fragilidade e força. (Ribeiro, 1997; Pimentel, 2004).

Quanto à concepção de saúde, a abordagem gestáltica propõe reconhecê-la como um processo, em que as pessoas estão procurando constantemente a satisfação de suas necessidades visando a autorregulação (Yontef, 1998).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Articulamos uma base teórica para compreensão da saúde sexual e reprodutiva de jovens negras integrando a perspectiva da interseccionalidade, isto é, visando situar a diferença e os vários marcadores sociais que a constituem. Pensamos que tal escopo permitirá entender as práticas descuidadas em saúde, situações de desigualdades e discriminações nos grupos sociais.

Vivenciar práticas sexuais inseguras (sem métodos contraceptivos), a iniciação sexual sem orientação e acompanhamento familiar, falta de acesso à informação qualificada, e aos serviços públicos de saúde que trabalhem de forma humanizada e integral agregando referências da política nacional para saúde

integral da população negra são vulnerabilidades que aumentam a incidência de gravidez de jovens negras (Cerqueira-Santos, Paludo, Schiró & Koller, 2010).

A prevenção da saúde sexual baseada na igualdade entre os gêneros possibilita superar o sexismo decorrente do processo sócio-histórico, denunciado a partir dos anos 70 pelo movimento feminista.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem promovendo avanços significativos nos últimos anos quando aborda aspectos relacionados à Equidade e a Integralidade produzindo materiais, campanhas e discussões acerca das relações entre gênero, raça, geração, abrangendo diferentes marcadores sociais da diferença.

Entre as campanhas e ações, podemos destacar a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a qual busca promover ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos na perspectiva de gênero. Em 2005, foi lançada a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, afirmando na agenda da saúde pública e reiterando o proposto pela VI Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), da qual o Brasil é signatário para a promoção de saúde sexual e reprodutiva no âmbito do SUS (Brasil, 2005).

Em 2007, O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, um marco de conquista do movimento negro e que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde da população negra, reafirmando os princípios da integralidade e da humanização como preceitos do SUS (Brasil, 2007).

REFERÊNCIAS

- André, M. da C (2007). Processos De Subjetivação Em Afro Brasileiros: Anotações Para Um Estudo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília / DF. 23 (2), P. 159 – 168, Abril / Jun
- Beauvoir, Simone de (1980) *O Segundo Sexo*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira,
- Brasil. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. DF.
- _____. (2009). Portaria nº 992, de 13/05/ 2009, *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

- Butler, Judith. (2013). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Capturado em 15/06/2014. pagina <http://pt.scribd.com/doc/23841446/Actos-performativos-y-constitucion-del-genero-Butler>.
- Cerqueira-Santos, E., Paludo, S.S., Schiró, E.D.B.D. & Koller, S.H. (2010). Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em estudo*, 15(1), 73-85.
- Ciornai, S. (2004). *Gestalt terapia e arteterapia gestáltica: Fundamentos epistemológicos e filosóficos correlatos*. São Paulo, Summus.
- Cruz, I.C.F. (2004). A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem*, 38 (4), 448-57.
- D'acri, Lima & Orgle. (2007). *Dicionário de Gestalt Terapia: "Gestaltês"*. São Paulo. Summus.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *Situação da adolescência brasileira - O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília.
- Guimarães. (1995). Racismo e Antirracismo No Brasil. *Novos Estudos*, CEBRAP. 43 (1), P. 26-44.
- Heilborn, M. L.; Araújo, L. & Barreto, A. (Orgs.). (2011). *Gestão de políticas públicas em gênero e raça: Módulo VI*. Rio De Janeiro: CEPESC; Brasília: Secretária de Política para as Mulheres.
- Lima, M.E.O., & Vala, J. (2004). As novas formas de expressão do preconceito. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 9(3), 401-411.
- Munanga, K. (2005). Algumas considerações sobre "raça", ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. *Revista USP*, 68, 46-57,
- Oliveira, G. (2008). *Relações raciais e a gestalt terapia*. Monografia de Especialização, Instituto de Gestalt Terapia de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Oliveira, M. L. P., Meneghel, S.N., & Bernardes, J. S. (2009). Modos de subjetivação de mulheres negras: efeitos da discriminação racial. *Psicologia & Sociedade*, 21 (2), 266 – 274.
- Pimentel, A (2003). *Psicodiagnóstico em Gestalt - terapia*. São Paulo: Summus.
- Pimentel. (2004). *Nutrição Psicológica: desenvolvimento emocional infantil*. São Paulo: Summus.
- Pimentel, A.G. (2012). *Compreensão fenomenológica hermenêutica gestáltica dos processos subjetivos via linguagem e texto*. (No Prelo)
- Relatório de Desenvolvimento Humano (2005). Relatório do Desenvolvimento Humano. Racismo, Pobreza e Violência. Brasília. DF.
- Ribeiro, J, P (2006) *Vade Mécum da Gestalt Terapia: Conceitos Básicos*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro (1997) *O Ciclo do Contato: Temas Básicos na Abordagem Gestáltica*. São Paulo, Summus.
- Silvério, R.V., & Trinidad, C.T. (2012). Há algo novo a se dizer sobre as relações raciais no Brasil contemporâneo? *Educação.Sociedade.*, 33, (120), 891-914.
- Zamora, M.H.R.N. (2012). Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. *Fractal – Revista de Psicologia*, 24 (3), 563 – 578.
- Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness*. São Paulo, Summus.

VULNERABILIDADES DE ADOLESCENTES NEGRAS EM BELÉM DO PARÁ

Adelma Pimentel

Este capítulo traz alguns resultados da Pesquisa-intervenção com mulheres adolescentes negras atendidas na Unidade Básica de Saúde acerca das práticas sexuais, gravidez precoce e violência de gênero, contemplada pelo edital Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ 32\2012) & Secretaria de Política para as Mulheres, cujos objetivos são: compreender a inserção do negro na sociedade paraense e elencar situações de vulnerabilidade que repercutem na subjetividade em adolescentes, apresentar aspectos da política de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

I. METODOLOGIA

Da vasta literatura sobre racismo, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, realizamos uma análise documental de bibliografia da área. Esta técnica na abordagem qualitativa é, no entendimento de Cellard (2008), uma maneira de articular a compreensão dos conceitos, conhecimentos e práticas. De acordo com Sá-Silva, Almeida e Guindanio (2009, p.5), a pesquisa qualitativa, que se vale de documentos e bibliografias, é uma escolha viável consoante “o objeto, o problema de pesquisa e a corrente de pensamento que guia o pesquisador”.

Os autores referidos apontam nesta estratégia metodológica algumas etapas a serem cumpridas: conceituar; caracterizar o assunto pesquisado e analisá-lo para elaborar sínteses. Assim, optamos por uma bibliografia produzida no Pará e em Belém sobre a temática, uma vez que entendemos importante distinguir o geográfico, situando o contexto estudado. Selecionamos trabalhos de conclusão de curso, publicações de jornais eletrônicos, repositório da Biblioteca da Universidade Federal do Pará, Centro de Estudos e Defesa do Negro, sites governamentais e não governamentais e portal da CAPES, usando como critérios:

- A) identificar as palavras-chave: clássicos, saúde, aborto, violência de gênero, raça, preconceito e discriminação em uma produção científica realizada na primeira década do século XXI.

B) abordar textos que considerem a relação conjugal que ocorre nos arranjos familiares de mulheres negras adolescentes.

Não se trata de revisão do estado da arte, mas de uma tática metodológica pertinente à análise documental (Cellard, 2008). Realizamos diversas leituras para resultar uma interpretação.

2. INSERÇÃO DA NEGRA NA SOCIEDADE PARAENSE

No Brasil, desde o século XV, e no Pará, desde o século XVI, após longo percurso de opressão as mulheres negras conseguiram organizar-se, e, conforme Werneck, Iraci & Cruz (2012, p. 11):

A Articulação de Mulheres Negras Brasileiras – AMNB – é composta por vinte e oito entidades, distribuídas por todo o território brasileiro. Tem como missão institucional promover a ação política articulada de organizações não governamentais de mulheres negras brasileiras, realizando enfrentamento ao racismo, ao sexismo, à opressão de classe, à lesbofobia e a todas as formas de discriminação, a fim de contribuir para a transformação das relações de poder existentes no Brasil.

As articulistas apresentam que o percentual da população negra no Brasil é de 49,9% da população feminina brasileira¹. No entanto, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (doravante IBGE) na publicação “Características étnico- raciais da população”, realizada em 2008 com brasileiros a partir de 15 anos, somente mapeou os estados do Amazonas, Paraíba, São Paulo, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal. O documento informa que os outros censos já foram realizados nos anos de 1872, 1890, 1949, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991, 2000, 2010.

O IBGE explica que usa um “sistema de classificação por cor ou raça com cinco categoriais: branca, preta, amarela, parda e indígena”², e esclarece que as variações na indagação para os participantes da pesquisa da autoidentificação, nos dez recenseamentos, variou incluindo e excluindo classes.

O cenário descrito mostra a dificuldade que o Estado, através de sua instituição censitária teve (e tem) para definir um critério para identificar sem preconceito o contingente da população negra.

1 Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça, em 2011, e Anuário das Mulheres Brasileiras de 2011, Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

2 Informações disponíveis em www.ibge.gov.br.

Quanto ao investimento do governo federal para a formulação de políticas, legislação, condições existenciais, sociais e econômicas foram criadas instituições para sustentar a formulação de medidas nos campos do enfrentamento ao racismo, ao sexismo e à opressão de classe: a Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR); Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SPM), a Política Nacional de Saúde da População Negra no Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) e a Lei 10.639/2003.

No plano civil, a sociedade tem instituído Organizações Não Governamentais, compostas por mulheres para combater o racismo e a desigualdade entre gêneros. As ONG têm tido uma importante função na formulação das agendas “das discussões e cobrar dos governos políticas mais efetivas e fornecerem subsídios para a operacionalização dos programas propostos” (Werneck et al., 2012, p.51).

Belém foi fundada no ano de 1616, com o nome de “Feliz Lusitânia”, trocado posteriormente para “Santa Maria do Grão Pará” e “Santa Maria de Belém do Grão Pará”. O censo de 2010 realizado pelo IBGE indicou que a cidade tem 2.100.319 habitantes, 68 bairros e 8 distritos administrativos³.

Atualmente, a Organização Estadual das Comunidades Quilombolas do Estado do Pará afirma que 77% dos habitantes Malungu é da raça negra, abarcando os pardos. Por sua vez, Bentes e Amador (2004) procuraram identificar os troncos étnicos a que pertenciam os escravos trazidos da África, como uma forma de desvelar as raízes genealógicas que constituem a herança cultural e subjetiva de um povo (Yoruba, Cabindu, Zalu, Bijago e Fula foram às linhagens já compiladas). As autoras criticam a ação separatista realizada pelos escravistas que suscitou o desconhecimento pelos escravos da sua etnia: “o conjunto de pessoas que compartilham costumes comuns, língua/dialeto religião, etc” (Bentes & Amador, 2004, p.12).

Conceição (2011), estudando o Grupo de Mulheres do Bengui⁴ (GMB), descreveu o funcionamento do grupo na promoção da libertação coletiva, em que as mulheres instituíram entre suas diretrizes de luta a saúde, violência, relações de gênero, educação não formal e preparação para o exercício da cidadania.

Questionar, refletir e construir novos alicerces para as relações entre gênero praticadas em base ao poder desigual. A noção de “inferioridade” das mulheres é uma bandeira do movimento de feminista que, em sua versão pós-moderna, tem como uma de suas balizas a tese de “romper com a ideia

3 Informações disponíveis em: www.ibge.gov.br; www.belemdopara.com.br.

4 Bairro popular de Belém.

de natural, segmentado, dicotomizado abrindo a vereda para elaborar a classe pluralidade de gêneros” (Franzoni, 2008).

Durante os 388 anos de escravidão, os negros e as negras foram classificados em “tipos” designados para o trabalho: escravos de campo, escravos mineiros, escravos de ganho⁵, escravos de aluguel. As mulheres, sobretudo, eram alocadas no afazer doméstico e alugadas para realizar serviços sexuais, isto é, a prostituição, além disso, “as mais novas eram obrigadas a ter relações sexuais com os senhores, seus filhos e os feitores” (Bentes & Amador, 2004, pp. 26-28).

Com a reconfiguração do Brasil em Império, e, posteriormente em República, as mulheres negras no Pará não melhoraram o status social e econômico, já que prosseguiram exercendo os trabalhos de cozinheiras, babás, lavadeiras, tacacazeiras⁶, trabalhadoras das fábricas de castanhas, boias-frias, “mulatas” contratadas para dançar e forçadas a se prostituírem ao serem traficadas. Tais postos exigiam intensa força física, e eram considerados “inferiores”⁷ pelos proprietários de riquezas, assim, no cenário paraense, a mulher negra sofre preconceito, discriminação e exclusão. Conforme Bentes e Amador (2004), a luta pela equidade entre gêneros é mundial, enquanto a luta pela libertação dos negros é centrada em alguns países.

Lacerda (2012) analisou as trajetórias vividas pela migrante maranhense Severa Romana e a paraense mameluca⁸ Maria Bárbara, baseando-se na análise de matérias publicadas em jornais paraenses. Ambas viveram no Pará e foram mortas no início do século XIX pela violência de gênero. A autora afirma que a imprensa cunhou representações destas mulheres destacando dois papéis: de heroínas e de “guardiãs da fé”, “as mulheres pobres, negras e índias consideradas de “raça desgraçada” tinham atitudes nobres quando movidas pela fé cristã por elas professadas” (Lacerda, 2012, p.407 –citando Joaquim Norberto⁹).

Tais papéis traduziam a tese do controle imposto a inserção social, ao corpo e a sexualidade das mulheres. Severa e Maria viviam rotinas pesadas de trabalho em casa e na rua, eram lavadeiras que moravam em casas que não existia água. Tinham que circular nas ruas para recolher as roupas sujas, entregar as roupas lavadas e comprar comida.

5 *Vendiam alguma coisa para seus donos.*

6 *Vendem o tacacá, que é um alimento de origem indígena que mistura caldo de tucupi, goma, jambu e camarão. Os dois primeiros elementos são derivados da macaxeira ou mandioca, denominação que a raiz tem na Região Norte.*

7 *Significando rebaixamento devido à condição de instrução e de pele.*

8 *Mistura do sangue tupi com o português (Lacerda, 2012, p.412)*

9 *Autor que descreve mulheres brasileiras “célebres”.*

Segundo Lacerda (2012, p.404), na época, “o espaço público parecia ser inadequado à boa conduta feminina”. O autor aponta que, após a morte de Severa Romana e Maria Bárbara, “a violência contra as mulheres passou a ser vista a partir de novos significados não cabendo apenas exaltação à vítima, mas uma luta cotidiana por outras formas de relação social” (p.418).

Embora os jornais representassem Severa Romana e Maria Bárbara como heroínas, é pertinente ressaltar que a morte de ambas não foi uma “escolha” entre a “defesa da honra do marido” e a vida, mas atos de objetivação em que os algozes as tornaram coisas desprovidas de desejo e direito à existência, em tributo a um pseudossentimento de amor, infligido por homens que não aceitavam partilhar da intimidade sexual destas mulheres.

Ribeiro (2008) realizou 15 estudos de casos a respeito de discriminação racial vivida por alunas e alunos em uma escola no Guamá¹⁰. O autor afirmou que frequentar a escola lhe permitiu “escapar” do perigo evocado pelo tráfico e dependência química e do mundo do crime frequentes no Guamá, lugar em que vivia: “A escola era o refúgio inevitável que tinha diante da ausência de apoio, motivação e estímulo de alguns familiares para os quais, minha mãe solteira não daria um futuro para meus irmãos e para mim” (Ribeiro, 2008, p.12).

Ribeiro refere que vivenciou efeitos subjetivos da discriminação racial. Relata que, na infância, a escuta do jargão “negão” era apreendida como “brincadeira”, conquanto sentisse intimamente um desconforto incompreendido, que apreendeu na adolescência pela consciência do sofrimento: “Ver negros como escravos nas aulas de História, coadjuvantes nela e invisibilizados por ela, após o 13 de Maio de 1888, e não se ver como um negro, pois não queria ser visto como descendente de escravo¹¹ foram experiências que não posso esquecer” (Ribeiro, 2008, p.13).

Categorias de Heteroidentificação e Autoidentificação, produzidas por Regina Pahim Pinto, são apresentadas por Ribeiro (2008), bem como, a reelaboração das mesmas para as classes Alter-identificação e Autoidentificação, as quais foram usadas para orientar as análises que o autor realizou sobre a vivência dos alunos na Escola do Guamá em relação ao preconceito e discriminação. Afiançou que os termos “negro e preto” são mecanismos de evitação, em que a linguagem e a temporalidade histórica, por meio da ressignificação dos vocábulos, funcionam como redutores dos sentidos pejorativos que os signos carregam.

Pimentel (2013) discorre que a fronteira entre a brincadeira perversa e a

10 Outro bairro localizado na periferia de Belém.

11 Grifo original.

violência linguística e comunicativa é assinalada pela unilateralidade que a satisfação e o riso são instalados, enquanto um se diverte, o outro sofre. Neste ponto de vista, é inevitável evidenciar a ausência do sentido ontológico da alteridade, palavra derivada do latim *alteritas*, que significa outro.

Reconhecer alguém como outro na concepção existencial é uma ação pautada no respeito, relevo a diferença e a diversidade, centrada na relação entre sujeitos iguais, ou seja, na atitude EU-TU. Nesse sentido, as ações pautadas na discriminação, no preconceito e no racismo configuram a atitude EU-ISSO, que coisifica o outro: “O polo correlativo ao EU – pessoa é um TU; e o polo correlativo ao EU egótico é um ISSO. Para Buber, a esfera primordial, quando se trata de relações humanas, é o ‘entre’, lugar existencial onde acontecem os eventos autenticamente inter-humanos” (Buber, 1977, p. L, citado em Pimentel, 2010, p.37).

Pensamos que há uma semelhança entre o entendimento do “mecanismo de evitação dos termos ‘preto e negro’”, proposto em Livio Sansone (2003, citado em Ribeiro, 2008, p.20) e a concepção de disfunções de contato elaborada pela abordagem fenomenológica gestáltica do psiquismo e das relações interpessoais (Polster & Polster, 1975).

A analogia se articula na consciência do contato e no modo de realizá-lo, uma vez que o contato é o meio de acesso à experiência, e, sem ele, é presumível introjetar informações advindas do mundo sem crítica, sem a eliminação do material que não alimenta a subjetividade e o intersubjetivo em uma dimensão ética; em consequência, a probabilidade da vivência de sofrimento em decorrência dos atos racistas.

A premissa da pluralidade de gêneros coopera para fomentar a equidade, contudo, para a mulher negra, ainda são muitos os sinônimos de opressão: “O Relatório da Organização Internacional do Trabalho aponta que 25,3% de jovens negras entre 15 e 24 anos não estudam e não têm emprego remunerado”; e no Pará, as jovens negras sem trabalho, segundo o Centro de Estudos e Defesa do Negro, CEDENPA correspondem a 33,7% da população¹². Assim, consideramos que além da supressão da memória dos vínculos étnicos, da ausência de trabalho, as mulheres negras repercutem efeitos na subjetividade: repercussões na autoestima, sentimento de inferioridade derivados da feição, do cabelo e da inserção desigual nos mundos econômico, do trabalho, político e social.

Desta forma, o enraizamento de uma dor particular de menos valia é corroborado pela organização social brasileira através do racismo, do

12 Informações disponíveis em www.cedenpa.org.br.

preconceito e da discriminação constituindo um tripé de sustentação da exclusão das negras: “Racismo é uma espécie de doutrina que prega a existência de raças e que umas são superiores e outras inferiores. Desigualdade racial é a quantificação da discriminação, é a prática do Racismo e do Preconceito” (Bentes & Amador, 2004, p.17).

O Racismo contemporâneo, após os anos 60 do século XX, inclui abordagens institucional, cultural, simbólica, etc, configurando uma concepção distinta da tese clássica de “inferioridade” para veicular a ideia da “diferença e da incompatibilidade das culturas” (Wieviorka, 2007, p.10).

Bentes e Amador (2004) afirmam que só há uma raça: a humana; entretanto, amarela (Ásia), branca (Europa) e negra (África) são categorias relacionadas à geografia e que possibilitam identificar ramos populacionais. Para as autoras, identificar-se como negra é assumir um posicionamento político que contribui para romper estereótipos ligados à mulher negra e a significados discriminatórios que evidenciam, ao mesmo tempo, preconceito e aspectos da violência de gênero.

3. VULNERABILIDADE E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO

As problemáticas da identidade e da diferença estão no núcleo das práticas racistas, ou seja, os atos de exclusão são justificados com base na suposição que a cor revela a inferioridade. Em nosso texto, o assunto é focalizado de modo transversal. Por exemplo, Novaes et al. (2008), na pesquisa Nova Cartografia Social da Amazônia, apontam que “O processo dos mapeamentos sociais redundam no reconhecimento de múltiplas identidades, porquanto uma negra ou negro, ou um homossexual pode se autodefinir também como afro-religioso da mesma forma que o homossexual exerce atividades de trabalho, independente da sua orientação sexual”

Abordar a diferença admite situar que há uma diversidade de jovens conforme classe, escolaridade, cor, etc, portanto, na atenção a saúde sexual e reprodutiva, evidencia-se o imperativo em integrar na compreensão dos processos de subjetivação, a inserção das jovens negras em grupos sociais, as transformações biopsicossociais do ciclo vital, as pressões sofridas para que se tornem o espelho da subjetividade “padrão”¹³, isto é, a massificada pela

13 Aos adolescentes, é continuamente exigido transitar entre uma ambiguidade: seguir os modismos para vestir, dançar, falar e, ao mesmo tempo, individualizar-se.

indústria cultural de consumo, a exigência de vivenciar rituais de passagem que incluem praticar e receber várias formas de violência.

A ponderação acerca da identidade requer que a jovem negra receba informações da escola e das famílias, que as permitam elucidar o jogo cultural e econômico das sociedades capitalistas, repetidos no lugar em que vivem. Deste modo, as práticas sexual e reprodutiva serão saudáveis, já que não foram impelidas a agir de modo descuidado, assentindo ao que afirma Critelli (1996, pp.16-18): “As condições em que a vida nos é dada favorecem a perda de si, quer dizer que habitamos um mundo que nos é inóspito, não consegue nos abrigar e acolher”.

O esclarecimento obtido por meio da educação e da instrução possibilita as jovens negras superar as vicissitudes impostas, há séculos, às mulheres escravizadas no Brasil. Com a segurança psicológica alcançada, formam-se suportes internos e externos para refutar atitudes de zombaria, assim como, as ideias de uma suposta “inferioridade” e a comparação estética às mulheres argentárias vindas da Europa. Em consequência, as filhas que nascerão das jovens negras formarão um senso de si e identidade potente. De tal modo, a gravidez de jovens negras em contingentes populacionais de baixa renda não implicará na transmissão geracional de conhecimento materno às filhas, visto que elas favorecem a repetição do papel feminino, ou seja, a reprodução de muitos filhos sem suportes econômicos e sem a efetiva participação dos pais.

Silva (2007), em investigação sobre o projeto de vida e a escolarização de adolescentes negras de 14 a 18 anos como bases da inclusão social, para além do trabalho doméstico na condição de empregada ou de “esposa”, identificou,

A educação apontada como prioridade para as adolescentes, e inserida como projeto de vida, parece ser uma forma de dar visibilidade a esse grupo étnico-racial, que não tem como construir uma identidade étnico-racial no espaço escolar, porque não se vê representada nesse espaço. Nesse sentido, tomo a escola como espaço significativo de representação de identidade e que é ao mesmo tempo reprodutora de violências, para perceber também o quanto tem importância para as adolescentes negras que pensam seu futuro para além do ensino médio (Silva, 2007, p.85).

O relatório “Situação da Adolescência Brasileira 2011: O Direito de Ser Adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades” nos informa que: dos 21 milhões de adolescentes brasileiros 10.367.477 são mulheres. (IBGE/Pnad, 2011) Na região Norte, os indicadores estatísticos são: 2.056.862 adolescentes de 12 a 17 anos, sendo 981.410 no Pará, cujo percentual de negros é de 81,7%, e destes 485.032 são mulheres de 12 a 17 anos (p.148).

O relatório também expõe que “A gravidez é outra situação de vulnerabilidade com impactos profundos na vida dos adolescentes: em sua saúde, no seu desempenho escolar, nas suas oportunidades de formação para o trabalho” (Relatório, 2011, p.45).

A Organização Mundial da Saúde define adolescente como o indivíduo que se encontra entre os 10 e 20 anos de idade. No Brasil, no Estatuto da Criança e do Adolescente, há a indicação de outra faixa etária: dos 12 aos 18 anos. Entretanto, na atenção a saúde, os profissionais que atuam em Unidades Básicas precisam observar que, as adolescências não constituem um padrão universal, mas se formam nos contextos socioculturais.

A gravidez na adolescência é um dos fenômenos sociais que se torna um campo de preocupação, tanto da saúde quanto da educação pela crescente incidência, sobretudo na região Norte do Brasil. Neste início do século XXI, podemos afirmar que, embora as informações sobre os métodos contraceptivos sejam alvo de campanhas divulgadas massivamente pelos veículos de comunicação, a gravidez inesperada na adolescência, ainda se estabelece em um fato crescente como se estas informações fossem desconsideradas pelos(as) jovens.

O abandono dos estudos pelas adolescentes grávidas é de ocorrência significativa. Para os pais adolescentes, o episódio de renúncia de seus estudos se dá por outros fatores que não pelo fato de serem pais, uma vez que a frequência de adolescentes do sexo masculino que se responsabilizam pela paternidade de seu filho é baixa, em função de não se acharem preparados para trabalhar ou com idade suficiente para assumir a paternidade.

Pais e mães, que também não foram informados(as) e educados(as) sexualmente sobre o risco de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e de engravidar precocemente, não falam a respeito com seus(suas) filhos(as) adolescentes (Nascimento & Pimentel, 2011).

Roland (1994, p.248) afirma que: “A gravidez precoce na adolescência é considerada como obstáculo. Existe uma diferenciação entre a iniciação sexual dos adolescentes no Norte e Nordeste, que ocorre antes dos 15 anos, enquanto que no Sul e Sudeste, a primeira relação sexual ocorre após esta idade”. Na visão de Nascimento (2006), a gravidez e o parto na adolescência englobam aspectos médicos, psicossociais e de saúde pública, os quais são indissociáveis.

Ao aventarmos a gravidez na adolescência, é comum recorrer a três qualificativos que remetem às ideias: a) gravidez precoce - pressupõe uma idade mais adequada para ter filhos, isto é, a existência de um ponto ótimo de

maturidade física e psicológica; b) gravidez não planejada – resultante de um descuido por omissão, falta de habilidade ou problema no uso de contraceptivos, solicita antevisão do risco associado à vida sexual ativa; c) gravidez não desejada – contraria as aspirações à felicidade naquele momento da vida.

Essas opiniões, certamente, são permeadas pelos significados e valores atribuídos à juventude nos distintos contextos socioculturais e pela hegemonia do recurso ao enfoque de risco para hierarquizar os problemas e planejar as ações de saúde .

Conhecer o universo de jovens negras grávidas significa adentrar em um espaço de singularidades e saberes, sujeições e abandonos, ausência de proteção por meio da oferta de políticas com direitos fundamentais sendo, ainda considerável em números, uma vez que esta população no Brasil ultrapassa atualmente o quantitativo dos 40 milhões, pois considerando a faixa etária dos 19 aos 24 anos de idade – incluída pelo Ministério da Saúde como jovem – esta população atinge quase os 48 milhões de brasileiros, segundo informações do IBGE em 2007. Deste número de adolescentes apresentados, cerca de 70% residem nas cidades e áreas urbanas, enquanto que 30% vivem em espaços rurais.

A incidência de gravidez na adolescência é maior entre as adolescentes negras. Enquanto 3,9% das adolescentes brancas entre 15 e 17 anos já eram mães em 2009, entre as adolescentes negras, esse percentual subia para 6,1%. Configura-se mais uma forma de desigualdade.

No âmbito regional, corrobora-se, além disso, quando se analisam os dados sobre gravidez na adolescência que o Norte e o Nordeste têm os maiores percentuais de mães adolescentes de 12 a 17 anos. Enquanto a média nacional, em 2009, era de 2,8% de meninas nessa faixa etária que já tinham filhos, no Norte, esse número era de 4,6%. As maiores taxas foram verificadas nos Estados do Acre (5,3%), Amazonas (5,2%) e Amapá (4,9%). Quanto à faixa etária, meninas que engravidam antes dos 15 anos, também verificaram fortes desigualdades regionais.

4. POLÍTICA DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Sobre as balizas legais, ressaltamos alguns documentos produzidos no cenário internacional que foram ratificados pelo Brasil: a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948; a Convenção sobre a eliminação de todas as

formas de discriminação racial de 1968¹⁴; e sobre a discriminação contra a mulher de 1984.

No plano de ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, realizado no Cairo, em 1994, e no Cairo + 5, de 1999, os adolescentes passaram a ser reconhecidos pela Organização das Nações Unidas como sujeitos responsáveis pelo consentimento informado e com “direito à informação e assistência a saúde sexual e reprodutiva” (Brasil, 2007, p.47).

O documento confirma a Recomendação Geral de nº 4, emitida em 6 de junho de 2003, que “garante direito aos menores de 18 anos, nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis.” (p.47) .

Nos anos 70, as conferências, ao incluírem as teses sobre a mulher, meio ambiente e os direitos humanos progrediram no debate da saúde sexual e reprodutiva. Especificamente, sobre a mulher, em Beijing, foi inserido o conceito de “empoderamento” e se admitiu elaborar “programas de educação dos homens voltados para um comportamento mais responsável e a promoção da equidade entre gêneros”. E a Organização Mundial de Saúde definiu os direitos reprodutivos como a “tomada de decisão sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência” , enquanto que os direitos sexuais referem-se a vivencia das “possibilidades da sexualidade não heterossexual”.

Na Europa e nos Estados Unidos, os grupos organizados de gays, lésbicas e o movimento feminista tiveram importante ação na elaboração das políticas para saúde sexual e reprodutiva, bem como, para contribuíram para instituir a atenção básica como porta de entrada dos serviços de saúde, incluindo a prevenção da gravidez precoce, o aborto seguro e o tratamento das consequências do aborto inseguro e das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da saúde, nº 8080/1990 criando o Serviço Único de Saúde (doravante SUS), a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS nº 8742/1993), Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira nº 9394/1996 deram suportes legais a elaboração das políticas para saúde sexual e reprodutiva norteadas pelo conceito de saúde integral da mulher.

A descentralização do SUS atribuiu ao Município a responsabilidade política e administrativa em relação à gestão da saúde, implementação da integralidade, entendida como ações e serviços preventivos e curativos e intersetorialidade

14 1968 e 1984: anos em que ocorreram as ratificações no Brasil.

(Brasil, 2007). Em Belém, por exemplo, funcionam “29 Unidades de Saúde, 10 realizam atendimentos de urgência de baixa complexidade 24hs, 19 atuam na atenção básica com consultas ambulatoriais previamente agendadas. Todas prestam assistência em programas de Hipertensão e Diabetes, controle da hanseníase, saúde do idoso, pré-natal, tuberculose, controle do tabagismo”¹⁵.

E para as jovens funciona a Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente (UREMIA), oferecendo os serviços de testes rápidos para detecção de HIV/Aids e Sífilis a gestantes e seus parceiros sexuais, como marido ou namorado. Os exames são considerados essenciais durante o pré-natal, a fim de evitar a transmissão vertical ao bebê¹⁶.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população de jovens (adolescentes) negras é elevada, portanto, potencialmente vulnerável, requerendo cuidados nas dimensões da educação para saúde: saúde sexual e reprodutiva. Jovens que refletem acerca dos efeitos subjetivos do racismo podem enfrentar as pressões para se identificar com o “embranquecimento”, evitam as disfunções de contato que as afastam da própria experiência de vivenciar a cor.

Sobre a atenção a saúde sexual e reprodutiva de jovens negras, é importante ressaltar que, concomitante a descentralização política e administrativa, é cogente a elaboração de programas e projetos assistenciais em educação, assistência social, como eixos das intervenções e da prevenção. Sendo reconhecida a saúde como direito, a equipe que atua na atenção básica pode realizar um trabalho de prevenção, superando a orientação linear de enredo biológico.

Conforme Scliar (2007), a Organização das Nações Unidas e o Ministro da Saúde e do Bem-estar do Canadá cooperaram para a construção de um entendimento complexo sobre saúde ao incluir a biologia, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde como dimensões pertinentes ao conceito e às práticas. Temos, em consequência, a inclusão da dimensão política para os estudos da saúde da mulher e a elaboração do paradigma gênero e saúde

15 Informações disponíveis em <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>

16 Informações disponíveis em <http://www.saude.pa.gov.br/index.php/noticias/646-uremia-inaugurata-para-teste-rapidos-em-hiv-e-sifilis>

REFERÊNCIAS

- Ministério da Saúde (2010) *A saúde dos adolescentes e jovens*. Brasília: Ministério da Saúde
- Bentes, N., & Amador, Z. (2004). *Raça Negra: a luta pela liberdade*. (Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará). Belém: FC
- Cellard, A. (2008). A análise documental. In J. Poupard et al. *A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (pp. 139-154). Petrópolis: Vozes.
- Critelli, D.M. (1996). *Análise do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC, Brasiliense.
- Conceição, H.H.M.B. (2011). *Mulheres e educação: um estudo sobre o Grupo de Mulheres Brasileiras (GMB) do bairro do Bengui – Belém – Pará*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Educação, Universidade Federal do Pará, Brasil.
- Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. (2010). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde.
- Franzoni, G. S.C de C. (2009). O feminismo e a construção do conceito de gênero. In *Anais do XIV Simpósio Baiano de pesquisadoras (ES) sobre Mulher e Relações de Gênero e II Seminário Nacional “O feminismo no Brasil, Reflexões teóricas e perspectivas”*. (pp. 21-84).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). *Características étnico-raciais da população*. Disponível em: www.ibge.gov.br
- Lacerda, F.G. (2012). “Merecedoras das páginas da história”: memórias e representações da vida e da morte femininas (Belém, séculos XIX e XX). *Cadernos Pagu*, (38), 395-423.
- Nascimento, I.P. (2006). Projeto de vida de adolescentes de escolas públicas: um estudo psicossocial sobre suas representações. *Imagário*, 11, 55-80.
- Nascimento, I.P., & Pimentel, A. (2011). *Fiquei, e agora? Implicações da gravidez precoce no projeto de vida de mães e pais adolescentes*. Relatório final de pesquisa, Edital MCT/CNPQ 14. 2008/2010.
- Novaes, J.S., COSTA, S.G., Lima, M.V.C., & Campos, R.N.S. 2008. Movimentos Sociais na Cidade de Belém e a Cartografia Social: territorialidades e luta pela afirmação de identidades coletivas. *Anais do Seminário Internacional - Amazônia e Fronteiras do Conhecimento*. Acedido em outubro de 2012. Disponível em www.ufpa.br/naea/siteNaea35/.../GT1-219-1179-20081125174138.pdf
- O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. (2011). Fundo das Nações Unidas para a Infância. DF: UNICEF.
- Pimentel, A. (2010). Alteridade de criança. In A. Pimentel (Org.). *Dossiê Sexualidade e Gêneros: reflexões teóricas e empíricas*. São Paulo: Letras A Margem.
- _____. (2013). Violência psicológica por meio da linguagem: pesquisa exploratória. *Revista de Filologia e Linguística*. 15, (1), 1-13.
- Polster, E. & Polster, M. (1975). *Gestalt-terapia integrada*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Ribeiro, A.A.M. (2008). É no Guamá que vou à escola: racismo e identificação de cor entre estudantes de uma escola pública da periferia de Belém do Pará. Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Brasil.
- Roland, M.I.F. (1994). *A construção social do problema da gravidez na adolescência*:

estudo de caso sobre o campo institucional da Central da Gestante, em Piracicaba, SP. Dissertação de Mestrado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Estadual de Campinas, Brasil.

Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17, (1), 29-41.

Silva, M. A. (2007). Mulheres negras adolescentes no ensino médio: discriminação e desafio. *Padê*, 1 (2), 73-88.

Werneck, J. , Iraci, N., & Cruz, S. (Orgs.) (2012). *Mulheres negras na primeira pessoa*. Porto Alegre: Redes Editora.

Wieviorka, M. (2007). *O racismo, uma introdução*. São Paulo: Perspectiva.

SITES

<http://www.cedenpa.org.br/Compromisso-Institucional>

<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>

www3.belem.pa.gov/

○ CORPO FEMININO E QUILOMBOLA EM PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL

Ariana Kelly L. S. da Silva

O capítulo centra a sua análise no Corpo Feminino enquanto elemento primordial de um processo político que se inscreve no bojo do Movimento de Mulheres que reivindica direitos sociais durante o VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas do Estado do Pará, tendo como temática de discussão a abordagem “Meu Corpo, Meu Território Sagrado”, que sob o olhar e os ensinamentos da Antropologia, emana um cenário que é diverso, plural, eminentemente político e categoricamente em processo de inclusão social.

I. CULTURA NO PLURAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.

As análises que envolvem as categorias sociais como o Corpo e a Sociedade Humana em estudos antropológicos abordam ampla fundamentação teórica, buscando dar conta de uma diversidade de fatores, gostos, costumes, padrões e sujeitos sociais que se encontram inseridos em sua Cultura, possibilitando a compreensão do universo sócio-antropológico e a interpretação contextual dos temas em questão, sendo objeto de estudo privilegiado da Antropologia.

A (re)leitura dos “clássicos”, que englobam a perspectiva antropológica, reforça a tese de Ítalo Calvino (1998, p.11) ao relatar que “um clássico é um livro que nunca terminou de dizer aquilo que tinha para dizer”¹ e que, portanto, fornece o reconhecimento da importância de (re)visitar autores como Émile Durkheim (1858-1917), Marcel Mauss (1872-1950), Claude Lévi-Strauss (1908-2009) e outros, apenas para citar exemplos mais contundentes da teoria antropológica que ainda influencia as Ciências Sociais como um todo em nossa contemporaneidade, fundamentando, por assim dizer, uma “Antropologia no Plural”, como classificou Mariza Peirano (1992) em uma

¹ O “clássico” entendido de acordo com Ítalo Calvino (1998), que acredita não necessitar “justificar o termo clássico sem fazer distinção de antiguidade, de estilo, de autoridade. [...] Aquilo que distingue o clássico no discurso que estou fazendo talvez seja só um efeito de ressonância que vale tanto para uma obra antiga quanto para uma moderna, mas já como um lugar próprio numa continuidade cultural” (p. 13-14).

contribuição clássica de pesquisa da “Antropologia da Antropologia” no Brasil, na qual nos ensina que:

O nome da disciplina é frequentemente usado no plural [...]. Minha perspectiva é diferente [...]. Minha atitude é, portanto, a de examinar uma antropologia, mas incluindo suas várias versões, no que talvez possa se expressar como uma “antropologia no plural”. Isto implica, de um lado, o reconhecimento de uma scholarship partilhada e, de outro, a intenção de dar conta de uma visão sociológica da disciplina (Peirano, 1992, pp. 236-237).

A antropóloga Mariza Peirano (1992), em sua abordagem sobre os “acordes antropológicos” em que a Antropologia Brasileira está inserida, reporta-nos a uma característica que é universalista e, ao mesmo tempo, proporciona em sua análise um pensamento que demonstra a “sensibilidade que o pesquisador um dia teve que desenvolver na sua relação com os nativos tradicionais” (Peirano, 1992, p.13), bebendo na fonte de Durkheim para analisar as representações sociais sobre Ciência e Religião enquanto fatos sociais (através de “casos concretos e microscópicos”, no qual o antropólogo deve ter “a consciência de que seu trabalho é produto de época e lugar específicos, o que tingem com matizes particulares os temas selecionados, as abordagens que adota, as questões éticas e políticas a que se dirige” (Durkheim, 1978 citado por Peirano, 1992, pp. 13-14).

Ainda na atualidade, a abordagem interpretativista-hermenêutica, baseada na obra de Clifford Geertz (1997, 1978), compõe um cenário que fundamenta a análise social sobre o “Outro” (o nativo), sob um “ponto de vista” diferenciado, que está baseado na visão de mundo do interlocutor que fala sobre si, sobre o seu grupo social, sobre o seu cotidiano, partindo do universo contextual de quem anuncia algo ou de quem se diz pertencente a um lugar ou um lócus e que, por essa razão, tem um significado, uma ação e, substancialmente, por englobar os sujeitos em “amarras” que constituem o que o autor considera ser a “Cultura” da população em que o cientista concentra a sua observação, na qual a argumentação geertziana, em uma citação hoje também “clássica”, esclarece:

O conceito de cultura que eu defendo [...] é essencialmente semiótico. Acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma experiência interpretativa, à procura do significado. [...] Todavia, essa afirmativa, uma doutrina numa cláusula, requer por si mesma uma explicação (Geertz, 1978, p.15).

Sendo a Cultura essa “teia” que contem significados diversos em consonância com o pensamento de Geertz citado acima, a análise antropológica que aqui se instaura concentrará seu esforço em um grupamento cultural específico: Mulheres Negras Quilombolas do Estado do Pará, grupo que atualmente enfrenta nuances políticas por inclusão jurídica de direitos e deveres, assim como inaugura atitudes de luta social pelo reconhecimento de suas ações que, em um aspecto geral, englobam sociabilidades (Simmel, 2006), como processos de construção de identidade, de relações sociais e familiares, afinidades políticas e também enfrentamentos legais por demarcação de territórios quilombolas com o Estado brasileiro.

2. AS MULHERES NEGRAS QUILOMBOLAS.

As “mulheres negras quilombolas” estão em busca de condições mais favoráveis de vida para o grupo em questão, historicamente em situação de vulnerabilidade social (Arruti, 2006; Beltrão, 2008; Cavalcante, 2011; Silva, 2008). O presente texto tem como panorama o “VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas do Estado do Pará”, que ocorreu no Município do Acará em Agosto de 2010, na Comunidade Quilombola de Itacuã-Mirim, encontro político que teve como tema central a proposta intitulada “Meu Corpo: Meu Território Sagrado” e que nessa observação versará sobre o olhar da Antropologia.

Assim, descrevo sobre o “Corpo” por ser um instrumento de análise compreendido em aspectos variados, quais sejam: o corpo social, biocultural e político e que, além disso, é intrinsecamente relacionado a “técnicas corporais” que, na abordagem estruturalista de Marcel Mauss (1974, pp. 215-217), é composto por um “tríplice ponto de vista”: mecânico/físico, anatômico/fisiológico e psicológico/sociológico, demonstrando a ideia do “homem total” que em seu bojo compreende os “modos de agir em sociedade”, entendendo que “o corpo é o primeiro e mais natural instrumento e objeto técnico do homem” e que em cada cultura, “representa um ato tradicional e eficaz específico” de viver em sociedade.

Entretanto, a minha compreensão sobre o Corpo adota a análise do Corpo Feminino, especialmente de um Grupo de Mulheres Negras de Comunidades Quilombolas da Amazônia (Pará), no qual, em pesquisa de campo no ano de 2010 no Município do Acará - Pará, pude presenciar e participar da reunião que envolveu 450 mulheres negras² que reivindicavam o reconhecimento dos

2 Utilizo a referência “negra” enquanto elemento que discute a “perspectiva política” do termo

seus “Corpos” enquanto elemento político de ação social e de percepção sobre si e sobre o “Outro” – ou, melhor dizendo, sobre a “Outra”, para utilizarmos a categoria de “Gênero” foucaultiana (Foucault, 1993) –, de pessoas que se identificam como um grupo coletivo na possibilidade de alcançar conquistas políticas de plena cidadania para as mulheres negras em busca de uma fala consensual e que necessita ecoar politicamente como um elemento de coesão social do grupo em questão.

No entanto, antes de nos determos na discussão apontada acima, é preciso classificar o que Mauss (1974, p. 231) considera como “técnicas corporais” por entender que “estamos em toda parte em presença de montagens fisiopsico-sociológicas de várias séries e atos”, por isso, o autor nos informa que “esses atos são mais ou menos habituais e mais ou menos antigos na via do indivíduo e na história da sociedade”), técnicas corporais compreendidas como elementos de autoridade social que são moldados por fenômenos biossociológicos, como: andar, nadar, dormir, correr, repousar e mover-se, juntos esses atos funcionam como constitutivos do todo social e que retratam como as diversas sociedades se comportam e se reproduzem cotidianamente em um processo que é dinâmico.

A definição de Mauss (1974, p. 211) da teoria das técnicas corporais de “como os homens, sociedade por sociedade e de maneira tradicional, sabem servir-se de seus corpos” nos indica detalhadamente como os gestos, os atos, as formas, os modos, as mudanças, as transformações e a evolução das técnicas corporais de populações humanas estão dispostos socialmente: o autor incorpora a percepção dos costumes e habitus de diferentes sociedades e inaugura a noção de “técnica corporal”.

Como “técnica”, ele se aventura na observação das formas como os homens – e mulheres – dispõem os seus corpos em sociedade, o que chama de “ato técnico, ato físico, ato mágico-religioso”, esses “modos de agir”, que são as técnicas, também afirmando que “a técnica é um ato tradicional eficaz” e que “não há técnica e tampouco transmissão se não há tradição” (Mauss, 1974, pp. 214-225 – grifo meu) e, desse modo, constituiu o método etnográfico e histórico que compõe a sua obra, a Antropologia Estruturalista, sob a influência de Émile Durkheim (1858-1917) e Claude Lévi-Strauss (1908-2009).

Mauss (1974) analisa os fenômenos humanos como a educação do andar, as posições da mão, a corrida e os hábitos relacionando o biológico, o sociológico

de acordo com o instrumento de análise de Kabengele Munanga (2003), em seu artigo “Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia”, para compreender essencialmente a construção da categoria “negra”, enfatizando a análise sociorracial da coletividade estudada.

e o psicológico, em um tríplice evento que considera como o “homem total”, sendo que os três elementos ou categorias de análise do aspecto comportamental e estrutural humanos são intrinsecamente indissolúveis.

Os atos técnicos em questão também podem ser enumerados pela biografia do homem e da mulher desde o seu nascimento/obstetrícia, passando pela infância e adolescência até a fase adulta, assim como em condições das percepções de sono e vigília, repouso e atividade, consumo, cuidado e reprodução humanos, que são engrenagens e associações de fenômenos biossociológicos que o antropólogo precisa descobrir em campo (Mauss, 1974, pp. 214-232).

Assim sendo, iremos elucidar questões que elaborem a noção de Corpo Feminino enquanto artifício “técnico” e “eficaz” que compõe uma dimensão que é social, biocultural e política, para que possamos compreender o “Corpo” como construção da realidade social de mulheres que se identificam como negras e que conseguem marcar o seu lugar na história em nossa sociedade atual.

3. O CORPO FEMININO E QUILOMBOLA: SITUAÇÃO SOCIAL, BIOCULTURAL E POLÍTICA EM CONSTRUÇÃO DE IDENTIDADE.

A disposição social do Corpo enquanto técnica, ato tradicional ou de reprodução sociocultural, segundo a contribuição de Mauss (1974) discutida anteriormente, é uma categoria importante para a análise do Corpo Feminino do Grupo de Mulheres Negras Quilombolas do Pará, Corpo que, em constante ação política, organiza-se para reivindicar direitos sociais, principalmente por demarcação de seus territórios sociais (Little, 2002) na luta pela titularização de suas “terras de preto” (Castro & Acevedo, 1999), que instrumentaliza o reconhecimento dos grupos “quilombolas” (Leite, 2000), assim como buscam melhorias na qualidade de vida de si e de suas famílias, exigindo ainda, por exemplo, o acesso e a acessibilidade (Cavalcante, 2011) aos Serviços de Saúde Pública, que possam garantir condições essenciais de existência ao grupo, analisado em relação à saúde das mulheres como um direito constitucional garantido por lei (Brasil, Artigo V da Constituição Federal, 1988).

O fenômeno do Corpo Feminino em sua versão politizada forma a base do “entendimento do entendimento” das Mulheres Negras Quilombolas, uma categoria de análise do pensamento de Geertz (1997) em sua obra O Saber

Local, ensinando que “a construção simbólica da autoridade, [...] a relação entre aquilo que as pessoas consideram fato e o que definem como justiça, são tratados aqui, na tentativa de entender, de alguma forma, como “entendemos entendimentos” diferentes do nosso” (Geertz, 1997, p.12), no qual evidencia que a compreensão dos informantes em sua análise contextualizada é essencial para a observação e interpretação do grupo estudado.

Sendo o entendimento do corpo feminino do grupo de mulheres negras quilombolas uma abordagem que tem em seu contexto uma paisagem que é essencialmente política por conquistas de inclusão social, utilizo a noção de “feminino” como “uma dimensão social [...], a articulação que se estabelece entre condição orgânica (biológica) e condição social de gênero”, o que significa adotar, desse modo, a discussão de gênero, “entendendo-se por gênero a construção social dos sujeitos femininos ou masculinos, sendo, portanto, histórica” (Vieira, 2002, p. 19).

Por conseguinte, Mary Del Piore (2000, p.14) também argumenta que a construção social do corpo feminino é histórica porque “hoje, depois de séculos de ocultação, nossa sociedade livrou-se de uma verdadeira sacralização dos corpos [...]. Em nossos dias, a identidade do corpo feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude”, que na visão da autora ainda remete a uma situação social desigual em relação ao comportamento masculino na atualidade, portanto, necessita de ampla discussão para que possamos reconhecer a complexidade que o tema envolve, qual seja: sociorracial/político, de gênero, econômico, estético, biológico, cultural e sexual.

Todavia, complementaria a observação incluindo o componente biocultural (Silva, 2012; Silva, 2010) de construção da realidade social, noção que compreende um processo que é biológico-evolutivo que ao longo de milhares de anos de adaptação ambiental e cultural nos tornou “humanos” em consonância com processos materiais e inteligíveis de fabricação de ferramentas, pensamento simbólico e complexificação social de existência enquanto espécie humana, com corpos femininos e masculinos em constante mudança social e biocultural em processo, elementos também indissolúveis em sua essência.

Em contrapartida, o grupo de mulheres negras identificadas culturalmente como “quilombolas” incorpora uma noção de Corpo Feminino que tem em sua organização social o que Annateresa Fabriz (2007, p.1) considera como “corpo como território do político” que abrange não apenas o ato eficaz e técnico de politizar o corpo, mas principalmente, por conferir ao corpo

“novos significados a imagens preexistentes com o objetivo de transformar o corpo num símbolo político, num campo de batalha social”. Ainda segundo a autora, que analisa o corpo enquanto elemento estético, fotográfico e que emana relações de poder, o corpo feminino instaura “uma batalha sem tréguas, no qual o corpo demonstra toda a sua fragilidade diante de um poder que não dispensa nenhuma estratégia para dominá-lo, construí-lo, plasmá-lo, ora pela força política, ora pela persuasão” (Fabríz, 2007, p. 13).

As Mulheres Negras Quilombolas enfatizadas, neste contexto, são chefes de família, donas-de-casa, lavradoras, trabalhadoras rurais, artesãs, intelectuais, professoras, sindicalistas e que exercem cargos políticos como: do Movimento Negro Paraense, do Movimento de Mulheres, do Movimento de Trabalhadoras Rurais Sem Terra, de Sindicatos Docentes, de Grupos de Estudos sobre a África e Africanidades, de Organizações Não Governamentais e similares, que, no encontro político antes citado, apoiaram a “voz” das mulheres negras quilombolas como unidade de ação coletiva em um momento importante de construção social do “Corpo Feminino” em sua tônica social, biocultural e política, em uma composição plural de mulheres moradoras de diversos municípios paraenses como Acará, Belém, Moju, Mosqueiro, Ilha do Marajó, Vigia, Santa Maria do Pará, Castanhal, e demais localidades convidadas de Macapá (AP), assim como de outras regiões.

4. O CENÁRIO.

O VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas do Estado do Pará do ano de 2010, ocorrido de 12 a 15 de Agosto, aconteceu no Município do Acará, na Comunidade Quilombola de Itacuã-Mirim, que se localiza a cerca de uma hora e meia de Belém em viagem de ônibus interestadual, após um rápido percurso pela “Alça Viária”, atualmente bastante deteriorada. Ao longo da Alça adentramos por uma estrada de terra direcionada para um ramal estreito que dá acesso à Comunidade de Remanescentes de Quilombos Itacuã-Mirim, com áreas de natureza com muitas árvores ainda preservadas, intercaladas por roças de mandioca, pequenos córregos de igarapés, algumas casas de barro e outras de alvenaria, sítios cercados, comércios de gêneros alimentícios, uma Escola de Ensino Fundamental e, finalmente, um igarapé maior separado por uma ponte média de madeira que limita a comunidade de Itacuã-Mirim, rodeada pelo Rio Acará em sua posterior extremidade.

O Encontro reuniu em torno de 450 Mulheres, entre elas, Quilombolas de vários municípios paraenses, contando também com a participação de

mulheres advindas de Estados do Sul e do Sudeste brasileiros. Entre as instituições de coordenação do evento estavam o Centro de Estudos e Defesa do Negro do Pará (CEDENPA), o Instituto Mulheres Negras (IMUNE /PA), o FULANAS Regional Amapá (Articulação de Mulheres Negras da Amazônia Brasileira), o Grupo de Estudos Africanos da Amazônia (GEAM), entre outros Órgãos e Entidades Governamentais e Não-Governamentais da Sociedade Civil organizada.

A coordenação do encontro garantiu a alimentação e a hospedagem a todas as mulheres que, respectivamente, representavam Associações, Sindicatos, Comunidades de Remanescentes Quilombolas, Grupos Religiosos, Movimentos de Trabalhadoras Rurais, ONG, Setores de Saúde, pesquisadoras em trabalho de campo antropológico e outras categorias sociais, que durante o período da tarde do primeiro dia do Encontro, após o credenciamento, puderam receber uma “sessão de feminilidade estética” com o “Limpa Corpo”³, como também sessões de manicure e pedicure com unhas decorativas, especialidades das mulheres trançadeiras da localidade com acesso gratuito a todas as participantes, um ritual de “dádiva” feminina de reciprocidade.

A temática “Meu Corpo, Meu Território Sagrado” do VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas do Pará embalou os quatro dias de discussões que culminaram em diversos questionamentos e trocas de ideias entre as mulheres que estavam presentes no “Território Sagrado do Quilombo”, para usar o termo que nomeia o encontro, no qual abordavam temas nos relativos Grupos de Trabalho (os GT) como o Corpo, a Saúde, o Respeito pelo Outro e sobre si mesmas, a Liberdade Intelectual e Sexual, Plantas e Ervas da Etnomedicina (Ribeiro, 1997) e, principalmente, a importância da Mobilização Política de Mulheres no processo de incorporação da luta social pela inclusão de direitos e deveres.

A Cientista Social Prof.^a Dr.^a Zélia Amador de Deus, em seu discurso de abertura do evento, embasada na figura de Frantz Fanon (2008), explanou sobre o Corpo enquanto “corpo social e individual”, coletivo e único, de responsabilidade para si e pelos outros, analisando todo o processo de historicidade do corpo de mulheres e homens negros sob a pecha de sua escravização no Período de Colonização do Brasil, do Corpo escravizado, no sentido de Corpo de exploração por uma intolerância europeia, Corpo que ainda sofre reflexos de estigmas sociais na atual realidade brasileira, como o racismo e o preconceito “de cor” e de “raça” em um contexto que é

3 *O Limpa Corpo é um momento estético-lúdico com as meninas, adolescentes e mulheres trançadeiras de Itacua-Mirim no trabalho de trançado de cabelos das participantes do evento.*

histórico e que precisa ser desnaturalizado enquanto elemento hegemônico de dominação social.

De acordo com José Carlos Rodrigues (1999), o Corpo é história, história de exploração e é capaz de expressar muitas metáforas da vida coletiva, atuando como o campo das performances visuais do self simbólico que emana do próprio corpo histórico como elemento de transformação social e, assim sendo, necessita do reconhecimento de uma análise que é também um processo de transição por compreender o Corpo como uma categoria complexa que engloba proximidade e distância da realidade social e, portanto, resulta de uma hierarquização de valores e comportamentos culturais que necessita ser elucidado socialmente (Rodrigues, 1999, pp. 83-95).

O discurso em geral presente entre as participantes do Encontro de Mulheres refletiu sobre a chamada “Diáspora Africana” (a saída compulsória de africanos e africanas de seu Continente desde o século XIV) e do processo de Descolonização da África (século XX), que traz um pedaço daquele Continente para o Brasil. Nesse sentido, é preciso que o país consiga compreender que as negras/os e os negros são o resultado dessa dispersão e que, à medida que o movimento político busca em seu discurso configurar a sua prática de liberdade social – à la Rousseau, em seu texto *Da servidão à liberdade* (citado em Weffort, 2008), o Corpo engloba a liberdade dos corpos em constante movimento (enquanto técnica estruturante), em que o Canto, a Música e o Ritual de transição de unidade social da organização política analisada – que se encontra em processo de construção social – ditam o ritmo libertador do Encontro de Mulheres e são decorrências de um processo de ancestralidade, que na linguagem corporal são as “falas”, no universo simbólico da cultura de Matriz Africana que busca romper com as barreiras sociais construídas pelo Capitalismo e pela “cultura do branco” (Fanon, 2008).

Enquanto membro sagrado e simbólico da Religião Afrodescendente/Matriz Africana (Caroso & Bacelar, 2006), o Exu⁴ esteve presente nas falas do Encontro de Mulheres, representação que tem características de movimento libertário por si só, sendo o Exu ritualmente entendido como o Corpo espiritual que abre alas, o Corpo que rompe barreiras construídas pela

4 *“Exu é o orixá que entende como ninguém o princípio da reciprocidade, e, se agradado como se deve, saberá retribuir; quando agradecido pela sua retribuição, torna-se amigo e fiel escudeiro. No entanto, quando esquecido é o pior dos inimigos e volta-se contra o negligente, tirando-lhe a sorte, fechando-lhe os caminhos e trazendo catástrofes e dissabores. Exu é a figura mais importante da Cultura Iorubá. Sem ele o mundo não faria sentido, pois só através de Exu é que se chega aos demais Orixás e ao Deus Supremo Olodumaré. Exu fala toda as línguas e permite a comunicação entre o Orum e o Aiê, entre os Orixás e os homens”.* Disponível em: <http://locandomble.wordpress.com/los-orixas/exul> Acesso em: 15.Jan.2011.

exclusão e que permite a “abertura” dos espaços e a “quebra” de tudo o que estiver servindo de obstáculo para, finalmente, ser reconhecido como Corpo recheado de significados sobrenaturais em um dualismo forma-espírito.

Os laços de linhagem que atrelavam os espíritos da África em manifestações religiosas serviram para se adaptar às Américas, sendo que cada Orixá tem o seu quinhão africano, quinhão que no sincretismo religioso permite o passeio entre manifestações do Candomblé, da Umbanda e do Catolicismo durante os dias do encontro em um momento democrático de cunho ecumênico.

O Corpo Feminino escravizado, no contexto da exploração compulsória desse corpo, cada vez que reagia, que resistia, era mais castigado e domado. No entanto, esse mesmo corpo conseguiu impor resistências. Inicialmente com reações individuais e posteriormente, com reações coletivas e significativas, que culminaram na efetivação dos Quilombos (Benjamin, 2006), espaços que buscam a negação da exploração, impondo sua própria liberdade, rompendo com o domínio do explorador a partir de Palmares e que delimitam a representação social e cultural das mulheres negras quilombolas dos dias de hoje também na Amazônia.

Assim sendo, posso descrever sem dúvida que o Encontro de Mulheres nos diversos espaços de convivência nos GT enfatizou que o Corpo Feminino é um espaço de memória, de história, um espaço que eu tenho que prezar, dele depende a minha vida e a continuação de minha história. A responsabilidade do Corpo é minha – é nossa – assim como o reconhecimento de uma ancestralidade que é composta de relações étnicas, raciais, históricas e biológicas de reprodução social.

Desse modo, Meu Corpo enquanto Território Sagrado não está sozinho, porque ele carrega uma história, uma história de exploração e de opressão e a atitude geertziana de “estar aqui” resistindo à desigualdade (de gênero e sociorracial) ou de “estar lá” (no encontro, nas comunidades e no espaço de convivência social de cada grupo quilombola), e principalmente, por participar do encontro “de corpo presente”, traz a possibilidade de reescrever a história. Portanto, o Estado Brasileiro precisa efetivar políticas públicas e afirmativas para que o Corpo Feminino, o território sagrado da liberdade, possa seguir no caminho da resistência sociopolítica de mulheres que compreendem o seu Corpo e a sua trajetória social enquanto elemento de coesão social de identidades e o VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas demonstrou ser um passo no limiar dessa caminhada.

5. MULHERES PRESENTES: O CORPO POLÍTICO FEMININO EM UM RITUAL DE AFRICANIDADE

A Educadora Joana Carmem Machado, do Grupo de Estudos Afro-Amazônico (GEAM), fez a chamada de lideranças entre as mulheres quilombolas. Um grupo de Babalorixás reverenciou as entidades do Candomblé com o pedido de “bons caminhos” simbolizando a abertura oficial do encontro. Mulheres entraram dançando alegremente com música e tambores de fundo, entoando o coro do VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas ao som e ritmo do Marabaixo⁵, (repetindo: “O Quilombo está lindo como o que? O Quilombo está lindo como o que? Vou chamar o Pará para vir ver, Vou chamar o Baião para vir ver...”).

Nilma Bentes, Presidenta do CEDENPA, falou sobre a importância do “gostar de si”, do afeto consigo mesma, de compreender os processos que fazem o racismo perdurar e, em contrapartida, discursou sobre a necessidade das mulheres se utilizarem da própria “exclusão da segregação” para a valorização cultural de identidade com o movimento de mulheres negras e, na mesma medida, que exista uma superação da intolerância com as amarras do jogo político que desvaloriza a diversidade étnico-racial, sexual, intelectual e religiosa em nosso país, a fim de buscar a revalorização necessária de uma tradição negra em processo de luta política e de elaboração social do Movimento Negro.

Cantorias, aplausos, danças, instrumentos musicais de percussão, ritmo contagiante, energia. Elementos que, no Território Sagrado do Quilombo entoavam a sintonia do Encontro de Mulheres Negras, mulheres que lotavam o salão com suas saias rodadas e estampadas com o intuito de comemorar a abertura do evento com tão boas falas e mística ritual, através do Corpo em movimento – político e musical – todas acompanhadas pelo “Samba de Cacete”⁶ de uma “africanidade abraileirada” (mistura de ritmos de percussão Africana e Brasileira) e que, na manifestação regional da dança do Carimbó, complementava o cenário de um espaço mais que Sagrado, mas, especificamente, humano.

A noção de “africanidades” que emprego tem um sentido amplo, de Matriz Africana, um conceito utilizado pelo Movimento Negro autodeclarado

5 *Instrumento musical de dança tradicional do Amapá.*

6 *O Samba de Cacete originou-se no Município de Cameté, no estado do Pará, com o propósito de mostrar toda a sensualidade da região. Seu nome é devido ao instrumento usado para dar marcação à música, os cacetes, dois pedaços de pau que são batidos no Curimbó, cadenciando o ritmo. Surgiu das cantigas tradicionais das comunidades remanescentes de quilombos, principalmente o Quilombo de Itapocu, na região de Cameté, que fala da tristeza de ser escravo. A dança se faz através da movimentação com volteios suaves, acelerando o ritmo, como no batuque africano; expressão corporal característica da dança negra. Disponível em: http://www.marcoandre.art.br/marco/portugues/ritmos_sambadecacete.html. Acesso em: 20/Jan.2011.*

Afrobrasileiro, que traz em seu bojo uma forte disposição que é política quando procura culminar as categorias “raça” e “racismo” como instrumento identitário de grupo que é, substancialmente, uma construção social e política (Munanga, 2003), porém é importante saber diferenciar a simbologia da(s) Cultura(s) Africana(s) da simbologia “local” das Culturas Amazônica e Quilombola. Por exemplo, não é “didático” ou “instrutivo” fazer a exposição de símbolos africanos (de cunho religioso, estético ou geográfico) nas Escolas ou espaços de educação em geral de maneira aleatória, sem uma contextualização que seja regional ou do lugar de onde se fala, pois o intuito perde o sentido, tornando-se um “símbolo vazio”, porque não se postula uma identidade transplantada de outra, mesmo constituindo a “Cultura Negra”.

Assim sendo, a identidade quilombola deve ser abordada a partir de uma referência que seja Negra, porém tal referência precisa ser, necessariamente, estudada, pesquisada e sistematizada com simbologias próprias, da própria comunidade em que se vive, dentro de um contexto específico e baseado nos diversos saberes culturais do próprio grupo, tomando posse novamente de um “saber local” (Geertz, 1997) que é fundamental para a compreensão de si e do grupo social em questão e, então, fazer referências à cultura e à identidade de Matriz Africana/Brasileira como uma síntese que é eminentemente social.

As discussões do Encontro de Mulheres apontaram a necessidade de identificar pessoas que tenham trajetórias e sabedorias ancestrais entre os sujeitos que expressem as condições sociais, históricas e simbólicas das chamadas “africanidades”, para que possam dividir suas experiências e saberes na socialização com as comunidades.

A urgência de Políticas Públicas para a Educação Quilombola foi outro tema a ser abordado, com o objetivo de criar estratégias para capacitar (em Universidades, etc.) e trazer de volta os professores e professoras da própria comunidade, para que, através do aperfeiçoamento dos docentes, possam, enfim, delimitar o território socioeducacional e cultural-religioso do lugar onde se vive.

Desse modo, conhecer a diversidade da cultura amazônica/paraense e quilombola, reconhecer o corpo feminino e político como um território social e “sagrado” (o sentido “self” como reconhecimento de si), fortalecer os elementos discursivos de coesão social de constante movimentação política são categorias dinâmicas de compreensão da realidade analisada e, por ser assim, uma abertura que se encontra na coletividade sociorracial.

6. O CORPO FEMININO EM PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL

Um Encontro Político, de Mulheres que representam seu espaço social através das relações de gênero, espaço no qual se discute utilizando a ótica da palavra de ordem de nossa contemporaneidade: “Inclusão Social”. Negras mulheres, mulheres negras em toda a sua plenitude, atitude, etnicamente diferenciadas, que em cada comunidade de onde partiram originariamente, de cada casa, de cada caminho, de cada história de vida e de todos os cantos do Estado do Pará, persistem lutando por igualdade de direitos.

Mulheres Negras e Quilombolas, demarcando sua delimitação espacial, seu território social, Sagrado, “Afro-Étnico-Brasileiro”, de uma população que ao longo do processo de ressignificação de valores culturais, religiosos, psicossociais e jurídicos ecoam um discurso que se emite com convicção, para que a sociedade paraense (e brasileira) de fato ouça, com “tambores de crioulas”, anunciando a razão de suas falas, falas por vezes extremamente emocionadas, com vozes firmes e embargadas pelo calor do sentimento momentâneo, calor humano de um Corpo que é negro, mulato, mestiço, pardo, indígena, “branco”, com musicalidade, africanidade, ancestralidade, feminilidade e da mais valente resistência social, que é histórica.

A resistência que se inscreve em solo quilombola, espaço simbólico no campo da diversidade, que tem em Palmares sua reverência de liberdade humana no seio de um país tão desigual, excludente, injusto, e que, apesar de tantas vicissitudes da história tradicional, reescrevem sua própria história: mulheres, negras, avós, mães, tias, irmãs, parentes, trabalhadoras, parteiras, erveiras, rezadeiras, mães e filhas de santo, todas reunidas no território sagrado dos Remanescentes Quilombolas de Itacua-Mirim, Município do Acará (Pará), com o intuito de encontrar diálogos possíveis a fim de que, finalmente, sejam incluídas socialmente, de fato e de direito de si e de seu corpo: negro e feminino, político, biocultural e social.

O cenário do VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas do Estado do Pará do ano de 2010 é equivalente a uma organização política e de identidade em processo, que se constrói na mesma medida em que se buscam soluções para inúmeros contextos e que refazem as trajetórias de uma história diferente, a história social que se pretende construir em uma paisagem local e nacional que, através da análise do Corpo em sua essência feminina, com atos de corporeidade, do gostar de si e do Outro (a), tonifica a visão de mundo de um movimento social de negras mulheres em pleno movimento.

REFERÊNCIAS

- Acevedo, R.E.M., & Castro, E.M.R. (1999). *No caminho de pedras de Abacatal: experiência de grupos negros no Pará*. Belém: UFPA/NAEA.
- Arruti, J. M. (2006). *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru: EDUSC, ANPOCS.
- Beltrão, J. F. (2008). Projeto de pesquisa: *Corpo presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas*. (Projeto submetido ao Edital Universal FAPESPA 003/2008). Belém: UFPA.
- Benjamin, R. (2006). *A África está em nós: história e cultura afro-brasileira*. João Pessoa, PB: Grafiset.
- Brasil. (1998). *Constituição da República Federal do Brasil*.
- Caroso, C., & Bacelar, J. (2006). *Faces da tradição afro-brasileira: religiosidade, sincretismo, anti-sincretismo, reafrikanização, práticas terapêuticas, etnobotânica e comida*. Salvador: Editora da Universidade da Bahia.
- Calvino, I. (1993). *Por que ler os clássicos?* São Paulo: Companhia das Letras.
- Cavalcante, I.M.S. (2011). *Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia Paraense*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Brasil.
- Durkheim, E. (1978). *O que é fato social?* São Paulo: Ática.
- Fabriz, A. (2007). *O corpo como território do político*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Foucault, M. (1993). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Geertz, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- _____. (1997). *O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes.
- Leite, I. B. (2000). Os quilombos do Brasil: questões conceituais e normativas. *Revista Etnográfica*, IV (2), 333-354.
- Little, P.E. (2002). *Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade*. Brasília: Série Antropologia.
- Mauss, M. (1974). As técnicas do corpo. In G. Gurvitch, & H. Lévi-Bruhl (Orgs.). *Sociologia e Antropologia* (pp. 401-422). São Paulo: Cosac & Naify.
- Munanga, K. (2003). *Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia*. Texto: Universidade de São Paulo. Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ.
- Peirano, M. (1992). *Uma antropologia no plural: três experiências contemporâneas*. Brasília: Paralelo 15.
- Piore, M.D. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: SENAC.
- Ribeiro, B. (1997). *Suma etnológica brasileira: Etnobiologia*. Belém: Editora Universitária – UFPA.
- Rodrigues, J. C. (1999). *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Simmel, G. (2006). *Questões fundamentais da sociologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Silva, A.K.L.S. (2012). *Doença como experiência: as relações entre vulnerabilidade social e corpo doente enquanto fenômeno biocultural no Estado do Pará*. Dissertação de Mestrado, Federal do Pará, Brasil.
- Silva, H.P. (2008). (Coord.). Universidade Federal do Pará. Projeto de Pesquisa: *Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas*. (Projeto submetido ao Edital Universal FAPESPA 003/2008). Belém: UFPA.
- _____. (2010). Variabilidade, raça e racismo: conversando sobre nossa diversidade biocultural. In J. F. Beltrão & L. Mastop-Lima (Orgs.). *Diversidade; Educação e Direitos: Etnologia Indígena*. (pp. 10-24). Belém: IEMCI.
- Vieira, E.M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Weffort, F.C. (2008). *Os clássicos da política*. São Paulo: Ática.

(IN)VISIBILIDADE NEGRA E CIDADANIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO DA POPULAÇÃO DE RUA

Jesiane Calderaro Costa Vale
Wilma de Nazaré Baía Coelho

“Era um homem de estatura média, [...] teria uns quarenta anos. O suor lhe corria pela testa. [...] - estou morto de fome, andei o dia inteiro [...] debaixo de sol e de chuva. Eu só queria comer, e esticar as pernas em qualquer lugar” (Victor Hugo, 2005, pp.5-6).

Este trecho que nos serve de epígrafe, extraído de *Os Miseráveis*¹, um dos mais conhecidos romances franceses de Victor Hugo, retrata de modo singular a pobreza e os marginalizados do século XVIII – XIX. Por meio de poucas linhas, revela, não apenas a problemática vivenciada por um homem, em algum lugar do passado, que perambulando a esmo, buscava um prato de comida, e um lugar para descansar, sobretudo, mostra um percurso que ultrapassa os séculos e se atualiza, na contemporaneidade nas experiências e sofrimentos protagonizados pela *população de rua*.

I. O POBRE E O MENDIGO NA HISTORIOGRAFIA

Nas sociedades cristãs do Ocidente Europeu, no período datado entre o final do século XI e o início do século XIII, a historiografia registra que a presença do mendigo era reconhecida como necessária para que houvesse a salvação do rico. A mendicidade se justificava, porque servia como instrumento para a expiação dos pecados, uma oportunidade para que o possuidor de bens e de posses fosse auxiliado com a prática da caridade, das boas obras e, concomitantemente, estreitasse os laços entre a terra e o céu (Mollat, 1989).

Nota-se, por meio da visão religiosa dos padres franciscanos, que a figura do pedinte, perambulante pelos vilarejos, estimulava uma compreensão positiva sobre a mendicidade: o pobre tinha o seu valor e um papel a desempenhar que ora decorria de uma perspectiva religiosa, ora de uma justificativa social.

1 Primeira edição foi publicada em 1862.

Muito embora no século XIII, a presença do pobre mendicante apontasse para a possibilidade de salvação do rico e, por isso mesmo, ele era acolhido e alimentado, contraditoriamente, a sua própria salvação era duvidosa, porque trazia sobre si o fardo de uma condição predestinada: a de carregar um sofrimento pessoal decorrente de seus próprios pecados e para os quais somente pela via do sofrimento obteria a sua própria expiação (Mollat, 1989).

Quando chega ao século XVI, a pessoa do mendicante parecia não mais despertar boa imagem para que pudesse ser acolhido, passando a gerar desconfiança. Sua figura surgia permeada de indagações: seria ele uma pessoa perigosa? Por que estaria tão distante do seu lugar de origem? Teria praticado algum crime? Por que andava sem paradeiro pelas localidades? Por que não tinha ocupação? Que doenças teria ele a transmitir? Questões várias eclodiam, sinalizando a incômoda presença do mendigo e para a necessidade de que fosse deixado à margem da população.

Algum tempo depois, precisamente no século XVII, o tratamento da sociedade para com a situação do pobre mendicante foi o de excluí-lo, de segregá-lo e, ao mesmo tempo, na atitude de rasparem-lhe a cabeça e de submetê-lo a outros tipos de castigos, tornaram-no visível. A perspectiva ideológica era a obtenção de corpos docilizados. Vigiar os corpos no espaço social onde se deslocavam ou habitavam, assim se produziria a segurança, por isso, era necessário o controle, a vigilância e o disciplinamento na sociedade (Foucault, 2011, 2012).

Quando surgiram as sociedades pré-industriais da Europa e os camponeses foram desapropriados e expulsos de suas terras, os quais não foram absorvidos pelas indústrias recém-criadas, um sem número desses mesmos camponeses se transformou em mendigos e ladrões, fazendo aparecer o pauperismo (Marx, 2001; Silva, 2009).

Nesse contexto, as desigualdades sociais se acirraram, e a população não inserida no mundo do trabalho se tornou um elemento frequente no cenário urbano, revelando a pobreza. O estado da pobreza era observado à medida que as pessoas se mostravam despossuídas de condições mínimas para suprirem suas necessidades básicas, ou sem recursos para viverem dignamente (Nascimento, 2000).

Já no Brasil, no decorrer do século XIX, a modernização das cidades era a grande novidade do século, e a sociedade brasileira envolvia-se em uma nova estruturação do espaço público: o objetivo era atender o modelo de urbanismo moderno europeu que apontava para um cenário de controle das classes pobres e do aburguesamento de uma classe abastada (Pechmann, 1994; Sarges, 2000).

Nota-se que, durante a primeira metade do XIX, o uso da força de trabalho negra, por meio do seu desempenho fora da casa senhorial, configurava-se como uma forma de sustento, tanto para o escravo de aluguel ou de ganho, como para seu senhor. O escravo havia aprendido a negociar, conquistando a confiança do senhor, lidava com o tempo e o ritmo de trabalho, horários de saída e de chegada, momentos de lazer e diversão. E, da confiança depositada sobre a pessoa do escravo e da observação de seus serviços, iam brotando promessas de liberdade, por meio das cartas de alforria e testamentos (Palha, 2011).

Todavia, nem sempre a expectativa produzida pelo trabalho, nem o sonho acalentado de melhoria de vida, obtinha êxito. Concomitantemente aos desejos de liberdade² e de prosperidade dos recém-chegados na *urbe*, o aumento populacional, marcado pela miscigenação de livres, libertos e escravos, fazia surgir dificuldades. Não havia disponibilidade de empregos para todos, faltava habitação, o abastecimento tornava-se insuficiente e se revelavam algumas mazelas sociais como *vadiagem, mendicância, prostituição, jogo e roubo*, que depunham contrariamente com a ideia de organização e progresso da cidade.

Por essa ocasião, nas cidades, na segunda metade do século XIX, observava-se um significativo aumento populacional, forjando intensas mudanças sociais. Por exemplo, no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, era comum a chegada de pessoas oriundas de todos os lugares e regiões, para ocuparem o que se denominava de *urbe*. A população que se instalava vivenciava variadas dificuldades: escassez de trabalho, más condições de habitação, alimentação e todo tipo de insalubridade, inclusive para o contingente de imigrantes estrangeiros:

A população crescia e não se distribuía homoganeamente pela cidade, quanto às condições de habitação; a inserção no trabalho não era a mesma para todos, os alimentos não estavam igualmente acessíveis, nem se tinha igual acesso aos recursos médico-sanitários (Nascimento, 2005, p.48).

Diante de uma população visivelmente crescente, requisitavam-se reordenações físicas e estruturais para a cidade, modificações que dessem conta do embelezamento e do saneamento da cidade, fazendo jus aos moldes europeus, mas, sobretudo, que também contemplassem as várias outras demandas e necessidades dos habitantes. Havia que se pensar no controle das mazelas e conflitos sociais que se revelavam de modo avassalador para a *urbe*.

Na historiografia, nos registros de diversos autores, identifica-se haver desde

2 Sobre rendimentos oriundos do trabalho escravo no ganho ou aluguel, ver Wissembach (1998).

antes da abolição até a década de 1970, a existência de famílias cativas em meio à promiscuidade sexual, uniões conjugais instáveis, filhos sem a presença paterna, provenientes das condições do escravismo, das condições de vida nas senzalas, etc (Slenes, 2011).

Assim, coube ao poder público às tarefas de organizar, ordenar, embelezar a cidade, disciplinar e controlar as classes pobres, que aumentavam significativa e desordenadamente. O controle era sobre todos. Todavia, em se tratando da *população negra*, as leis, posturas e decretos que fossem infringidos, poderiam repercutir como chicotadas, multas ou prisões (Algranti, 1988). As autoridades governamentais, por meio das fiscalizações e aplicações das leis e dos códigos de conduta, objetivavam não punir somente a transgressão, mas também punir prevenindo o aparecimento de outras infrações.

2. O NEGRO E O MEDO NA CIRCULAÇÃO NO ESPAÇO PÚBLICO

Como esclarecimento, ao falarmos sobre parte da *população negra*, usamos o termo *negro*, como tem sido empregado pelo Movimento Negro, para definir a população brasileira constituída de descendentes de africanos (pretos e pardos), bem como para designar esse mesmo grupo que, na sociedade brasileira, identifica-se de modo diferenciado e coeso, como afrodescendentes em virtude da manifestação dos traços culturais (Carone & Bento, 2012).

Ressalta-se que algumas proibições para *os negros*, na realidade de então, influenciaram a adoção de novas posturas dos habitantes, por exemplo: era expressamente proibida a venda de bebida alcoólica aos trabalhadores escravos, sem o consentimento de seus proprietários, senhores ou feitores, ou que os trabalhadores escravos fossem encontrados após as nove horas da noite, circulando pelas ruas, após o toque de recolher – caso fosse encontrado e não houvesse consigo um bilhete de seu dono que justificasse seu deslocamento àquela hora, o negro seria entregue à autoridade e receberia açoitamento no próprio corpo.

Algranti (1988) ressalta que o aumento da população escrava era o fator explicativo também para o aumento do aparato repressivo. A percepção era de que a cidade estava infestada por uma população de homens pardos e pretos: uns livres, escravos e outros libertos, todavia, o fato de que eram muitos deles *vadios, mendigos, indigentes* e sem profissão, trouxe a perspectiva de haver na cidade, a circulação de uma *população perigosa: os pobres*.

Além dos pobres, havia também um mal estar sobre uma parcela da população negra, a qual trazia sobre si uma imagem prejudicada, decorrente da escravidão. A influência europeia ditava de muitas maneiras o *modus vivendi* de boa parte da população, e os não europeus eram enxergados pelos olhos do europeu, como diferentes, e mais que isso, um diferente ameaçador. O diferente, o Outro, era visto sob a ótica do medo.

A historiografia revela que havia um medo nos ares da urbanização, o medo se presentificava pela figura da pessoa de cor mais pigmentada. O medo tinha cor. O medo da pessoa do negro se urbanizava e, ao se urbanizar, produzia a partir dele, uma imagem negativada, imagem da anticidade, daquilo que não devia ser a cidade (Pechmann, 2002).

Carone e Bento (2012) atribuem a essa forma de construção do outro a partir de si mesmo, no caso do europeu para os não europeus, como uma forma de paranoia que traz na sua origem o medo. O medo do diferente e em alguma medida, o medo do seu semelhante. Fanon (1980 citado por Carone & Bento, 2012, p.32), assevera: “Quando a civilização europeia entrou em contato com o *negro*, [...] todo o mundo concordou: *esses negros eram o princípio do mal* [...] negro, o obscuro, a sombra, as trevas, a noite, os labirintos da terra, as profundezas abissais” (ênfases nossas).

Pechmann (2002) descreve que o negro na metade do século XIX:

era identificado ao mal [...] encarnando todo o mal social, o negro deixa de ser percebido como escravo e passa a ser visto, também como habitante da cidade. Mas um habitante que nunca fará da cidade “um órgão do amor” e que jamais ensaiará ali a “busca da plena realização do humano. Não se teme o negro, pois só por sua condição escrava (fujão, ladrão, assassino, revoltoso) ele é temido porque sua figura reativa os grandes medos urbanos: o medo da doença, o medo da morte, o medo da peste, em suma”. O negro reativa o medo do convívio. (Pechmann, 2002, p.310 – ênfases nossas).

A cidade precisaria ser protegida da presença da encarnação do mal. Nesse sentido o negro e “as gradações de cores que têm origem nele – pardo, mulato, moreno, etc. – não de apontar, também, para os graus de periculosidade” (Pechmann, 2002, p.311).

Em virtude dessa compreensão distorcida e negativada, a identificação da figura do negro como encarnação do mal na cidade se espalhou e favoreceu a instituição da sua exclusão urbana. A ideia era também de excluir da cidade a pessoa branca que, sendo pobre, poderia ter desenvolvido maus hábitos e vícios pela convivência com negros. A pessoa branca pobre, por associar-se a

uma pessoa negra, passaria a ser considerada como influenciada pelo mal, não tendo escapado da malignidade negra.

Assim, Carone e Bento (2012, p.35) analisam que “o medo e a projeção podem estar na gênese de processos de estigmatização de grupos que visam legitimar a perpetuação das desigualdades”, e entende-se que, a associação da pessoa do negro com a imagem do mal, juntando-se a outros fatores, favoreceu, ao longo dos séculos, o engendramento do racismo na sociedade.

3. A FACETAS DO RACISMO E A PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

O racismo desponta desde a infância nos círculos sociais mais primários – família e escola – e se amplia para outros: na seleção dos artistas dos programas de televisão, de comerciais, etc, gradativamente vai produzindo inscrições psíquicas e estas, por sua vez, vão sendo introjetadas na constituição do sujeito. Mais tarde, conduzem o sujeito ao engendramento de uma imagem estereotipada sobre a pessoa do *negro*, de tal modo que, se o sujeito é negro, o melhor de si como indivíduo, de sua gente (coletivamente) e de sua cultura, sofre, além de rechaço, tentativas de aniquilamento, de anulação, de rebaixamento de sua autoestima³, e dá lugar a um intenso *sofrimento psíquico*, instaurado pelas vias dos sentimentos de menos valia, de indignidade, de inferioridade e de desvalorização.

Por sua vez, o *preconceito racial* é um fenômeno complexo, cuja constituição é analogamente apresentada como um *iceberg*, em que a parte exposta ou visível representa as manifestações do *preconceito*, por meio de comportamentos sociais e individuais e pelas práticas discriminatórias; e a parte do *iceberg* submersa, escondida, corresponde aos preconceitos velados na mente do indivíduo e as consequências na sua estrutura psíquica (Carone & Bento, 2012).

Observa-se que, quando o racismo, o preconceito e a discriminação são introjetados, a dor e o sofrimento da pessoa vitimada tornam-se individualizados – como se fossem problemas da própria pessoa, nunca da sociedade, como um problema de mais ninguém, a não ser, do próprio negro.

3 Autoestima: “Sentimento e opinião que cada pessoa tem de si mesma. É na infância, no contato com o outro que construímos ou não a nossa autoconfiança. As experiências do racismo e da discriminação racial determinam significativamente a autoestima dos adultos(as) negros(as)” (Brasil, 2006, p.216). Assim, as relações interpessoais vão se desenvolvendo e o processo psicológico é um dos aspectos mais relevantes na construção dessa autoestima.

Constata-se que o *racismo* é uma modalidade comportamental extremamente danosa quando é assimilada e reproduzida por uma coletividade, pois o funcionamento social dessa coletividade se tornará suficientemente perverso e se pautará em comportamentos cujo objetivo é o de perpetrar *sofrimento* e dor.

No seu bojo perverso, o comportamento racista intenciona aniquilar a cultura, a competência, o valor, o potencial, a beleza, a inteligência, as habilidades, e depreciar o que for qualificável na pessoa ou nos grupos afetados. E a sociedade, inegavelmente ao sucumbir ao comportamento racista, corre o risco de destruição da história de sua gente, em uma dimensão provavelmente incalculável.

Gomes (2009, p.9) denuncia que historicamente “os negros foram vítimas das piores tentativas de desumanização”, inclusive da tentativa de destruição de suas culturas. Assim, podemos facilmente compreender o porquê da advertência realizada pela autora sobre o enfrentamento ao racismo:

Para se contrapor ao racismo, faz-se necessária a construção de estratégias, práticas, movimentos e políticas antirracistas concretas. É importante, também, uma releitura histórica, sociológica, antropológica e pedagógica que compreenda, valorize e reconheça a humanidade, o potencial emancipatório e contestador do povo negro no Brasil e a nossa ascendência africana (Gomes, 2009, p.8 – ênfases nossas).

Atualmente, a despeito dos avanços ocorridos na superação dos estigmas, estereótipos e *incidentes discriminatórios* (Hasenbalg, 2005), ainda percebemos ações relacionadas à parte da população negra que enseja a construção de uma imagem negativa sobre o negro, com adjetivações depreciativas com relação a sua imagem ou seus traços físicos.

Por exemplo, recentemente no Brasil, por meio da mídia, alguns episódios foram ostensivamente registrados pelos olhos de milhares de telespectadores, em pelo menos três partidas de jogos de futebol, nas quais, torcedores com atitudes *racistas*, comportaram-se produzindo *incidentes discriminatórios*: em desses episódios, xingaram o árbitro de futebol pelo fato de ser negro; em outro caso, arremessaram uma banana na lateral do campo gramado a um atleta negro; e em outro episódio, a torcida em massa, reproduziu em uníssono ruídos semelhante aos sons emitidos por macacos, como uma provocação a um outro jogador negro.

Para além dos campos de futebol, no Pará, precisamente em Belém, em uma Instituição de ensino superior, uma professora de pós-graduação, indispôs-se

e agrediu um vigilante da faculdade, endereçando-lhe desaforos, humilhações, insultos e palavrões, também pelo fato de o vigilante ser um homem negro.

Ao que nos parece, esses *incidentes discriminatórios* protagonizados por vários personagens, podem produzir, à pessoa que os vivencia, sofrimento, dor, uma forte sensação de impotência pela impossibilidade de reação, diante da afetação. No primeiro momento, alguém poderia avaliar tais *incidentes* como se fossem apenas “brincadeiras” e que, portanto, são descabidas as reações das vítimas, e sem nexos o sofrimento da pessoa afetada. Em contrapartida, deve ela (pessoa negra) ficar em silêncio, pois sua afetação não é verídica, suas dores são “invençônicas” e não produzidas pelo acontecimento opressor ao qual vivenciou, logo, sua dor deveria ser silenciada, calada, naturalizada.

Analisando os processos de *silenciamento* da expressão da palavra, Patto (2005) trabalha sob a perspectiva da “Psicologia do oprimido” e critica as práticas que o amordaçam, que impingem à vítima “uma forma de falar e de agir, que dificulta a voz afinada com a vivência de opressão e o torna portavoz de um discurso que não é o seu” (Patto, 1984, p.136).

Avalia-se, então, que no pacto do *silenciamento*, o discurso reativo da vítima, devido à tanta pressão, dê lugar à voz amordaçada, abafada por um silêncio opressor. Da pessoa negra que fora atingida, pelo racismo, espera-se que se manifeste conformada e passivamente frente ao que sofre ou sofreu e, uma vez mais, seja sucumbida pelo silêncio opressor. Daí surge um percurso cíclico: aquele que sofre, deve silenciar, ou seja, não pode falar do seu sofrimento, e o fato de silenciar, lhe produz mais sofrimento.

Gomes (2009, p.8), analisando as marcas de sofrimento produzidas pelo racismo, assinala: “O racismo imprime *marcas negativas* em todas as pessoas, de qualquer pertencimento étnico-racial, e é muito mais duro com aqueles que são vítimas diretas. Abala os processos identitários. Por isso a reação antirracista precisa ser incisiva”) (ênfase nossa).

É inegável que o racismo tem na sua essência a produção de uma perversa experiência de desumanizar as suas vítimas e proporciona marcas deletérias, que ao longo do tempo, repercutem e se espraiam na dimensão psíquica do sujeito afetado. Produz, assim, violência, dano e dor sobre o corpo da pessoa negra. O racismo, por vezes, sustenta-se com disfarces nas *encarnações, piadas, chacotas, apelidos* e outras categorias de *estigmatizações*, dirigidas à pessoa do negro, mas que proporcionam igualmente mal estar e outros sofrimentos, a quem os vivencia. Nesse cenário social, onde o racismo se apresenta, Nogueira (1998), analisa:

iv. (In)visibilidade negra e cidadania: considerações sobre o sofrimento psíquico da população de rua

O negro é atravessado pelas construções desse imaginário centrado na inferioridade do negro, que tem como efeito, para ele, desde o autodesprezo até a autodegradação, por colocarem em xeque sua inteligência, beleza e potencial. O negro se vê, muitas vezes, paralisado e aprisionado nesse lugar imaginário, o que faz com que padeça de uma necessidade constante de aprovação por parte de brancos com quem convive, de um medo contínuo, de gestos de racismo que possam vir daqueles brancos em relação a quem ele não é um igual (Nogueira, 1998, p. 119 – ênfases nossas).

Constata-se que os efeitos do racismo e de suas marcas danosas no psiquismo perduram ao longo dos anos e se traduzem em uma tentativa de forjar uma imagem estereotipada e distorcida sobre a pessoa negra. Essa tentativa não é de hoje e historicamente sempre foi muito intensa, com registros desde o século XVIII (Schwarcz, 1993), quando foram introduzidas no cenário brasileiro as teorias raciais vindas, sobretudo, da Europa e dos Estados Unidos, de sociedades hegemonicamente brancas.

Logo, em uma sociedade hegemonicamente branca ou mesmo sendo afrodescendente tem manifestado a negação de sua cor, já que ser negro é tornar-se um ser violentado de forma continuada, constante e cruel, sem pausa ou repouso: “É sofrer por uma ambígua injunção: a de encarnar o corpo e os ideais de ego do sujeito que é branco e o de recusar, negando e anulando, a presença do corpo negro em que habita” (Costa, 1984).

4. O NEGRO MORADOR DE RUA E A BUSCA PELA CIDADANIA

A rua talvez não seja nunca o traçado ordenado e puro da circulação pública; será sempre talvez, o espaço e o lugar possíveis para a errância, o extravio, a extravagância dos sujeitos, para a absurda falta de cabimento de cada um de nós (Lobosque, 1997, p. 71)

No caso dos moradores de rua, avalia-se ser cada vez mais crescente, o contingente populacional deles. Segundo a Pastoral do Povo da Rua (Brasil, 2008), um número significativo desses moradores é formado por homens e mulheres *negros*.

Com a abolição da escravidão, com a industrialização e a urbanização, foi emergindo o problema do disciplinamento dos trabalhadores para a expansão do mercado de mão de obra assalariada e das longas jornadas de trabalho nas indústrias. Algumas dessas pessoas, que já denotavam vínculos familiares rompidos, estavam sem moradia convencional, sobrevivendo com pouca ou nenhuma renda, sem referência identitária, reconheceram a rua como o

lugar possível de se sentirem bem. Essas pessoas passaram a adotar a rua, naturalmente não somente como espaço de deslocamento, como também meio de sobrevivência econômica, de “ganha pão” e de moradia.

No Brasil, no diagnóstico situacional realizado em 2007/2008, em setenta e uma cidades brasileiras, com mais de 300 mil habitantes, apresentado por intermédio da contagem da população em situação de rua, foram contabilizados 31.922 pessoas em situação de rua, nas cidades pesquisadas (Brasil, 2008)⁴. Dessa diagnose, depreenderam-se resultados que revelam características gerais dessa população. Os dados informam que 82% da população de rua são do sexo masculino; que 53% dos entrevistados estão na faixa etária de 25 a 44 anos, ou seja, em plena idade produtiva; que 74% deles, sabem ler e escrever; todavia, 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinavam o próprio nome.

A pesquisa situacional também identifica que um montante desses moradores de rua escolhe para sua habitação os mais diversos espaços públicos: calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, túneis, becos, lixões, ferro-velho etc. Logo, a forma de usar o espaço geográfico se mostra significativamente heterogênea e eclética, contudo, as pesquisadoras Vieira, Bezerra e Rosa (2004, p.85) identificam três situações relacionadas à sobrevivência da pessoa na rua, as quais se classificam por: “ficar na rua, estar na rua, e ser da rua”.

Entende-se que à classificação “Ser da rua” envolve uma espécie de pertencimento e é atribuída à pessoa que faz da rua seu espaço de moradia, que de alguma forma se sente ligada a ela, buscando sua permanente sobrevivência.

Os motivos que fazem as pessoas buscarem a rua como lugar de habitação são diversos, porém, Prates, Reis e Abreu (2000, p.153) indicam que “a quase totalidade está associada a problemas de ordem econômica, que se materializam não só no desemprego e impossibilidade de custear alimentação e moradia, mas na fragilização dos vínculos familiares”. Além disso,

A falta de convivência com o grupo familiar, a precariedade de outras referências de apoio afetivo e social fazem com que os moradores de rua se encontrem de certa maneira impedidos de estabelecer projetos de vida e até de resgatar uma imagem positiva de si mesmos (Vieira, Bezerra & Rosa, 2004, p.155).

Diante do abandono, do frio e da fome, o morador de rua inclina-se muito frequentemente ao uso abusivo de álcool e de outras drogas. Muitos na verdade, tornaram-se moradores de rua, exatamente porque desenvolveram

⁴ Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008).

a dependência química e não puderam mais manter o vínculo familiar. O abandono aparece relacionado à dificuldade de se lidar e conviver com os transtornos comportamentais decorrentes da dependência química, tanto para a família quanto para o alcoolista/drogadito. Alguns chegam mesmo ao adoecimento mental.

Angela Pagot (2012, p. 15), ao analisar as relações da cidade com a loucura em situação de rua, considera que “um dos grandes desafios postos hoje à saúde mental comunitária, é o de enfrentar uma crescente demanda, materializada pela presença de ‘loucos’ em situação de rua”. A autora afirma que a vida na rua, para os doentes mentais, pela sua condição, reveste-se de muitas dificuldades, pois são criminalizados pela polícia, são alvos da agressão de transeuntes, de outros “sem teto” e inclusive de pessoas da comunidade.

De outro modo, constata-se que as pessoas que se encontram em situação de rua, além de serem agredidas e de criminalizadas, vivenciam o fenômeno da invisibilidade social (Soares, 2009), no qual o Estado e os cidadãos ao redor do morador de rua não se dão a conhecer quem são essas pessoas que estão vagando pelas ruas, passam, ao seu lado, indiferentes e não as enxergam, tratando-as com menosprezo, rechaço ou humilhações (Costa, 2004)⁵.

No caso do morador de rua, quando esse o é negro, sua condição social torna-se associada à questão *racial*, e a sua incômoda *invisibilidade* cede lugar a uma perversa *visibilidade*, de modo que ele, morador de rua, por ser *negro*, torna-se visto, “enxergado”, desta vez já como um “infrator em potencial”, como um “marginal”, como uma pessoa perigosa. É possível depreender que para ele se dirijam *olhares de medo*, de uma sociedade amedrontada, olhares de exclusão.

Compreende-se que, no bojo dessa *(in)visibilidade*, há produção de *sofrimento psíquico*, bem como de graves violações dos direitos, dentre essas violações estão a do princípio da dignidade humana e da vedação à discriminação. Dispositivos constitucionais que nos preservam iguais, dignos e nos tornam cidadãos.

Observa-se, pelos dados depreendidos na pesquisa nacional, que uma parcela desses moradores é solitária, carente afetivamente, que suas condições gerais de existência, de segurança, de higiene, de alimentação, de saúde, são extremamente precárias e, embora não dependam propriamente dos vínculos familiares porque estes foram rompidos, os moradores de rua

⁵ O fenômeno da invisibilidade social ou pública, como produtora de humilhação e sofrimento psíquico, foi registrado na pesquisa que originou o livro *Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social*, de Costa (2004), sobre os garis, que semelhantemente aos moradores de rua, vivenciam a condição de não serem enxergados, de serem tratados com preconceito social e indiferença.

aguardam do restante da população alguma solidariedade⁶ auxílio e doações. Sem qualificação para o emprego, sem condições financeiras para custear uma moradia, nada possuem, a não ser o que encontram em algum canto, descartado, que dê para ser reutilizado:

Os habitantes das ruas constroem sua visão de mundo, em que nada, ou quase nada, é estável e contido. Seu espaço doméstico se constrói no aberto, no provisório, no território que 'dominam' e conhecem, mas não possuem e do qual podem ser expulsos a qualquer hora ou então podem querer abandonar [...] sua cultura material é basicamente reutilizada e acumulá-la torna-se impossível ante a mobilidade de vida e a inexistência de uma propriedade para preservá-la (Magni, 2006, pp.97-99).

A vulnerabilidade cotidiana vivenciada por um morador de rua é intensa. Ele se faz conhecedor de que na rua, naquele espaço aberto, que parece ser seu, mas que não é seu, o perigo lhe ronda. Pela sua condição de estar ao relento, sem privacidade, sem proteção, pode acontecer que, na *perversa visibilidade* de outrem, enquanto estiver dormindo, alguém chegar e lhe provocar lesões, acordar-lhe aos pontapés, queimá-lo ou espancá-lo.

Talvez, por isso, o morador de rua procure ser sempre errante, escolha a cada dia um novo paradeiro. Não há código de endereçamento postal, não há documento identificatório sequer. Sem documento, sem “ente nem aderente”, foi-se sua *cidadania*. Está banido para o terreno da indiferença, da *(in)visibilidade*.

Nessa posição, o morador de rua não é mais apercebido como sujeito, como pessoa ou como indivíduo. Sem laços ou vínculos, a carência afetiva é sua companheira, e mostra-se em exaustão emocional. Seus recursos emocionais foram esgotados, está anulado na condição de pessoa. Despersonalizou-se, tornou-se uma *coisa*.

Restam-lhe na sua vivência diária, as dores produzidas pelo anonimato, pela impessoalidade e pela marginalização. A ideia de “despersonalizar-se” corrobora a possibilidade de ter o esquecimento de quem se foi, de não ser mais reconhecido ou de se manter no oculto, para não mais ser lembrado. Sob uma perspectiva de que o envolvimento ou o pertencimento são inadequados, o coletivo da rua se mostra efêmero, estar em grupo, não é negócio. Melhor é o isolamento, o andar sozinho e com pouco ou quase nada de valor a carregar.

⁶ *Solidariedade como sentido moral que vincula o indivíduo à vida, aos interesses e as responsabilidades de um grupo social, de uma nação ou da própria humanidade. Que compartilha o sofrimento alheio ou se propõe mitigá-lo.*

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentamos sumariamente que o fenômeno da população em situação de rua não é da contemporaneidade. O percurso que fizemos, ancoradas na Historiografia em interface com a Psicologia, considera as variadas facetas e complexidades que tal problemática desvela ao longo dos séculos, ratificando a necessidade de políticas públicas que abranjam esse sério problema social.

Dentre as diversas perspectivas que poderiam ser analisadas, escolhemos situarmos resumidamente, aquela vivida por parte da população negra brasileira, em especial, por moradores de rua, no tocante aos sofrimentos oriundos da falta de referencial habitacional, de emprego, de cidadania, sobretudo provocados pela opressão, exclusão, indiferença, *invisibilidade social, preconceito e racismo* que afetam intensamente a dimensão psíquica dos sujeitos, notadamente, porque estamos envoltos no país de uma “boa consciência”, que nega a existência do preconceito ou o reconhece como brando, onde ainda se afirma, de modo genérico e sem questionamento, haver uma certa “harmonia racial” (Schwarcz, 2012).

Nesse diapasão, uma postura desmistificadora que assumimos é de que “o preconceito e a discriminação racial são problemas sociais, que impedem a consolidação da democracia, o fortalecimento da cidadania e a construção de uma sociedade tolerante” (Coelho, 2006, p.189), razão pela qual é desafiador para toda a humanidade a erradicação do racismo e de outras tantas mazelas sociais.

O caminho que vem sendo trilhado em busca da igualdade racial vai deixando para trás, dentro de um amplo fosso, as tendências, inclinações e práticas racistas que acometeram a população negra secularmente, sobretudo, coibindo a ignorância de parte da população brasileira, no que concerne ao reconhecimento da gênese do povo brasileiro. Logo, é necessário o despertamento da consciência das pessoas para a possibilidade de aprendizado, reflexão e mudanças em relação ao enfrentamento das condutas racistas, estas urgem serem condenadas.

Constatamos que a sociedade brasileira avança no sentido de não mais se permitir naturalizar a violência sistemática imposta, historicamente, à parte da população negra; avança em confirmar a importância do reconhecimento de ser pessoa, do desenvolvimento da autoestima positiva, dos processos identitários autovalorativos, seja o sujeito morador de rua ou não.

REFERÊNCIAS

- Algranti, L.M. (1988). *O feitor ausente. Estudo sobre a escravidão urbana no Rio de Janeiro (1808 -1820)*. Petrópolis: Ed.Vozes.
- Brasil. (2008). *Pesquisa Nacional sobre a população de rua* (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. SENASP/MJ). Brasília.
- Carone, I., & Bento, M. A. S.(Orgs.) (2012). *Psicologia Social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis:Vozes.
- Coelho, W.N.B. (2006). *A cor ausente: um estudo sobre a presença do negro na formação de professores – Pará, 1970-1989*. Belo Horizonte: Mazza Edições; Belém: Editora UNAMA.
- Costa, F.B. (2004). *Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social*. São Paulo: Editora Globo.
- Costa, J. F. (1984). *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. (2012). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis:Vozes.
- Gomes, N.L. (2009). Apresentação. In K. Munanga. *Negritude: usos e sentidos*. (pp. 8-9). Belo Horizonte: Autentica Editora.
- Hasenbalg, C. (2005). *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Hugo, V. (2005). *Os Miseráveis*. São Paulo: Editora Ática.
- Lobosque, A.M. (1997). *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Magni, C.T. (2006). *Nomadismo Urbano: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre*. Santa Cruz do Sul: Edunisc.
- Marx, K. (2001). *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Mollat, M. (1989). *O pobre na Idade Média*. Rio de Janeiro: Campus.
- Nascimento, D.R. (2005). *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Nascimento, E. P. (2000). Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: M. Bursztyn (Org.). *No meio da rua: Nômades, excluídos e viradores*. (pp. 121-138). Brasília: Garamond.
- Nogueira, I.B. (1998). *Significações do corpo negro*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Pagot, A.M. (2012). *O louco, a rua, a comunidade: as relações da cidade com a loucura*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Palha, B.F. (2011). *Escravidão Negra em Belém: mercado, trabalho e liberdade (1810-1850)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.
- Patto, M.H.S. (1984). *Psicologia e ideologia: Uma crítica à psicologia escolar*. São Paulo: T.A. Queiroz.
- _____. (2005). Mordaças sonoras: a psicologia e o silenciamento da expressão. In M.H.S. Patto. *Exercícios de indignação: escritos de educação e psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pechmann, R.M. (Org.) (1994). *Olhares sobre a cidade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

iv. (In)visibilidade negra e cidadania: considerações sobre o sofrimento psíquico da população de rua

- _____. (2002). *Mistérios do Rio. Cidades estreitamente vigiadas – o detetive e o urbanista*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra.
- Prates, J.C., Reis, C.N., & Abreu, P.B. (2000). Metodologia de pesquisa para a população em situação de rua: Alternativas de enfrentamento pelo poder local. *Serviço Social e Sociedade*, (64), 135-164.
- Sarges, M.N. (2000). *Belém: riquezas produzindo a Belle Époque (1870-1912)*. Belém: Paka-Tatu.
- Sarlo, B. (2007) *Tempo passado: cultura da memória e guinada subjetiva*. Belo Horizonte: Ed. da UFMG.
- Schwarcz, L.M. (1993). *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870 -1930*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Silva, M.L.L. (2009). *Trabalho e população em situação de rua no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora.
- Slenes, R.W. (2011). *Na senzala, uma flor. Esperanças e recordações escravas na formação da família escrava: Brasil Sudeste, século XIX*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Soares, L.E. (2009). *Invisibilidade social: causada pela indiferença, atinge a maioria da população*. Disponível em: http://www.webartigos.com/articles/26983/1/Invisibilidade-Social-Meninos-de-Rua_pagina.pdf.
- Vieira, M.A.C., Bezerra, E. M. R., & Rosa, C.M.M. (Orgs) (2004). *População de rua: quem é, como vive, como é vista*. São Paulo: Hucitec.
- Wissembach, M.C. (1998). *Sonhos africanos, vivências ladinas. Escravos e forros em São Paulo (1850-1880)*. São Paulo: Editora Hucitec.

SENDO NEGRA, SENDO NEGRO: OFENSAS RACIAIS, SUJEITOS E IDENTIDADES NA ESCOLA

Alan Augusto Moraes Ribeiro.

No presente artigo, a partir de entrevistas realizadas com cinco alunas e dois alunos de uma escola pública do bairro Guamá, na periferia de Belém, registra-se como as ditas “vítimas” de ofensas verbais raciais definiram por si mesmas (os) e com seus próprios termos tais práticas. Durante a pesquisa de campo realizada nesta escola entre 2005 e 2007, o contato com estes discentes que fizeram “reclamações e queixas relativas a conflitos e problemas de relação entre discentes” no Boletim de Ocorrências Internas (B. O. I.) da instituição, entre os anos de 2003 a 2008. Procurei problematizar o tipo de presença do “racismo” como um tipo de classificação de práticas derogatórias, tal como podemos observar no quadro abaixo.

Quadro A. lista de termos ofensivos e de definições dos ofendidos.		
Nomes Fictícios.	Termos Ofensivos.	Definição dos ofendidos.
Aline	“preta escrota e metida”.	“xingamento”.
Renata	“neguinha”.	“preconceito”.
Maria	“preta encardida”.	“preconceito”.
Erick	“macaquinho”.	“racismo”.
Rosemeire	“pretinha”.	“preconceito”.
Núbia	“preta, urubu, puta”.	“ofensa”
Ewerton	“filho de escravo”.	“encarnação”.

Fonte: pesquisa de campo.

Veremos que em alguns relatos as influências de agentes educativos como professores e gestores na classificação das práticas como racistas ou não racistas, não inviabiliza a percepção por si acerca das próprias experiências, mesmo que seja possível conferir contradições, deslocamentos e incoerências nos relatos individuais de cada entrevistado/a sobre o modo de definir os significados das ofensas raciais na escola diante das definições teóricas, o que importa é perceber os conflitos entre a autotransclassificação racial e a classificação derogatória presente nos termos ofensivos. Ao estipular um quadro teórico sobre racismo como um ponto de referência analítica, registra-se que a variação no modo de designar os termos ofensivos pode ser parte constitutiva do processo de autotransclassificação racial dos sujeitos, suscitando conflitos no modo de se inscrever relacionalmente a partir de diferenças de raça/cor e de gênero.

Partindo de definições sobre racismo como um ponto de partida analítico, é possível estipulá-lo conceitualmente sob duas perspectivas complementares. A primeira se concentra nos mecanismos de atuação do fenômeno. Assim percebido, ele pode ser visto como uma visão de mundo construída historicamente, culturalmente difusa, que pode ser (e é) usado como um instrumento político que interfere nas vias de acesso a bens sociais presentes no sistema político, nas relações econômicas, nas relações do mercado de trabalho e no sistema escolar (Gomes, 2003, 1996; Bairros, 1991; Conrado, 2007). Em espaços escolares, ele orienta práticas pedagógicas que comprimem sujeitos como Outros na forma de um lugar de subordinação, reduzindo-os como elementos de diferença. Agindo culturalmente neste espaço, o racismo constrói “normatividades” e “anomalias” nos encontros entre aqueles e aquelas que se percebem como sujeitos.

A escola é um dos espaços socioculturais em que as diferentes presenças se encontram. Mas será que essas diferenças são tratadas de maneira adequada? Será que a garantia de educação escolar como um direito social possibilita a inclusão dos ditos diferentes? Por isso, a reflexão sobre as diferentes presenças na escola e na sociedade brasileira deve fazer parte da formação e da prática de todos os/as educadores/as e daqueles que se interessam pelos mais diversos tipos de processos educativos (Gomes, 2003, p. 71).

A partir desta perspectiva, a dinâmica relacional do sistema escolar não pode nunca ser percebida como um campo imparcial, equânime e neutro, pois nele convivem conflitos raciais e contradições sociais presentes em outras esferas da vida pública. Já que é também por meio da educação escolar que vias de mobilidade, de ascensão social e de projetos de sociedade se constroem politicamente, quando o racismo atua como um critério de subordinação em co-atuação com o sexismo, eles interdita canais de mudança social e laboram como dispositivos políticas para a manutenção de desigualdades, de hierarquias e de estereótipos coletivos (Bairros, 1991; Conrado, 2007). Nesta linha de pensamento, ao reificar raça e gênero em práticas ofensivas, processos de hierarquização são acionados para inscrever sujeitos e relações:

Reinscrever a cor como componente simbólico instituinte de sujeitos sociais inter-relacionados com gênero e classe numa cultura valorizada em nome da mistura, em nome da miscigenação, aciona-se mecanismos de desigualdades regidos por uma lógica de hierarquização social fundante das relações públicas e privadas (...) para o campo de estudos voltados para a realidade de Belém. (Conrado, 2007, p. 11).

Em uma segunda perspectiva, que apresenta os aspectos substantivos do racismo, apresentando-o de maneira mais pragmática e instrumental (Silva Junior, 2003; Guimarães, 1998), a referência empírica são as práticas de

discriminação racial, usadas para conceituar preconceito racial. Deste modo, Guimarães define o racismo como:

Um corpo de atitudes, preferências e gostos instruídos pela ideia de raça e de superioridade racial nos planos estético, físico e intelectual. Assim, por exemplo, as pessoas que consideram os negros feios, ou menos inteligentes, ou menos trabalhadores, ou fisicamente mais fortes são comumente referidas como racistas. Popularmente, no Brasil, se diz que tais pessoas têm preconceito de cor. Tais atitudes não necessariamente constituem ou derivam de uma doutrina. Podem formar, e geralmente formam um simples sistema difuso de predisposições, de crenças e de expectativas de ação que não estão formalizadas ou expressas logicamente (Guimarães, 1998, p. 17).

Esta segunda perspectiva assinala a distinção entre discriminação racial e preconceito racial, o primeiro designa um sistema de atitudes, de comportamentos e de ações discriminatórias e o sistema de sentimentos apreendidos pela socialização. A discriminação racial, deste modo, baliza-se em um tratamento diferencial de indivíduos a partir da ideia política de raça, gerando segregações e desigualdades raciais. Já o preconceito racial seria apenas a crença prévia (preconcebida) nas qualidades morais, intelectuais, físicas, psíquicas ou estéticas das pessoas com base na ideia politicamente construída de raça. O preconceito pode então se manifestar de modo verbal, um tipo de comportamento, no âmbito privado ou público, sendo referido como discriminação racial. As práticas de ofensas raciais, deste modo, deixam de ser vistas como manifestações exclusivamente pessoais ou somente institucionais e passam a ser definidas como discriminação. Assim também se constrói, cotidianamente, o racismo.

Para esta segunda perspectiva, o preconceito racial seria uma categoria sócio-psicológica, designaria elementos volitivos e afetivos situados na esfera da liberdade interior do próprio indivíduo, no terreno da subjetividade, da liberdade de opinião e de pensamento, o que o torna impassível de mediação jurídica, mas não de regramento social. O preconceito não é natural, é uma elaboração presente nas sociabilidades. Por outro lado, a discriminação que pode decorrer do preconceito é passível de regulação política, pois é comportamental, é uma ação sujeita ao controle social e jurídico.

Ao mesmo tempo, essa distinção entre preconceito e discriminação racial não deve ser acompanhada de uma interpretação que atribui ao primeiro a causa do segundo. Para estes autores, esse modelo que toma o indivíduo portador do preconceito como gerador da discriminação não contempla outros processos sociais e psicológicos que podem originar o preconceito. Assim, se tomarmos o preconceito como foco de análise para se discutir a questão racial no Brasil, poderemos restringir nossos estudos em torno do

ponto de vista daquele que exerce a discriminação, ou seja, o portador do preconceito, esquecendo suas manifestações coletivas e institucionais.

Ao retomar a discussão sobre as práticas de ofensas raciais expressas sob a forma verbal, Guimarães (1998; 2000; 2002) mobiliza a perspectiva dos efeitos e a perspectiva doutrinária para analisar sob o insulto racial como um mecanismo de construção de identidades sociais estigmatizadas em relações de poder. Para este autor, o insulto racial é um dispositivo usado para legitimar e reproduzir hierarquias, como um elemento de socialização que se vale de estereótipos raciais coletivos sobre os indivíduos. Eficaz no processo de demarcação de distâncias entre insultador e insultado, as injúrias raciais consistem em instrumentos de humilhação e depreciação do segundo pelo primeiro na medida em que desloca aquele para o terreno da anomia social, da pobreza, da sujeira e da ideia de animalidade (Guimarães 2000; 2002, p. 172).

“Negro” ou “preto” passam, pois a ser uma síntese verbal para toda uma constelação de estigmas referentes a uma formação racial identitária. Mais que o termo, a própria cor adquire tal função simbólica, estigmatizante, como bem demonstram os sinônimos listados em dicionários de língua vernácula: sujo, encardido, lúgubre, funesto, maldito, sinistro, nefasto, perverso, etc. O estigma pode estar tão assentado que é possível, por exemplo, a um negro se sentir ofendido por uma referência tão sutil quanto esta: “também, olha a cor do indivíduo. (Guimarães, 2000, p. 173).

Quando a posição social dos insultados já está estabelecida historicamente, através de um longo processo anterior de humilhação, subordinação e dominação, o próprio termo que os nomeia enquanto grupo racial se torna – já é – um termo pejorativo que per si pode ser usado sem complementos desqualificadores. Todavia, esse processo de estigmatização requer um aprendizado que passa pelo ensino aos “inferiorizados” de sua condição de subalternidade do significado da marca de cor.

Este poder macrosocial historicamente construído de modo tenso também permite incutir, a partir de desigualdades erguidas sobre a diferença sexual e racial, “imagens controladas”, isto é, processos identitários estereotipados sobre a diferença feitos na intersecção ambígua entre raça e gênero (além de classe e sexualidade) que naturalizam a confusão entre subjetividade e objetificação (Collins, 2000, p. 77). O insulto coletivo, deste modo, é uma prática de controle que se refere a imagens públicas que parecem muitas vezes legítimas, mas que foram erguidas sobre grupos de pessoas sem a sua participação ou autorização política e histórica.

Ideologia se refere a um corpo de ideias refletindo o interesse de um grupo de pessoas. (...) Ideologias racistas e sexistas permeiam a estrutura social em um grau tal que elas passam a se tornar hegemônicas, ou seja, vistas como naturais, normais e inevitáveis e passam a ser usadas para justificar opressões e imagens estereotipadas (Collins, 2000, p. 7).

Quando estas ideologias se intersectam, constituindo opressões complexas que trabalham juntas, elas desenham uma matrix de dominação, o que confere a tais ideologias uma organização de dominação estrutural, hegemônica, disciplinar e interpessoal. Por outro lado, para Patricia Collins, um dos mecanismos de desmobilização da matrix de dominação consiste em desenvolver novas formas de compreender a experiência vivida, isto é, pensar em novos caminhos de análise por meio dos quais o saber deixa de ser privilégio de quem escreve, procurando favorecer a auto-definição e, por sua vez, possibilitar a resistência às imagens controladas negativas.

Veremos que estas notas conceituais sobre racismo se ancoram nos relatos dos entrevistados (as), mesmo que mediadas pelas definições dadas pelos próprios sujeitos sobre o que identificamos como “insultos raciais”. Para isso, registra-se que a exposição textual de cada experiência estará atrelada ao volume das falas dos alunos e das alunas. Ou seja, alguns entrevistados interagiram com as perguntas, construindo narrações extensas. Outros (as) não, os (as) quais se restringiram em responder um simples sim ou não, o que foi também muito importante, já que nos possibilitou enriquecer várias reflexões sobre o problema proposto, chamando a atenção para as particularidades que cada caso apresenta.

I. ALINE

Aline foi a primeira aluna que entrevistei, em Maio de 2006. Tinha 18 anos e quando foi entrevistada cursava o 2º ano, no turno vespertino. A partir da consulta feita ao Boletim de Ocorrências Internas da escola e das informações dadas por Aline sobre os seus colegas que teriam sido “xingados” com palavras e piadas “sobre a cor deles”, pude localizar os outros entrevistados. A entrevista formal com Aline ocorreu em um banco localizado entre o pavilhão velho e o pavilhão novo. Aline se autocalifica como “morena clara”. Ela relatou que a “xingamento” dirigido a ela ocorreu no intervalo das aulas. Ela não recordava do dia, mas disse que o fato ocorreu em 2005.

Mesmo que Aline defina a escola como muito boa, declarou que pretendia fazer universidade e, para isto, precisaria de um cursinho pré-vestibular

para tentar fazer o curso de medicina. Disse que vai a universidade quando frequenta ao Hospital Universitário Betina Ferro ou então quando vai às agências bancárias do Campus da Universidade Federal do Pará (UFPA). Às vezes, frequenta as festas dos estudantes que acontecem no espaço recreativo da universidade, mas é “de vez em quando”. Ela reside na Comunidade do Riacho Doce, ao lado do Campus e não tem nenhum parente ou amigo que “estude na universidade”. Ela disse que é muito difícil “passar” na UFPA. A entrevista formal com Aline sobre o caso de racismo vivido por ela ocorreu em Maio de 2005. Aline contou sobre a situação com detalhes precisos.

Eu tava ali né, perto da cantina e aí um menino que ele gostava de mim, aí uma colega dele, que é minha colega também, apresentou ele pra mim, daí ele chegou junto, perguntou se eu queria ficar com ele e depois eu disse né, eu falei pra ele que não dava (...). Depois ele ficou falando mal de mim pra um colega dele e eu escutei, porque eu entrei no banheiro e ele ficou lá fora falando (...). Ele disse assim: é aquela preta escrota, metida pra caralho! Aí eu fiquei com raiva e fui lá com a Dorotéia (Aline, 18 anos).

A expressão “preta escrota metida” está associada a uma recusa: Aline não quis “ficar” com um colega de escola. “Ficar” é uma gíria que denomina um relacionamento afetivo passageiro, restrito, neste caso, a beijos na boca. Aline soube das ofensas porque um amigo contou a ela, sem o conhecimento do ofensor. Neste caso, por ser mulher e recusar uma cantada, um “ficar” com seu ofensor, Aline foi ofendida de “preta escrota e metida”. A injúria racial dirigida às mulheres é acompanhada, em muitas ocasiões, de termos ofensivos sexuais. Guimarães aponta que tais injúrias sexuais tendem a igualar as mulheres negras a animais no intuito de atribuir devassidão, usando termos que atinjam a moral sexual ao mesmo tempo em que se referem também a qualidades intelectuais negativas (Guimarães, 2002, p. 174).

A decisão de ir reclamar as ofensas que sofreu com a orientadora da escola demonstra que Aline atribui a tais expressões um conteúdo interrogatório, mesmo que não explícito. Aline, mesmo que não atribua clara relevância a situação ofensiva como uma situação discriminatória, o termo por si se constitui como uma injúria racial e sexual. De fato, “ser mulher e ser negra é tornar-se mulher e negra. Apenas a mulher negra sabe da verdadeira dimensão da discriminação racial que sofre” (Gomes, 1999, p.60). Em resumo, ela sabe que foi vítima de um ato insultuoso na medida em que realiza uma reclamação sobre o fato na diretoria da escola.

2. RENATA

Conheci Renata através de Aline, quando a segunda me informou que tinha uma colega que já fora “xingada” na escola também. Renata tinha 19 anos e quando eu a entrevistei estudava no turno da tarde, no 3º ano. Ela se autot classificou como “morena”. Quando eu a entrevistei, em Junho de 2006, declarou que nunca teve professores ou professoras negras. A única professora dela que é “morena, assim meio negra” seria a professora de Literatura. Ela também morava no Riacho Doce.

Disse que “nem pensa em universidade”, pois pretende ingressar no mercado de trabalho porque a mãe dela precisa de ajuda financeira. Segundo Renata, o sonho de sua mãe é “ter uma filha na universidade”. Renata disse que quando foi à UFPA não viu ninguém do Riacho Doce estudando lá. Ela disse que na universidade “tem moreno, mas negro não tem não”. Depois perguntei sobre o caso de racismo que ela viveu na escola e ela disse que foi “preconceito” e não “racismo”. Para Renata, “racismo é mais grave”. Ela descreveu a situação ofensiva do seguinte modo:

Foi uma menina lá da sala ela não fala comigo porque ela uma vez escondeu meu caderno e daí eu fui lá com a diretora dizer pra ela, aí ela disse: tu não acha que já é bem grandinha para resolver os teus problemas! Aí, depois de um tempo as meninas “tavam” jogando baralho lá na sala porque não tinha aula né? E aí eu pedi, assim toda alegre né [risos], eu quero brincar. Aí ela disse assim essa menina que escondeu o meu caderno ela é branca, essa menina, ela disse: “sai daí sua neguinha” (...) Eu fiquei chateada só porque ela é branca, não tem nada a ver, todo mundo é igual. (Renata, 19 anos).

Para a diretora da escola, é Renata quem deve resolver esta situação, já que “é bem grandinha”. Renata deve se responsabilizar por seus “problemas” que acontecem na escola. Para Renata a ofensa recebida - “neguinha” - não pode ser aceita diante do fato de que “todo mundo é igual”. Essa ofensa é incompreensível diante do fato de que “a maioria dos alunos daqui são morenos”. O “moreno”, nessa fala, parece ser usado como um termo classificatório substitutivo de “negro” ou “preto”, ao mesmo tempo em que é uma perífrase de sentidos pejorativos atribuídos a tais termos. Estes sentidos pejorativos estão associados, a meu ver, às ofensas raciais que Renata viveu na escola.

3. MARIA

Maria se autocalificou “morena escura”. Ela tinha 18 anos e estava no 3º do ensino médio. Sempre estudou no turno da tarde, desde o ensino fundamental. A entrevista com Maria foi realizada em Setembro de 2006. Para Maria, a universidade “é muito difícil, é muito difícil de passar lá”. Maria foi duas vezes lá para fazer uma pesquisa para um trabalho da escola. Ela disse que tem uma prima que faz UEPA e sua mãe já lhe perguntou se ela vai fazer vestibular. Ela declarou que “tem que gostar muito de estudar pra fazer universidade”, ao mesmo tempo em que relatou também que a família dela “não tem condições para ajudar porque gasta muito na universidade” e ela pretendia ingressar no mercado de trabalho para ter o seu próprio dinheiro.

A expressão “tem que gostar muito pra fazer universidade” não parece se referir propriamente à necessária dedicação que se deve ter para ultrapassar obstáculos e dificuldades que ela e seus colegas, possivelmente, deverão encontrar no caminho em direção ao ensino superior. O caso de ofensa racial que para ela foi um “preconceito racial” aconteceu em 2004.

Uma vez uma colega minha me chamou de “preta encardida. Eu falei pra orientadora, pro meu pai, pra minha mãe. A minha mãe disse que vinha aqui, mas não veio. Mas a minha mãe, meus parentes, também vivem dizendo lá em casa: “de preta basta eu” [risos]. Ela disse que não é pra eu casar com negro. Eu fico falando pra ela que ela não pode ficar falando isso porque ela tem uma filha que é morena também, né? (Maria, 18 anos).

Para Maria, a expressão “preta encardida”, seria um xingamento que significa “mais um tipo de preconceito, entendeu? Porque racismo tem mais em outros países, assim na África tem, nos Estados Unidos tem racismo”. Essa distinção feita por Maria foi influenciada pelas aulas de História. Segundo o seu professor, nestes dois países existem racismo e aqui “preconceito de cor”. Incontestavelmente, o pensamento do professor de Maria está presente nas opiniões dela. Neste caso, está presente a sobreposição das ideias, valores e crenças do professor sobre as opiniões de suas alunas e alunos (Gomes, 2000, 2003). Em outras palavras, os pensamentos de Maria referentes à questão do racismo são aqueles que ela incorporou do seu professor de História e, possivelmente, de outros professores.

Há outro ponto a ser destacado neste relato: Maria encontra nas falas de sua mãe referências de um pensamento racista. A mãe de Maria “vive dizendo” que Maria deve casar com um não-negro. De “preto já basta eu” é uma expressão que Maria escuta recorrentemente nas falas de sua mãe e de membros de sua família. A preferência afetiva por brancos é recorrente entre grupos negros

e pobres. Escolher parceiros afetivos que sejam não-negros é muitas vezes um padrão de escola afetiva, sexual e marital dominante entre famílias negras. Maria declara que os comentários de sua mãe, que ela não classifica como racistas, são injustificáveis diante de um fato: ela tem uma filha que é “morena”. A substituição do termo “negro” por “moreno” está presente em sua fala.

4. ERICK

Erick foi indicado pela orientadora da escola. Erick é um estudante conhecido, pois está sempre envolvido em eventos culturais, esportivos e artísticos na instituição. Muitos alunos com quem conversei, nos três turnos letivos, conhecem Erick. Em Março de 2007, entrevistei-o em uma sala do terceiro andar, no pavilhão novo. Dentre todos/as os/as entrevistados, Erick foi o que mais falou. Estava cursando o 3º ano quando lhe entrevistei. Ele é o único dos sete alunos que se autocalifica como “negro”. Tem 20 anos e estuda na escola desde o ensino fundamental na escola, isto é, desde a 5ª série. Sempre estudou no turno da manhã e disse que era “repetente”. Declarou que diversos ensaios artísticos, reuniões, eventos e atividades escolares atrapalharam seus estudos.

Ao perguntá-lo sobre sua participação no movimento negro, respondeu que era membro de um grupo de Hip-hop evangélico denominado Comunidade Altar. Declarou-se participante do movimento negro e disse conhecer alguns membros de entidades do ativismo antirracista. Afirmou que, na escola, muitos colegas negros não se identificam como negros. Para ele, os colegas de escola “não assumem a identidade negra e todo mundo esconde a identidade”. Ressaltou a sua insistência em organizar um grêmio estudantil que “organizasse e conscientizasse” os alunos da escola:

A escola é pra estudar, mas não tem aqui nada que fale pelos alunos, pra melhorar a escola. Quando tem reunião do conselho escolar, os professores, os pais, a direção fala, mas os alunos não têm como falar pra participar no conselho e reunião de pais e alunos, os alunos não falam pra melhorar aqui. (Erick, 20 anos).

Quando lhe indaguei sobre o caso de racismo que ele vivera, relatou-me que a menina que o chamou de “macaquinho” não era sua colega de sala; porém, segundo Erick, ela nunca foi simpática com ele em razão do seu jeito “participativo, politizado e consciente”. Eles discutiam sobre a festa de encerramento letivo e, em certo momento, discordaram sobre as danças que os alunos deveriam apresentar na festa. Ele propôs uma dança de Hip-hop

e, após isto, ela lhe disse que aquilo era “dança de preto”. Ela disse que era brincadeira e ele também, mas depois ele achou que era racismo.

Eu disse que ela era racista por falar aquilo, mas depois ela disse que eu era metido a bacana e tal e que queria mandar em tudo na escola e participar das coisas na escola e mandar. Ai eu discuti com ela e depois já tava indo embora ela me chamou de “macaquinho” depois que eu saí da sala e aí eu fui falar com a orientadora para resolver isso. Ela disse que era brincadeira quando ela falou com a orientadora, mas não é isso não é? (Erick, 20 anos).

Em muitas situações, dizer que o uso do termo ofensivo é uma brincadeira consiste em demarcar um contexto no qual os termos injuriosos são usados para simbolizar uma situação oposta ao seu significado derogatório. Quando os termos são usados por grupos de pessoas muito próximas, com razoáveis laços de amizade, há sempre a possibilidade de que os “termos empregados entre os seus membros, com enorme ironia, já que estão desprovidos de significado subjetivo ofensivo, uma vez que todos sabem fazer parte da comunidade estigmatizada” (Guimarães, 2000, p.182). Quando o uso de epítetos injuriosos ocorre em situações definidas entre a intimidade da brincadeira e o distanciamento do agressor expresso pela semântica ofensiva das palavras, o ofensor recorre à brincadeira para amainar o peso ofensivo do termo. A interpretação da injúria dentro desse terreno pôs Erick diante da escolha de aceitar a situação como brincadeira ou tratar o acidente como uma ofensa, optando pelo segundo.

De acordo com a vice-diretora, a representação discente corresponde a um aluno por turno. Ela declarou que sempre há representação da manhã, mas do turno matutino e noturno, “às vezes tem, às vezes não tem”. O mesmo aluno ressaltou também que existem diferenças de faixa etária entre os alunos dos 3 (três) turnos da escola que estão vinculados ao desempenho dos mesmos. Para Erick, os alunos da manhã apresentam um melhor índice de desempenho escolar quando comparados aos alunos da tarde e da noite, estes últimos conforme as considerações do aluno, com o pior desempenho: “O pessoal da manhã tem a maior nota porque eles usam a sala de vídeo e a sala de informática e os alunos da tarde e da manhã não usam não”. Na representação do aluno, o fato de estar estudando no turno da tarde, no da manhã ou no da noite parece determinar direta ou indiretamente, um tipo de “desempenho educacional” correspondente aos alunos dos respectivos turnos.

O pessoal da manhã é mais jovem e os pais ‘colocam eles’ de manhã porque o ensino é mais ‘puxado’. De tarde, o pessoal é mais velho e é um pouco desinteressado... À noite a maioria dos alunos trabalha e tá na escola pra ‘tirar’ o ensino médio e poder trabalhar de carteira assinada. O pessoal da manhã é mais protegido pelos pais. Eles perdem muitas experiências na vida. São muito presos pelos pais; as

meninas são muito presas. Têm que estudar porque o pai diz que: “olha tem que fazer vestibular, tem que ser alguém” e tal. Na tarde e de noite não, a galera já é mais velha, é mais “maduro”, assim: mais de sair pra festa e querer logo trabalhar ganhar independência e não de fazer estudos pra vestibular, sabe? É assim. (Erick, 20 anos).

É interessante esta associação feita pelo aluno Erick entre pertencimento a um turno, nível de desempenho escolar e objetivos pós-escolares. Os alunos da manhã, os de faixa etária compreendida entre 14 e 18 anos são aqueles que, para Erick, em decorrência da vigilância e cobrança dos pais estão patos a fazer os exames vestibulares. Para Erick, aos alunos da tarde, na faixa etária de 16 até 27, cabe “terminar” o ensino médio, e tentar ingressar, da melhor maneira possível no mercado de trabalho.

Não é difícil inferir do relato desse aluno, que cada turno é percebido com sendo uma “realidade específica”, com seus próprios acontecimentos rotineiros, com situações corriqueiras e problemas educacionais particulares que se diferenciam uns dos outros. Erick ainda menciona que a maioria dos alunos do turno da manhã são “presos pelos pais”, sendo proibidos de sair para a rua nos dias de semana (dias para se estudar “dentro” de casa) e frequentar festas aos sábados e domingos. Em decorrência disso, tais alunos perdem “experiências na vida”. Por sua vez, nos turnos da tarde e da manhã, “a galera é mais velha”, “mais madura” que possui liberdade para ir a festas e desejam concluir rapidamente o ensino médio para trabalhar e ter “independência financeira”.

No processo de conquista dessa independência, não há a presença do ingresso na universidade como uma possibilidade de se obter a autonomia econômica e social. Essa independência precisa da escola na medida em que ela confere diplomas de conclusão de segundo grau que são exigidos por muitos empregadores, mas, sobretudo, se evidencia pela ânsia de poder se “sustentar”, isto é, comprar as próprias roupas, ajudar nas despesas da casa, custear os gastos feitos nas festas que acontecem no bairro.

Essa independência não corresponde ao “sair de casa”, viver longe dos pais, se autoprover materialmente. Ela se expressa muito mais na auto-provisão dentro de casa, ao lado dos pais que continuam a realizar os gastos com comida, água, luz, telefone, etc. que os filhos consomem, do que fora dela. Em outras palavras, essa “independência” está mais relacionada à maior liberdade de circulação fora de casa, com a possibilidade de frequentar festas e espaços outrora proibidos pelos pais, do que à total ou relativa ruptura com o espaço da casa ou com a própria vigilância total da mãe e do pai.

5. ROSEMEIRE

Rosemeire tem 17 e se autocalifica como “morena”. Ela estuda na escola desde o primeiro ano, sempre no turno da manhã, mas cursou todo o seu ensino fundamental em uma escola particular, beneficiada por uma bolsa de estudos. Como sua bolsa de estudos não valia para o ensino médio, Rosemeire teve que estudar nesta escola do Guamá. Ela disse que a escola é muito boa, mas um pouco desorganizada. Sobre as ofensas raciais que vivenciou, Rosemeire disse que,

Eu uma vez, eu discuti com uma menina na sala. Depois eu tava indo embora pra casa, tava ai na frente da escola e ela e um colega dela me chamaram de pretinha... Ficaram me encarnando, eu nem liguei... Ai eles ficaram me perturbando porque eles moram lá para aquele riacho [Doce] e ela ficou me atentando. Daí ela cuspiu na minha cara e eu entrei na escola e disse pra diretora e ela foi suspensa da escola uma semana. (Rosemeire, 17 anos).

Para Rosemeire, a cusparada decorreu do fato de que sua colega sentir inveja dela, porque ela tinha boas notas e seu pai ir lhe buscar de carro, às vezes. Isso, para Rosemeire, causava inveja na colega. Rosemeire Reside na Avenida José Bonifácio. Rosemeire classificou a situação como um “preconceito”, que não foi acompanhado do termo racial. Racismo para ela “é uma palavra muito forte”. Ela disse aos seus pais o que ocorreu. Eles foram à escola e reclamaram junto à direção. “Por isso é que ela foi suspensa”, relatou Rosemeire. A atuação dos pais no caso foi decisiva sobre as decisões tomadas pela direção da escola. Acredito que não foi a mais adequada para o desenlace da situação. Ações de disciplina escolar via suspensão do aluno ofensor são punitivas, e não educativas, consistindo em uma ação pouco adequada para lidar com o problema.

Além disto, estas ações punitivas acabam por escamotear os conflitos raciais, negando a existência da discriminação racial na escola como um problema recorrente (Romão 2001). Comportamentos como esses acabam por evidenciar que tal escamoteamento está atrelado a uma mentalidade educacional conservadora que orienta atitudes individuais dos profissionais que atuam na escola. Tais ações explicitam também o modo pelo qual os sujeitos da escola lidam com o racismo como indisciplina.

Nesse sentido, e expulsão da aluna além de não possibilitar um debate necessário entre os professores, corpo diretor e alunos sobre a problemática racial existente na escola, parece ser mais um acontecimento que dificulta esse processo. Vale acrescentar que para a coordenadora da escola, o motivo da suspensão da aluna ocorreu em razão da cusparada e não por causa da ofensa de “pretinha”.

6. NÚBIA

Núbia é aluna da escola desde a 8^o série. Tinha 18 anos no momento da entrevista e estava no segundo ano, no turno matutino. Ela se autoclassificou como “morena”. Núbia estudou todo o ensino fundamental em escola privada, na única escola fundamental particular do bairro, o colégio católico Madre Zarife Salles. Sua mãe é professora de português deste colégio e, como Rosemeire, Núbia tinha bolsa de estudos. Disse que sua mãe é “negra” e seu pai “claro”; ela é mais clara que sua mãe. Entrevistei-a no dia 6 de Março, depois de entrevistar Rosemeire.

Núbia disse que estuda na escola por causa do pai dela, que queria que ela estudasse na escola pública para poder “dar valor as coisas que ele dá pra mim e pra minha irmã”. Os pais de Núbia são separados e ela vive com ele. Ela e sua irmã passam finais de semana alternados com sua mãe. Núbia, como outros entrevistados, passou muito tempo falando de sua vida pessoal durante a entrevista.

Quando terminou de falar sobre sua vida e sobre a relação com seus pais, perguntei-lhe se poderia falar sobre o caso de racismo que ocorreu com ela. Ela respondeu que não foi racismo, mas uma “ofensa”. Para ela, racismo acontece mais nos Estados Unidos e aqui no Brasil é mais “coisa de ofensas e xingamentos”. Núbia declarou existir uma diferença entre os dois países, porque “nos Estados Unidos o negro é inferior ao branco e aqui [no Brasil] não, o branco xinga o negro, mas o negro xinga o branco também. É mais assim de xinga, mas não de torturar, de bater, como é nesses filmes”. Ao lhe indagar sobre a fonte dessa diferenciação entre racismo e preconceito, Núbia disse que leu isso em revistas e aula na escola. Após essa resposta, perguntei sobre a sua situação de racismo. Ela contou o seguinte:

Eu tava na brincadeira com dois colegas e uma colega lá na frente da lanchonete. Ai a brincadeira começou a ficar pesada e ele disse pra mim e pra minha colega que “preto se perde no escuro, que preto tem tinta na pele”, que preto é isso, preto é aquilo. Que “preta, se jogar pra cima e voar é urubu, se cair é merda, se correr é ladrão, se ficar no poste encostada é puta e se tiver parada é suspeito”. Ai eu disse que ele era um “veado encubado” e ela uma “puta” [risos]. O guarda levou a gente na coordenadora (Núbia, 18 anos).

Os termos ofensivos dirigidos à Núbia e à sua colega são claramente racistas e sexistas, referindo-se a aspectos animais atribuídos às pessoas negras e comportamentos ligados a práticas profissionais sexuais moralmente condenadas. Núbia tem uma cicatriz, logo acima do olho direito, resultante da agressão que sofreu do colega que a ofendeu na escola. Esta colega de escola, segundo Núbia, usou uma chave para atingi-la. Todavia, de forma similar

ao caso de Rosemeire, a aluna que a agrediu foi suspensa por uma semana e abandonou a escola (ou foi abandonada por ela?) após a suspensão. Vale explicitar que apenas Erick definiu as ofensas como racismo, de maneira que os outros entrevistados não usaram nem mesmo o termo racial para adjetivar “ofensa”, “xingamento” ou “preconceito”.

7. EWERTON

Ewerton estava cursando o 1º ano, tinha 16 anos no momento da entrevista e estava na escola desde o ensino fundamental, sempre no período da tarde. Revelou que repetiu o primeiro ano duas vezes. A entrevista ocorreu em Março de 2007. Ewerton se autotranscreveu como “negro”. Para ele, seu pai e sua mãe são “bem escuros”. Disse que era originário do Município de Cametá, onde tem parentes que seriam quilombolas.

Para Ewerton, é a cor de sua pele que faz com que ele seja “encarnado” como “petróleo” pelos colegas de sala de aula. Ele sempre estava acompanhado de uma colega de sala de aula, Karla, ao lado da qual circulava por toda a escola. Quando a entrevista ocorreu, Karla estava presente. Ele não exigiu a presença dela, mas quando marcamos a entrevista, ela estava presente. A entrevista com Ewerton foi peculiar.

Sua participação foi razoável, restando à Karla complementar algumas informações. Ela respondia, junto com ele, a algumas das perguntas lançadas. A timidez de Ewerton era reveladora de um comportamento ensimesmado e introspectivo por conta de problemas cujas respostas ainda não estão evidentes para mim. Sua timidez pareceu estar atrelada a aspectos relacionados à autoestima (Porter & Washington, 1979). Já que ser chamado de petróleo é um apelido comum na escola, é possível estipular que tal manifestação de preconceito e de discriminação racial narrada pelo próprio aluno possa ser a causa de seu comportamento tímido, ensimesmado e lacônico. Para Karla as ofensas que Ewerton vivencia e vivenciou são “burrices”. Karla é, ao lado do próprio Ewerton, segunda alguns de seus colegas, uma das melhores alunas de sua sala. Porém, Foi Ewerton quem narrou a situação com a ajuda de Karla:

A gente tava na aula de Geografia, daí a professora falou sobre quilombos e aí os meninos lá da sala ficou falando pra mim que eu era “filho de escravo”. Aí eles ficaram falando pra mim: “tu é preto, parece que não toma banho”. Depois a Karla disse que eles fazem isso porque eles são burros. Daí quando terminou a aula eles ficaram falando dela, que ela é metida a ser inteligente, aí eu fui lá com a coordenadora, eu e ela (Ewerton, 16 anos).

A alcunha “petróleo”, que o acompanha na escola, faz de Ewerton escopo de termos ofensivos definidas por seus ele como “encarnação”, práticas que estão no limite entre o xingamento, a ofensa verbal e a lúdica e despretensiosa brincadeira. A tomada de decisão em ir denunciar as ofensas partiu de Ewerton, ao lado de Karla. Ela também ganhou um apelido, o de “metida”, porque respondeu as “encarnações” de colegas de sala e apoiou Ewerton a realizar a delação junto ao corpo diretor da escola.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas o que salta aos olhos nesta caminhada pela qual fui conhecendo os participantes da pesquisa, é que, de certa maneira, percebi que o racismo vivido por eles na escola acabou por criar entre alguns laços de mútuo reconhecimento, mesmo que isto não significasse amizade no sentido estrito uns com os outros. Em outras palavras, o fato de que as duas primeiras alunas com quem conversei (Aline e Renata) terem informado que havia duas outras alunas do turno da manhã que, segundo elas, já haviam sido vítimas de “discriminação” não é uma coincidência.

Observei alguns/algumas estudantes andando juntos pela escola. Erick, por exemplo, conhecia e conversava semanalmente com quatro das alunas entrevistadas. Não se os casos de ofensas raciais foi o que aproximou estes alunos. Porém, é possível estimar que as situações vividas por cada um podem ser um elo de aproximação entre elas e eles. De todo modo, não é possível afirmar que as práticas de racismo eram um assunto de conversas na escola como um problema manifesto e explícito nas relações cotidianas entre estes estudantes. Parece que ele é um elemento presente sob uma forma latente e subentendida que pode se manifestar e ser explicitado a qualquer momento, desde as brincadeiras até os xingamentos e insultos verbais.

Ele não é um assunto considerado importante ao ponto de ser discutido no recreio ou nas conversas no interior da escola. Todavia ele está presente em várias experiências destas alunas e destes alunos dentro da escola. Em qualquer situação de conflito com outros alunos (as) ele pode ser acionado como ofensa contundente e voraz. É usado para marcar derrogações de animalidade, insultos referidos a condutas sexuais vistas como impróprias e demarcar lugares de subalternidade onde gênero e raça se inscrevem de modo ofensivo. Assim, o conflito que surge entre os envolvidos emana insultos que não foram definidos como racistas e sexistas para a maior parte dos estudantes, mas que não deixam de ser racistas e sexistas na prática e na teoria.

Chama-se a atenção para as escolhas feitas pelos estudantes que, se por um lado não lançam mão destes conceitos para identificar os termos ofensivos, podem mesmo assim nos levar a estimar que a tensão racial e de sexual está posta uma vez que os termos fazem explícitas remissões às identidades raciais e de gênero dos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- Bairros, L. (1991). *Mulher Negra: o reforço da subordinação*. São Paulo: Cadernos Cedepal, p. 60-81.
- Collins, P. H. (2000). The Politics of Feminist Thought. In: *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness and the Politics of Empowerment*. New York: Routledge, pp.03-23.
- Conrado, M. P. (2007). A Juventude negociada entre a vida adulta e a adolescência: uma abordagem sobre gênero, cor, violência e sexualidade. Belém: *Revista Humanitas*, UFPA, n.º 23, 30-44.
- Gomes, N. L. (1996). *A Mulher Negra Que Vi de Perto*. Belo Horizonte: Mazza Editora.
- _____. (2003). Educação e Diversidade Étnico-Cultural. In: *Diversidade na Educação: reflexões e experiências*. (Org) Ramos, M. N. Brasília: Secretaria de Educação Média e Tecnológica, pp. 67-77.
- _____. (2000). Educação, raça e gênero: relações imersas na alteridade. *Cadernos Pagu*. São Paulo, n. 6, pp. 67-82.
- Guimarães, A. S. (1998). *Preconceito e Discriminação: queixa de ofensas e tratamento desigual aos negros no Brasil*. Novos Toques, Salvador, pp. 17-29.
- _____. (1999). *Racismo e Antirracismo no Brasil*. São Paulo: Editora 34.
- _____. (2000). O insulto racial: as ofensas verbais registradas em queixas de discriminação. In: *Estudos Afro-Asiáticos*, n.º. 38. Rio de Janeiro: Dez/Jan. pp. 31-48.
- _____. (2002). *Classes, Raças e Democracia*. São Paulo: Editora 34, 232 p.
- Porter, J. R.; Washington, R. E. (1979). Black Identity and Self-Esteem: a Review of Studies of Black Self-Concept, 1968-1978. In: *Annual Review of Sociology*, n.º. 5, pp. 53-74.
- Romão, J. (2001). O Educador, a Educação e a Construção de uma autoestima positiva no educando negro. In: Cavalleiro, Éliane (org.). *Racismo e Antirracismo na educação: repensando a nossa escola*. Cadernos de Educação. São Paulo: Selo Negro, pp. 161-179.

3. Relações sociais e intervenção psicológica

AGRESSIVIDADE, PENSAMENTO E ACÇÃO AGRESSIVA: MODELOS DE INTERVENÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Bertão

As ligações entre a agressividade, o pensamento e a acção agressiva têm sido área de interesse e objecto de estudo de diferentes investigadores. Contudo, e embora exista mais informação disponível sobre o assunto, o índice de agressão e de violência não têm vindo a diminuir. Para este fenómeno contribuem diversos factores, nomeadamente, as características da sociedade actual.

Esta é uma época em aceleração crescente, quer em termos tecnológicos quer em termos científicos, que exige ajustamentos e adaptações sucessivas. Os avanços tecnológicos das últimas décadas têm trazido muitas vantagens e facilitado a vida das pessoas, das instituições e dos governos. Contudo, a rapidez com que acontecem e a escala a que se desenvolvem exigem adaptações e readaptações constantes dos sujeitos, algumas para além da sua capacidade de resposta, com impactos sociais evidentes. A comunicação circula a velocidade de cruzeiro, através das redes sociais, ligando pessoas de todas as partes do mundo, mas limitando as interações em presença. Se os novos canais e as novas modalidades de comunicação potenciam o acesso à (boa e má) informação e ampliam as possibilidades relacionais, a ausência de filtro em idades mais jovens ou personalidades mais imaturas, fazem destes espaços autênticas armadilhas.

Este é também um período de crise, ou melhor, de crises: económica, social, de valores, e em palco sistémico debatem-se os contextos, as formas, as estruturas. Na comunicação social multiplicam-se as notícias de negligência, maus-tratos, violações, mortes, acidentes, assaltos, burlas, aumentando os sentimentos de desconfiança e de insegurança. Vive-se um período de grandes mudanças, onde fracassam os mecanismos introjetivos para ganharem lugar de excelência os mecanismos de externalização. Em cada dia, algo de novo acontece que impede a integração da experiência anterior de forma a construir uma matriz de segurança que permita viver o quotidiano com alguma confiança e previsibilidade. Toda esta situação aumenta o risco de violência porque o quotidiano se tornou ele próprio violento.

Em épocas de crise, os sujeitos terão obrigatoriamente de se reorganizar. Os limites entre saúde e doença são mais ténues, os equilíbrios são mais instáveis, sem tempo para se consolidarem. Exige-se inovar e estrear em cada novo dia e nova situação, sendo as pessoas constantemente multidesafiadas. Neste contexto, quem responde às tarefas do quotidiano sem ficar submerso e perdido, quem gere a angústia sem ficar preso nela, quem consegue uma auto-realização e satisfação pessoal, quem consegue manter vínculos afectivos gratificantes é uma pessoa saudável, que saberá gerir adequadamente os seus impulsos agressivos.

I. AGRESSIVIDADE E AGRESSÃO

Limita-se, frequentemente, a agressividade à agressão, ou acção agressiva, e a tarefa de diferenciação é complexa, por várias razões: essencialmente, pela ligação da agressividade a outros dois conceitos que surgem muitas vezes associados, violência e delinquência; porque constituem campo de análise por parte de várias áreas do saber, com quadros conceptuais diferentes; porque a agressão é um fenómeno multideterminado que se (re)veste de formas plurais.

A agressão compreende os actos agressivos praticados pelos sujeitos, com intenção de prejudicar os outros, ou assim percebidos, e é uma das formas de manifestação de uma agressividade marcada por determinadas características que se expressa em determinadas circunstâncias e contextos. Assim, será necessário conhecer as variáveis situacionais e os sujeitos envolvidos para se aceder ao significado dos comportamentos agressivos. Frequentemente, a agressividade surge limitada a este carácter expressivo, como sinónimo de uma acção que tem um determinado objectivo e que provoca danos físicos e/ou psicológicos a outras pessoas que se interponham na concretização desse objectivo; a qualificação dos actos como agressivos ou não agressivos depende da avaliação social e dos sujeitos em relação (Bertão, 2003). É um termo abrangente, que compreende na sua dimensão comportamental, frequentemente, diversos comportamentos, desde a excitabilidade, a actividade e exploração, até comportamentos associados à violência e ao crime.

A acção agressiva é, então, multiforme, inclui modalidades e comportamentos distintos (verbal, físico, postural ou relacional). Pode ser praticada de forma directa ou indirecta, ter maior ou menor visibilidade, causar danos físicos e/ou psicológicos, recorrer a objectos/instrumentos, pode ser perpetrada individualmente ou em grupo e produzir efeitos imediatos, de curta ou de longa duração (Krahé, 2013). Deste modo, os actos agressivos não têm todos

o mesmo valor e significado, surgem nas mais diferentes idades, e não haverá ninguém que possa afirmar que nunca praticou um qualquer ato que possa ser considerado agressivo. Mas este é apenas um dos rostos da agressividade e, nesta perspectiva, estão excluídos os comportamentos marcados pela inibição e contenção da agressividade.

Segundo o modelo psicodinâmico, a agressividade está presente em todos os indivíduos, diferentemente organizada em função da idade e da personalidade, galvaniza o sujeito para a acção, umas vezes potenciando o indivíduo para o conhecimento e outras conduzindo-o no caminho da destruição. Sigmund Freud e os psicanalistas que lhe seguiram chamaram a atenção para a necessidade da sublimação das pulsões (libidinais e agressivas) de modo a que o indivíduo pudesse aceitar a ordem social e viver (adaptado e feliz) em sociedade, sob o primado do Princípio da Realidade (Bertão, 2003; Bertão, 2004), ficando, então, a pulsão agressiva, aliada da libidinal, ao serviço do desenvolvimento e da capacitação do indivíduo.

A agressividade está presente em todas as espécies animais. Konrad Lorenz, citado por Cobra (2003), referia que existem padrões comportamentais inatos, ao serviço da sobrevivência da espécie, que não dependem da aprendizagem ou de estímulos externos para se manifestarem. A agressividade é um deles. Na opinião deste etólogo, no caso do ser humano, este impulso agressivo torna-se mais destrutivo para a espécie humana por duas razões: por um lado, o homem constrói armas que constituem extensões da sua parte agressiva, ampliando a possibilidade destrutiva, e alterando “o equilíbrio natural entre o potencial mortífero e a inibição” (Cobra, 2003); por outro lado, não tem respeito pelo “gesto de submissão feito pelo perdedor” (Cobra, 2003).

É certo que a inteligência humana permite o fabrico e a utilização de recursos de elevada destrutividade, mas também permite maior controlo da acção. É na interacção com os outros indivíduos, ao longo do processo de desenvolvimento, que se podem desenvolver os mecanismos de auto-controlo que regulam o comportamento humano. Este é um processo de maturação progressiva, de auto e de hetero-conhecimento crescentes, que acontece num espaço relacional onde emoções e estruturas cognitivas se influenciam mutuamente: a presença dos outros sujeitos da relação exige partilha, divisão, recolocação num lugar próprio numa dimensão relativa ao espaço que o outro precisa de ter.

Para Lorenz o nosso crescente conhecimento de nós mesmos aumenta o nosso poder de auto-controle e assenta em bases sólidas nossa vontade. Quanto mais compreendermos as causas materiais de nossa agressão, mais aptos estaremos para tomar medidas

racionalis para controlá-la. "O auto-conhecimento é o primeiro passo para a salvação", disse.

(Cobra, 2003).

Esta proposta de auto-conhecimento referida por K. Lorenz, só tem sentido aliada ao desejo de hetero-conhecimento, uma vez que os dois movimentos não são opostos, mas acontecem em simultaneidade umas vezes e, outras vezes, em sequencialidade. São partes de um mesmo processo: o do conhecimento. Pode parecer um tanto ou quanto confuso, pois a acção de conhecer-se vira o sujeito para si próprio, num movimento centrípeto e egocêntrico, e o hetero-conhecimento vira o sujeito para fora de si, num movimento contrário. Contudo, o conhecimento do sujeito sobre si próprio fica muito limitado se ele não se escutar no discurso dos outros, e o conhecimento sobre os outros estará sempre contaminado se ele não escutar as suas representações sobre eles. Assim, é nesta dialética introjecção-projecção, olhar e escuta sobre mim-olhar e escuta sobre o outro, que se vai construindo o auto e o hetero-conhecimento.

A evolução do conhecimento dos sujeitos sobre si e sobre o mundo amplia os espaços relacionais e aprofunda e complexifica a comunicação: os objectos de amor transformam-se em sujeitos capazes de estabelecer múltiplos vínculos, as relações em presença convocam olhares do presente e do passado, na comunicação cruzam-se os conteúdos manifestos e latentes com as formas que os contêm. As relações diádicas dos primeiros tempos de vida dão lugar a interacções complexas e os sujeitos da relação ganham presença interna quando ausentes fisicamente (base da construção das imagens mentais). A partir daqui, mesmo quando sozinho, o sujeito não está mais só, e esta relação permanente, este escutar a voz do outro quando ela se transformou numa voz interior constitui a bússola que vai regulando os comportamentos, os ideais, os desejos, e vai mapeando o percurso de cada um.

O desnorte acontece muitas vezes quando a impulsividade exige acção imediata, não travada pelo processo de pensamento (escuta e reflexão), quando o ato (mental) de analisar e ponderar as consequências da acção, ou a possibilidade de se analisar (auto-crítica) está ausente. A reflexão e a possibilidade de estabelecer ligações entre premissas diversas exige, primeiro, o encontro da criança com os cuidadores que a ensinam experiencialmente a amar, e, depois, o encontro do sujeito consigo próprio. Deste encontro, resulta a capacidade de estar só que implica o encontro do sujeito com o seu mundo interior, com os objectos internos, os idealizados e os sujeitos (reais) de interacção introjetados; exige encontrar-se consigo no discurso internalizado, suportar as imagens, os acontecimentos, as marcas, o que sucedeu no seu

percurso de vida. Nem sempre esta tarefa é fácil, principalmente se este encontro é focado na crítica e negativismo, se as experiências evocadas foram vividas com culpa, cunhadas pelo erro e pelo fracasso, e reforçadas pelas vozes internas de recriminação (“és um fraco, não prestas.”). Quando tal acontece, instala-se a dor depressiva, o isolamento, a mágoa, a morte do sujeito (desejante) no discurso do outro (e, conseqüentemente, no seu) ou, numa fuga para a frente, e numa tentativa de sobrevivência, age-se o ódio e a zanga, e a agressividade vira-se para o exterior, atacando os interlocutores enquanto objectos externos qualificados como ameaçadores. Atacar para não ser atacado, gozar para não ser gozado, colocar o outro no lugar do sofrimento, da humilhação, como forma do agressor ficar a salvo de tal lugar. Neste sentido, a agressividade dirigida para o exterior é, muitas vezes, forma de protecção, de indagação e de ligação com o exterior, não se restringindo a descarga catártica da tensão interna. É, durante a infância, e na opinião de Winnicott (1995), sinal de esperança: esta tensão virada para o exterior exige reacção do ambiente e, na volta, pode trazer algum cuidado reparador. Um excerto do material clínico do processo psicoterapêutico de Flávio (Bertão, 2003) ajudará a ilustrar a busca de um lugar de protecção em caminhos marcados pela acção agressiva. Flávio frequentava o 7º ano de escolaridade na altura em que iniciou processo psicoterapêutico. Tinha, então, doze anos. Falava da sua relação com os colegas marcada essencialmente pelas provocações mútuas, pelos ataques verbais, pela vergonha e pelo gozo:

Flávio: Os meus colegas?...Oh, gozam-me...

Terapeuta: E, nessas alturas, como te sentes?, explorei.

Flávio: Nada. Fujo. Bem, se eles forem maiores do que eu. Se forem mais pequenos, bato-lhes.

(Excerto de uma sessão de psicoterapia).

A regra está implicitamente definida: bate-se nos mais pequenos e frágeis, adiando a vingança e deslocando deste modo a revolta e zanga que não se pode agir sobre os mais fortes e mais velhos, mitiga-se, assim, a dor da humilhação e da inferioridade. Parece não haver, nestas circunstâncias, escape à identificação ao agressor e, conseqüentemente, à reprodução da agressão. Curiosamente, quando questionado a propósito das possíveis conseqüências dos seus actos, Flávio desvaloriza-as, como se não fossem importantes:

Flávio: Se se aleijam? Oh... isso.... Eu quando me aleijo, não choro. Até gosto.

Terapeuta: Gostas?, insisto, a tentar perceber.

Flávio: Pois... gosto de brincar aos acidentes. Jogo com o meu irmão a andar de bicicleta e a atirarmo-nos um contra o outro, a provocar acidentes. Ou então ele ata-me a uma árvore e eu tento desamarrar-me (...) mas o que eu gosto mesmo é de ver acidentes. Os meus pais às vezes vêem e (critica) a minha mãe fica toda impressionada, mas eu gostava... ver daqueles em que vão de mota e às vezes os meus colegas contam que ficam com a cabeça partida e os miolos de fora... (...)

Flávio: Amigos? Creique, não tenho nem um (...) O problema foi ter vindo de X. (um país estrangeiro) lá tinha muitos amigos, era tudo melhor e mais limpo. (Excerto de uma sessão de psicoterapia).

Sobrepondo-se os mecanismos projetivos aos introjetivos, Flávio não pode pensar nas dores dos outros, quando precisa de (de)negar o seu próprio sofrimento; as tarefas de descentração (de si) e de reflexão sobre a consequência dos seus actos ficam impedidas pela acção impulsiva e quase mecanizada. Também fala da ausência de amigos (“Creique, não tenho nem um”) e de espaços limpos e melhores (como os que existem no País de onde veio), onde seriam possíveis relações diferentes (fruto da idealização do passado, do corpo contentor da boa mãe cuidadora).

2. AGRESSÃO E BULLYING NAS ESCOLAS

O confronto físico e verbal é prática comum nas escolas, espelhando outros contextos sociais, e, infelizmente, não só entre alunos, mas entre alunos, professores, encarregados de educação e funcionários, em múltiplas conjugações. É marca de estilos relacionais e de formas de comunicar frequentemente associados à impulsividade, à expressão do desconforto e a emoções como a zanga, por exemplo, e decorrentes de experiências de frustração. Se as agressões tendem a aumentar exponencialmente na sociedade em períodos marcados pelas crises económicas e sociais, nas escolas o fenómeno tende a ganhar igualmente maior expressão.

A partir dos finais da década de 70 do século passado, a investigação sobre o estudo das agressões entre pares, fenómeno designado pela primeira vez por Olweus de bullying (Serrate, 2014; Fernandes & Seixas, 2012; Carvalhosa 2010), ganhou espaço científico próprio. Os maus-tratos, físicos ou psicológicos, de um aluno ou grupo sobre outro ou outros alunos, sob a forma de intimidação,

insultos, agressões, ameaças, roubos, são frequentes nas escolas, provocando mal-estar, medos e inseguranças, que afectam a auto-estima, a consideração e o respeito pelo sujeito, com implicações danosas na saúde, física e mental, e no bem estar das crianças e jovens. Embora tenham aumentado os estudos nesta área, estes estão muitas vezes comprometidos pelo secretismo de que se reveste esta forma de agressão (tal como acontece, por exemplo, nas situações de violência doméstica). Quando o medo leva ao silêncio, o corpo fala através de manifestações neurofisiológicas a que é necessário estar atento: as dores de cabeça e de barriga, as alterações de sono ou de apetite, o cansaço e a febre repentina, a lentificação de movimentos à hora de ir para a escola, a alteração no desempenho escolar, a tristeza e fobias, são alguns dos sinais a que é necessário estar-se atento, mesmo quando a criança não refere o desejo de não ir para a escola. As crianças vítimas de bullying chegam muitas vezes à consulta de Psicologia desacreditadas sobre o que os adultos podem fazer para as defender, partilham no seu quotidiano os mesmos espaços que os abusadores e sentem-se sozinhas e indefesas: se contam aos pais, a um funcionário da escola, auxiliar de acção educativa, professor ou psicólogo escolar, ou até a um colega, temem a retaliação e a ausência de intervenção, tal como, numa consulta de avaliação referiu Tiago, de oito anos:

Tiago: Se conto, ainda é pior. A professora vai falar com eles e eu apanho mais.

Exploro então o que acontece quando lhe tiram o lanche, facto que acontece todas as tardes,

Tiago: Menos hoje... (...) Porque estou aqui. (diz com ar satisfeito).

Três colegas mais velhos, “da outra escola”, roubam-lhe o lanche todas as tardes, com uns encontrões à mistura. Sobre os encontrões, para não se fazer de fraco, ainda diz:

Tiago: não doem.

Há uma certa vergonha no seu discurso, como se contar a alguém o que acontece na escola fosse também confessar a impossibilidade e incapacidade de se defender, de se cuidar na ausência das figuras cuidadoras de referência.

Os pais foram sentindo, neste terceiro ano de escola, um filho diferente, mais triste e calado, menos entusiasmado com as matérias a aprender. Os resultados escolares no primeiro período baixaram relativamente ao ano anterior e os domingos no final da noite tornaram-se difíceis: Tiago arrasta o tempo de preparação das tarefas que antecedem o momento de se deitar, parece desejar, mesmo a cair de sono, que a noite de domingo não termine, e, assim, impedir que o dia seguinte nasça. Quando os pais perguntam o que se passa, não conseguem obter nenhuma resposta.

(Excertos dos relatórios da primeira consulta de avaliação com o Tiago e da consulta com os pais).

Os investigadores definem as características, modalidades e tipos de bullying de modo a identificar mais facilmente o fenómeno, mas os silêncios das vítimas (e das testemunhas, quando elas não se tornam extensão dos abusadores, ao filmarem as situações, por exemplo, e ao partilhá-las nas redes sociais) e os diferentes contornos (incluindo a forma, a regularidade e a intensidade) que as acções agressivas podem tomar, dificultam a diferenciação do bullying de outras acções agressivas, comprometendo a recolha da informação sobre a sua prevalência e incidência. Apesar disso, as estatísticas sobre o bullying nas escolas são indicadores do índice crescente de violência.

Em 2010, estimava-se que 15% dos estudantes que frequentavam a escola estivessem envolvidos em situações de bullying (Carvalhosa, 2010), e, segundo Susana Carvalhosa, vários estudos realizados nos últimos anos em Portugal sobre a problemática revelaram:

Dos alunos portugueses entre os 10 e os 18 anos, 23,5% estão envolvidos em comportamentos de bullying, 2 a 3 vezes por mês ou mais, ou seja, 1 em cada 4 alunos.

Os rapazes envolvem-se mais em comportamentos de bullying na escola, quer como bullies quer como vítimas quer com duplo envolvimento (simultaneamente bullies e vítimas).

O envolvimento em comportamentos de bullying parece ter um pico aos 13 anos, embora os mais novos (11 anos) se envolvam mais, enquanto vítimas.

Nos últimos anos, verificou-se um aumento na frequência de bullying, uma vez por semana ou mais, quer em relação a provocar os outros quer em relação a ser vítima.

(Carvalhosa, 2010, p.12)

Estes dados apontam para uma alta prevalência do fenómeno em Portugal, tal como acontece em outros países. Em 2000, Portugal estava “em 4º lugar no ranking da vitimização na escola” (Carvalhosa, 2010, p. 12), quando comparado com outros 34 países e regiões, maioritariamente europeus, incluídos num estudo sobre esta problemática. Vários são os programas de investigação e intervenção que têm vindo a desenvolver-se nas escolas de forma a estudar a problemática e responder de modo mais eficiente ao problema. Sabe-se, hoje, que a intervenção, tal como a investigação, deverá ser de âmbito pluridisciplinar (Serrate, 2014) e, envolvendo todos os atores sociais significativos para as crianças, deverá abranger os diferentes contextos de vida (família, escola, comunidade). Aspectos da educação escolar e familiar deverão ser matéria de reflexão séria para travar esta situação.

3. EDUCAÇÃO E AUTO-CONTROLO: AUTORIDADE E LIBERDADE

Na década de sessenta do século passado, Alexander Neil (Bertão, 2003), educador da escola de Summerhill, publica a obra *Liberdade sem medo* (Summerhill) que surge em defesa de uma educação centrada na criança que permite a sua expressão em liberdade, como alternativa à educação que se fazia na época demasiado centrada na disciplina e no poder do adulto sobre a criança. Embora nesta obra o autor apresente a sua perspectiva de liberdade, é desafiado anos depois a escrever um outro livro que intitula *Liberdade sem excesso* (1976) e onde dá lugar à explicitação da necessidade de se definirem os contornos desta liberdade de que fala, respondendo a muitas cartas que pais, filhos e educadores lhe dirigiram, na sequência da sua primeira obra. Ele explica, desde o início, o assunto e o propósito da obra, contando como surgiu este livro: nas palavras do autor, um dia o seu editor nos EUA falou-lhe do seu dever de escrever sobre o tema nestes termos

(...) deve fazê-lo, porque muitos pais americanos leram Summerhill e sentem-se culpados pela forma restrita com que trataram os filhos. O resultado, habitualmente, é um garoto mimado, porque bem escassa é a noção que os pais têm do que seja liberdade. Não compreendem que liberdade é dar e tomar – liberdade para os pais, tanto quanto liberdade para o filho. Tal como eu entendo, liberdade não significa que a criança pode fazer tudo quanto deseje, nem ter tudo quanto queira.

(Neil, 1975, p. 13)

As questões circulavam em torno da necessidade de se definirem e reflectirem os limites da liberdade que, se em excesso, poderia trazer tantos malefícios para o desenvolvimento da personalidade como as demasiadas restrições, e na forma como a liberdade se poderia traduzir em termos sociais e educativos. Sigmund Freud (Franco, 2004; Bertão, A., Ferreira, M. & Santos, M., 1999), já no início do século passado, alertava para os perigos de uma educação demasiado restritiva e autoritária, bem como para os riscos de uma educação excessivamente liberal. Nesta linha, e em resposta às preocupações do editor, Alexander Neil (1975, p. 14) questiona: “Como podem as crianças aprender auto-controle se jamais sofrem restrições no que desejam fazer?” e, para o autor, “autocontrolo significa a capacidade de pensar as demais pessoas” (Neil, 1975, p.14).

Curiosamente, este discurso é muito semelhante e parece contemporâneo ao de José António Marina, quase quarenta anos depois, expresso na obra,

editada pela primeira vez em 2009, A Recuperação da Autoridade, e que recoloca a questão da educação permissiva e da educação autoritária, em busca de uma outra que se situe entre as duas, numa gestão da autoridade responsável, justificada porque, nas palavras do editor,

Por um lado, a educação permissiva, exercida nos últimos tempos, fez com que os nossos filhos não aceitassem mais ordens nem orientações. Esquecemo-nos de que, para sermos felizes, teremos forçosamente de ver alguns dos nossos desejos frustrados, e que conviver com isto é próprio da condição humana. Por outro lado, a educação autoritária, que transparece na fórmula «é assim porque eu digo», mostrou-se ineficaz e contraproducente. O autor reclama assim uma autoridade responsável. É melhor obedecer por convicção do que por coacção. E é precisamente por essa via que conseguimos resolver os nossos problemas.

(Marina, 2011, contra-capá)

Discurso cimentado na teoria freudiana acerca da pedagogia, explanada por Sigmund Freud (1974) na sexta conferência incluída na obra *As Novas Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise*, escrita em 1932. Neste texto, Freud aborda a necessidade de se encontrar o ponto óptimo de intervenção do educador; uma vez que uma repressão dos instintos leva às neuroses, mas uma liberdade desmedida tem idêntico resultado, sendo essencial equilibrar, na função educativa, liberdade e obrigação (Bertão, Ferreira & Santos, 1999; Franco, 2004). Atualmente, da não escuta das crianças pela não valorização do que elas têm para dizer, chegou-se à não escuta dos adultos pelo medo do seu controlo e autoridade, no meio fica a questão da participação activa de crianças e adultos na construção de um espaço relacional marcado pela liberdade, pelo respeito e pelo amor.

A relação afetiva é uma dimensão importante da prática educativa (Bertão, Ferreira & Santos, 1999; Franco, 2004) e que expõe a personalidade da pessoa do educador tanto quanto a do aluno; ora, o acto de educar pressupõe a capacidade de gerir de forma eficaz esta relação. Contudo, a tarefa é complexa, pois educar implica, entre outras coisas: proporcionar às crianças espaços de participação, de descoberta e de aprendizagem útil para que possam desenvolver-se de forma plena; não ter medo de dizer “Não” e de funcionar como sistema de controlo externo quando as estruturas de controlo interno das crianças estão ainda em construção ou são imaturas; servir de continente transformador para a angústia e para os elementos não perceptíveis; oferecer-se como modelo identificatório; estar disponível para ser o eu-auxiliar da criança; e, sobretudo, não ter medo da relação que se vai construindo, já que, e nas palavras de Vitor Franco (2004, p. 22),

Educar significa sempre o estabelecimento de uma relação em que o professor, como pessoa, se envolve de forma completa, trazendo para a relação actual a sua história pessoal, sempre inacabada, porque não decalcada da realidade e constantemente reactivada pelas características das interacções presentes.

Educar envolve sujeitos em interacção, com uma vida psíquica e modos de encarar o mundo específicos, recebendo os impactos dos estímulos de forma particular e reagindo em função da ressonância afectiva que provocam. Os educadores deverão saber controlar as suas reacções, não agir de forma impulsiva e não responder agressivamente a cada acção agressiva das crianças, mas, adultos, mais capazes de reflectir sobre a acção, deverão conter as manifestações agressivas das crianças e, significando-as, transformá-las em força criadora. Até porque “as palavras, bem como os pensamentos, têm um papel imprescindível na elaboração da agressividade, na mentalização das emoções e na diminuição das condutas agressivas” (Bertão, 2004, p. 155). Importa, então, pensar-se no que há entre a vontade (desejo) de agredir e a acção agressiva, como se constrói este espaço que medeia o desejo e a acção, como se analisam e avaliam as situações e os comportamento e qual o papel das relações neste processo.

4. INTELIGÊNCIA SOCIAL E ESTRUTURAS DE CONTROLO¹

Neste capítulo, as ligações da acção agressiva ao pensamento irão ser reflectidas a partir do modelo estrutural que enquadra a teoria da inteligência social. Este termo, que parece sobrepor-se aos conceitos de inteligência emocional, de Goleman (1997), e de inteligência interpessoal, de Gardner (1999) foi retomado por alguns autores neo-piagetianos, principalmente por Robbie Case (Case, 1992; Case, 1991; Case, 1985). A perspectiva da inteligência social baseada no modelo de desenvolvimento das estruturas afectivas e cognitivas, desenvolvido por R. Case (1992), tem servido de enquadramento teórico a diversos estudos empíricos que relacionam as estruturas cognitivas dos sujeitos com aspectos emocionais e, especificamente, com a agressão.

Os resultados dos diversos estudos têm convergido no sentido da existência de uma estrutura social central na mente humana, construída nos primeiros meses de vida e que se vai diferenciando e complexificando durante o processo de desenvolvimento, graças às influências sócio-afectivas, educativas

¹ Este ponto segue essencialmente o capítulo 3 da obra *A Mentalização dos Afectos ou o Agir da Emoção: um contributo para o estudo da agressividade e da psicopatologia do pensamento.* (Bertão, 2003).

e culturais, situadas em determinado contexto histórico. Assim, este modelo enfatiza a importância das relações afectivas precoces no desenvolvimento dos posteriores estádios conceptuais e emocionais, oferecendo-se como um novo campo epistémico de convergência das perspectivas genéticas do desenvolvimento intelectual e das visões psicanalíticas do desenvolvimento psicoafectivo.

Para Björkqvist e Österman (2000), na linha do modelo estrutural de R. Case, a inteligência social abrange três componentes: perceptiva, cognitivo-analítica e comportamental. A capacidade de analisar os comportamentos, do sujeito e dos outros que interagem com ele, o reconhecimento dos motivos que os direccionam e as “armadilhas cognitivas” (cognitive traps) do próprio sujeito, são imprescindíveis na selecção de estratégias de acção, que conduzam o indivíduo aos objectivos desejados, e estas competências são do domínio da inteligência social. Numa situação de conflito, a opção pelo recurso a condutas mais hostis ou a formas mais pacíficas de resolução do problema está directamente ligada com o desenvolvimento da inteligência social dos indivíduos. Para estes autores, o desenvolvimento das competências sociais e verbais facilitam a expressão da agressão, nomeadamente, da agressão indirecta.

Do desenvolvimento das competências sociais e verbais depende a maior ou menor facilidade das pessoas comunicarem, argumentarem, defenderem os seus pontos de vista num ambiente empático e de respeito pela opinião do outro. Este é, no entanto, um processo complexo e longo, que assenta nas estruturas de controlo interno dos indivíduos sustentadas pelo desenvolvimento emocional e cognitivo, que decorre de forma entrelaçada. Quer dizer, os factores emocionais e os cognitivos influenciam-se mutuamente na organização de sistemas de controlo das estimulações internas e externas ao sujeito. Importa não esquecer, ainda na opinião de R. Case (1992), que as actividades epistémicas (aquelas que se ligam ao conhecimento, tais como a exploração, a resolução de problemas, a imitação e outras) acontecem num ambiente conotado afectivamente e, por isso, influenciam-se mutuamente. A influência recíproca dos sistemas emocionais e cognitivos é reconhecida na prática clínica e investigações empíricas têm vindo a pô-la em evidência. Factores das duas ordens estão presentes nas várias actividades dos indivíduos, implicados não só nos aspectos motivacionais, na escolha de estratégias para a resolução dos problemas, mas, ainda, na percepção e juízos sobre a realidade.

São três os níveis de influência dos factores cognitivos sobre o desenvolvimento emocional: 1) ao nível da capacidade dos sujeitos para expressarem as suas emoções; 2) ao nível da análise da situação a que respondem; 3) e ao nível

da natureza e do tipo de controlo interno que utilizam, para lidarem com os estados emocionais. Assim, à medida que o desenvolvimento cognitivo evolui, as respostas emocionais das crianças aos contextos reais também: as situações que despertam determinados tipos de emoções vão-se alterando e as capacidades das crianças para lhes responderem também.

Robbie Case aponta igualmente três aspectos do desenvolvimento cognitivo que podem ser influenciados pelos factores emocionais, são eles: 1) a determinação da quantidade de tempo que as crianças passam em actividade epistémica (que influencia o nível e as variações no desenvolvimento cognitivo final); 2) a orientação da actividade epistémica para direcções específicas (que influencia tanto o seu perfil de desenvolvimento cognitivo como o seu estilo cognitivo, ou ambos); 3) e a eficiência dos processos cognitivos das crianças.

Os tipos de emoções que as crianças são capazes de experienciar vão sofrendo alterações ao longo do processo de desenvolvimento, bem como a sua capacidade de as reconhecer e de as situar ligadas ao objecto (ou objetos) e aos acontecimentos que as provocam. Inicialmente difusas, as emoções do recém-nascido estão limitadas a emoções de contentamento ou de angústia, de interesse ou aversão, surgindo, só mais tarde, a raiva e o medo, e, mais tarde ainda, o ciúme, a vergonha e o orgulho. A ordem de aparecimento destes estados emocionais parece estar intimamente associada ao desenvolvimento cognitivo que, nos primeiros quatro meses de vida, é determinado pela construção das primeiras estruturas de controlo, ligadas à manutenção e modulação das respostas e dos estímulos ambientais mais adequados à satisfação das suas necessidades (ligadas à alimentação, à proximidade da face do cuidador primário, mãe ou outro, por exemplo). Estas estruturas vão sendo progressivamente diferenciadas, aumentando a coordenação das diferentes formações e integradas em estruturas de conjunto mais vastas.

Resumidamente, pode dizer-se que o bebé, nos primeiros meses de vida, vai ter de aprender a orientar-se em função dos estímulos externos, dirigindo-se, predominantemente, do ponto de vista emocional, para o seu objecto de amor, utilizando os seus tempos de vigília para o exame cuidadoso do rosto do objecto materno (ou da pessoa que desempenha as suas funções), de forma a, progressivamente, construir um modelo mais integrado da face da pessoa que lhe presta os cuidados primários. Apenas quando já está familiarizado com este rosto (feito inicialmente de imagens de objectos parciais), o bebé pode desviar a sua contemplação em direcção a uma outra paisagem.

A interiorização da face da pessoa que cuida da criança, que está disponível para acalmar a sua excitabilidade, respondendo adequadamente às suas

necessidades, fornece à criança a segurança que constitui o elemento de base para o desvio da atenção, para o alargamento territorial, para a descoberta (curiosa) e para o conhecimento, tal como outros teóricos já haviam defendido (E. Erikson, M. Klein, W. Winnicott, M. Mahler, J. Bowlby, R. Spitz, entre muitos outros) (Bertão, 2003; Gauthier, 2002).

Na atenção ao objecto e nas relações que se estabelecem com ele, a criança vai descobrindo novos estados emocionais, cada vez mais diferenciados. Esta diferenciação e alargamento das emoções faz-se também pela influência da evolução que se processa ao nível das suas capacidades cognitivas: maior capacidade de discriminar e relacionar os estímulos, de coordenar e relacionar diversas variáveis. Também os objectos relacionais vão respondendo às exigências das crianças com um determinado colorido emocional e o rosto do objecto-par das relações diádicas, disperso nas muitas imagens sensoriais no início da sua construção, vai-se progressivamente organizando numa unidade que permite reconhecê-lo e diferenciá-lo de outros que vão sendo descobertos como entidades figurativas separadas. Assim, as primeiras representações da figura materna formariam a base a partir da qual as figurações se poderiam expandir.

Estímulos demasiado intensos, bem como emoções muito fortes (por exemplo, uma forte dor gástrica ou o grito), quando prolongados no tempo, têm um efeito desorganizador no processo de desenvolvimento, porquanto deixam a criança entregue a uma sobre-estimulação que ela não está capaz de controlar, apelando para o seu repertório, ainda restrito, de respostas e para um sistema para-excitatório, de controlo interno, ainda limitado. Os riscos da estimulação excessiva podem ser tão nocivos como a estimulação deficiente (Dias Cordeiro, 2009).

Ao longo do processo de desenvolvimento, as crianças vão desenvolvendo as estruturas que lhes permitem controlar a quantidade de estimulação recebida, mantendo e articulando os estímulos que lhes dão prazer e evitando ou reduzindo a exposição àqueles que lhes provocam desprazer. As metas que a criança é capaz de alcançar ganham o poder de produzir expectativas. Ora, Case defende que as emoções básicas (raiva, medo, prazer) dependem das expectativas relativamente aos objectivos que se pretendem atingir e estão intimamente ligadas à emergência das primeiras estruturas de controlo.

5. EMOÇÕES, EXPECTATIVAS E ESTRUTURAS COGNITIVAS

A raiva é uma resposta universal a qualquer situação que impede o indivíduo de atingir uma meta desejada e que julgou possível. A intensidade da raiva é variável, podendo ser tanto maior quanto a frustração provocada pelo insucesso dos objectivos não alcançados e que foram muito desejados e esperados.

A ansiedade sentida pelos bebés, nos primeiros meses de vida, quando, por exemplo, se interrompe a alimentação, dará lugar à raiva, se já estiverem reunidas as primeiras estruturas de controlo que regulam activamente o processo de alimentação, o que permite à criança esperar que a alimentação se desenrole de uma determinada forma. Hipoteticamente, estas estruturas estão criadas a partir dos quatro meses de vida.

O prazer, como a raiva e qualquer outra resposta emocional universal, também está intimamente ligado à expectativa: o prazer será maior quando o sucesso surge, por exemplo, em tarefas que o sujeito não tinha a certeza de conseguir realizar, mas nas quais se empenhou.

A discriminação das relações que os sujeitos-objectos de interacção estabelecem com as crianças, a capacidade de observar e perceber que esses sujeitos-objectos estabelecem relações com outras pessoas e a capacidade de as relacionar, passa evidentemente por um processo evolutivo que acompanha a capacidade representativa do sujeito de relacionar diferentes elementos percebidos e de lhes atribuir um determinado valor.

Ao longo do desenvolvimento emocional, dá-se uma expansão das situações que podem despertar as emoções das crianças; alargamento este que Case (1992) localiza, também, no sistema cognitivo. Este alargamento está, com certeza, na dependência do alargamento do território de intervenção da criança, dos seus interesses, actividades e espaços relacionais.

A teoria neo-piagetiana pressupõe, então, que o desenvolvimento cognitivo das crianças influencia a construção das estruturas de controlo externo (estruturas que controlam os estímulos provenientes do mundo externo; as interacções a manter e aquelas a evitar, por exemplo) e de controlo interno (estruturas que controlam o estado do mundo interior, que incluem os mecanismos de adaptação e de defesa), apetrechando progressivamente as crianças com competências para lidarem com as suas emoções. As

primeiras estruturas de controlo são formadas no primeiro sub-estádio de desenvolvimento, variando então para níveis superiores, complexificando-se a estrutura de base já construída e permitindo ao sujeito um maior controlo das acções e (re)acções às situações.

Ao nível do controlo interno, é possível distinguirem-se quatro grandes categorias estruturais:

1. Estádio sensório-motor: a criança utilizaria um tipo de deslocamento² primitivo, a partir essencialmente do subestádio bifocal; assim, entre os oito e os doze meses, a criança poderia redireccionar o foco da atenção dirigindo-o de um objecto para outro, por exemplo, de um objecto que lhe provoca emoções contraditórias, raiva e medo, para um outro, menos ameaçador, deslocando assim a agressão de um objecto para o outro.
2. Estádio inter-relacional: a projecção é utilizada como mecanismo de controlo interno neste estágio. Este mecanismo permite à criança redireccionar a sua atenção dos sinais que lhe permitiram reconhecer e classificar uma emoção induzida por um conflito, para os sinais que lhe permitem reconhecer e etiquetar a mesma emoção em outra pessoa. Deste modo, a pessoa poderá vivenciar e lidar com a emoção, reduzindo a sua intensidade. Este mecanismo exige já uma coordenação entre a capacidade da criança de focar a própria expressão da emoção e avaliar a sua relação com um conjunto de acontecimento externos, obrigando a um deslocamento de um par relacional para outro.
3. Estádio dimensional: a racionalização é a defesa que Case associa a este estágio. A racionalização permite que a pessoa crie, mentalmente, uma motivação e uma base afectiva que justifica a sua acção, quando ele age sob a influência de um sentimento que, de certa forma, pode ser julgado socialmente inaceitável. Já no período anterior, a criança é capaz de se centrar nos seus sentimentos e de os etiquetar (categorizar), mas só neste período surge a capacidade para julgar, simultaneamente, os seus sentimentos e os motivos a eles associados, através de um conjunto de dimensões de aceitação sócio-cultural. A criança desvia, então, a atenção de uma dimensão, a partir da qual as suas motivações e sentimentos são considerados socialmente inaceitáveis, para uma outra dimensão, que os considera mais aceitáveis.
4. Estádio vectorial: uma defesa que Case associa a este estágio é a sublimação. Este mecanismo redirecciona um sentimento e respectiva tendência de acção, considerados socialmente inaceitáveis, para metas mais altas, isto é, que sejam consideradas aceitáveis, agora, recorrendo a um critério claramente abstracto. A sublimação exige a compreensão e classificação de entidades abstractas, por isso só funciona plenamente neste período.

Estes quatro estádios correspondem a quatro mecanismos (deslocamento, projecção, racionalização e sublimação) que seriam activados em situações de conflito emocional interno e controlariam as emoções, distorcendo a realidade.

2 A noção de deslocamento, apresentada por Case como um mecanismo de controlo, não se identifica ao conceito psicanalítico do mecanismo de defesa com o mesmo nome.

Mecanismos de coping, que passariam por um processo de desenvolvimento idêntico, seriam activados em situações em que um sentimento negativo é enfrentado e confrontado com um outro mais positivo, sem que a realidade seja alterada ou distorcida.

O tipo e a qualidade das emoções que as crianças experienciam, bem como as estruturas internas que possuem para lidar com os seus estados emocionais, influenciam também o desenvolvimento cognitivo, a 3 níveis: 1) Na qualidade total de tempo que as crianças gastam em actividade epistémica; 2) Na orientação da actividade epistémica para direcções específicas; 3) Na eficácia dos processos epistémicos das crianças.

Saliente-se que as primeiras actividades epistémicas necessitam de uma retribuição externa – o título do livro de Ekstein (1972) ilustra bem este fenómeno *From learning for love to love of learning* – e esta validação externa mantém-se necessária ao longo da vida, uma vez que a partir dela poderemos adequar comportamentos e fazer os reajustes necessários de modo a equilibrar expectativas, processos e resultados. Este processo abre portas ao reconhecimento exterior e ao sentimento de satisfação correspondente. Importa perceber a importância das primeiras experiências neste sentido, a grande parte da actividade social, nos primeiros meses de vida, desenvolve-se no contexto da relação com a pessoa que proporciona ao bebé os cuidados primários e que, portanto, constituirá a primeira fonte dessas retribuições. A criança desenvolve as suas actividades de exploração, por exemplo, no contexto de uma base segura proporcionada pela constância do objecto relacional. Recorde-se, por exemplo, os estudos de Spitz e de Robertson (Dias Cordeiro, 2009) acerca das sequelas cognitivas e emocionais para as crianças, quando, uma vez instalado o período da dependência, falham os cuidados e os afectos fornecidos pela(s) figura(s) de vinculação.

Quando as crianças construíram uma vinculação segura na primeira infância, e quando orientam as suas motivações e interesses para determinadas actividades onde obtêm um bom desempenho, a sua satisfação é dupla: por um lado, obtêm aprovação social e, por outro, podem experimentar nestas realizações o seu maior potencial, desenvolvendo competências específicas. A canalização do interesse para actividades específicas pode ainda depender de outros factores de índole afectiva: as crianças podem interessar-se pelas actividades que são valorizadas nos meios sócio-culturais em que estão inseridas ou podem interessar-se pelas actividades desenvolvidas por uma pessoa com quem desenvolvem relações preferenciais e que, por isso, ganha uma importância afectiva particular.

Estes factores podem influenciar não só as escolhas das actividades e a sua valorização, como também o nível e intensidade de investimento e, mesmo, os estilos cognitivos na sua abordagem.

As situações de medo, que levam ao aumento progressivo da ansiedade, afetam, por exemplo, a atividade cognitiva do sujeito. Crianças que experienciam, recorrentemente, situações geradoras de ansiedade, podem sobre-investir a actividade epistémica como forma de, através do saber, reduzir a ansiedade. Mas a exposição repetida a situações de ansiedade ligada às actividades epistémicas podem inibir ou perturbar o desenvolvimento cognitivo.

É possível que a inibição ou o aumento de investimento numa actividade, em situação de ansiedade provocada, por exemplo, pelo medo, esteja directamente relacionado com o modo como as crianças organizaram a componente agressiva da sua personalidade ligada à estruturação da competitividade: o reconhecimento de uma situação externa ameaçadora pode ser fonte de instigação para o seu enfrentamento, desafiando as crianças, ou, pelo contrário, perante a ameaça externa, elas desviam o seu investimento para outras actividades e situações onde possam conseguir maior gratificação. O recurso a estratégias de enfrentamento ou de fuga parece estar directamente ligado à auto-estima do sujeito, à sua segurança interna e capacidade de lidar com a frustração, quer dizer, situa-se ao nível do seu narcisismo e da gestão interna da energia libidinal e agressiva.

6. AUTO-ESTIMA, AGRESSIVIDADE E FORÇA SUPEREGOICA

A questão da ligação da auto-estima e da agressividade é importante, quer a nível teórico, quer a nível empírico. No entanto, os resultados dos estudos são contraditórios: uns apontam para uma correlação significativa entre a auto-estima elevada e os comportamentos agressivos, enquanto outros indicam uma relação no sentido inverso. (Bertão, 2003; Bertão, 2004).

Uma explicação possível para estes resultados é a existência provável de uma auto-confiança e de uma auto-estima meramente superficiais, que serviriam de escudo protector a uma certa insegurança interna subjacente. Empiricamente, tal insegurança reflecte-se, por exemplo, na instabilidade da auto-estima, oscilando entre a manifestação de características narcisicamente marcadas pela grandiosidade e por estruturas defensivas pouco flexíveis e uma grande insegurança de base. Salmivalli (2001) traça o perfil da auto-estima das

peças propensas ao comportamento violento e agressivo: são pessoas que fazem uma avaliação das suas competências e capacidades bastante elevada, com boa opinião acerca de si próprias, sendo até irrealisticamente favorável; a auto-estima apresentada é instável. Esta relação, auto-estima elevada e instável, aparece frequentemente ligada à expressão de sentimentos de raiva e hostilidade.

As flutuações ao nível da auto-estima são interpretadas como manifestações de vulnerabilidade e de insegurança a respeito da auto-avaliação efectuada que, sendo favorável ao indivíduo, provoca expectativas relativamente aos feedbacks externos. Estas reacções do meio afectam a avaliação que o sujeito faz de si próprio, causando flutuações nos níveis experienciados. As pessoas agressivas têm revelado um sentimento grandioso acerca de si próprias e grandes dificuldades em suportar a crítica, à qual reagem, quando ela é mais desfavorável, com sentimentos de raiva e comportamentos agressivos. A labilidade da sua auto-estima é mascarada pela superioridade, de forma a evitarem críticas externas desfavoráveis e que constituiriam verdadeiros ataques ao seu self. Vários autores levantam a questão da possível existência de um estado depressivo subjacente e a clínica infanto-juvenil tem trazido alguma evidência relativamente à existência de um fundo emocional depressivo nas crianças que apresentam um comportamento mais agido.

Quando a auto-estima elevada está bem consolidada, num self seguro, então, funciona como elemento moderador na identificação das situações a serem reconhecidas como ameaçadoras e na expressão da ira e hostilidade, pelo facto de que estas pessoas não sentem as críticas externas como ameaça à sua auto-estima (e, ao seu self), gerindo melhor os afectos mais ligados à agressividade e, conseqüentemente, influenciando o tipo de agressão escolhida. Geralmente, as pessoas com uma cognição social mais desenvolvida e melhor auto-estima são as que mais recorrem a formas de agressão verbal e indirecta (de natureza psicológica, por exemplo) (cf. Björkqvist e Österman, 2000).

A auto-estima liga-se do ponto de vista conceptual ao narcisismo e, inevitavelmente, ao Ideal do Eu e ao self narcísico, que têm funções diferentes relativamente aos mecanismos reguladores das pulsões.

O ideal do ego está predominantemente relacionado ao controle dos instintos, enquanto o self narcísico está intimamente entrelaçado com os instintos e suas tensões inexoráveis. (...) O homem é conduzido por seus ideais e empurrado por suas ambições. E, diferentemente da imago parental idealizada, que é reverenciada, admirada, procurada e imitada, o self narcísico quer ser olhado e admirado

(Kohut, 1984, p. 13-14)

O Ideal do Eu funciona como guia que condiciona a satisfação das necessidades, e estas definem as exigências de realização que o sujeito se esforça por alcançar, gratificando-o pela satisfação que experiencia ao concretizar os seus objectivos e provocando um certo sentimento de “nostalgia” (Kohut, 1984) se falha nessa realização. O self narcísico, grandioso e exibicionista, guiado pela ambição, vivenciará o insucesso pela não realização dos objectivos desejados, como uma falha no seu narcisismo.

A organização da estima pelo outro e da auto-estima dependem do movimento da libido e da forma como o ambiente interage com o sujeito, durante o processo de desenvolvimento. Um ambiente relacional pouco tolerante às manifestações agressivas normais na infância, e muito repressivo, tem implicações sérias ao nível da organização da agressividade, da gestão interna da energia, na intrincação das pulsões libidinais com as agressivas.

A formação da terceira força do aparelho psíquico, o Supereu, surge com grande importância ao nível do controle da regulação dos instintos. Inicialmente, esta função é colocada no ambiente externo, mas, progressivamente, vai sendo internalizada pela criança graças aos mecanismos de identificação. As forças repressoras externas e internas vão conduzindo o sujeito no caminho da socialização, do domínio das pulsões, mas a par, vão o amor e o ódio, ganhando terreno um ao outro, numa constante mobilidade interna em função da capacidade para tolerar a frustração e da capacidade interna para transformar as emoções básicas de raiva e de hostilidade relativamente aos objectos reconhecidos como potencialmente ameaçadores à integridade do sujeito.

A agressividade está, então, ligada ao narcisismo, ao investimento do self e às dificuldades do investimento objectal. Os estudos empíricos sobre a auto-estima revelaram uma insegurança interna que se descobre por trás de um self arrogante e grandioso, marca de falhas primárias que ocorreram durante o processo de desenvolvimento, nos primeiros anos de vida.

A libido e a agressividade fusionadas envolvem-se em eclipses múltiplas, tonalizando as emoções, matizando os afectos, proporcionando formas novas de lidar com a realidade. Este é o aspecto menos visível da agressividade, porque se prefere chamar-lhe tenacidade, vontade, desejo de possuir, mas constitui uma fonte de energia importante, que impulsiona o homem para a acção, para a luta e para o controle objectal.

A agressividade tornada livre, desligada dos objectos e da libido, é fonte permanente de tensão interna e tende para a descarga. Esta descarga faz-se

num continente externo que, deste modo, permite uma ligação do ego com a realidade externa, o que impede a sua desorganização. Uma agressividade impedida de se deslocar para o exterior, pode ser, tal como Freud o referiu, altamente nociva para o sujeito: ela é devolvida ao seu objecto primitivo, podendo aí ser bastante destrutiva. Mas uma agressividade que, dirigida para o exterior, não encontra um continente que a receba, mantém-se dispersa, difusa, sem poder reunir-se de novo e é, portanto, também ela, altamente destrutiva: poderá tornar-se numa causa de delinquência e de criminalidade, se, rapidamente, não são estabelecidas ligações com outros objectos-continentes.

O continente externo deverá ser capaz de conter os elementos agressivos que são colocados, projetivamente, no seu interior, sem se sentir aniquilado. Na primeira infância, compete à(s) pessoa(s) que desempenha(m) as funções cuidadoras, o cumprimento desta função-continente, a função alfa bioniana. A pulsão precisa de encontrar limites à sua expressão e películas que a envolvam e transformem. A mãe/sujeito cuidador que investe narcisicamente o seu bebé, que contém os seus gritos, as suas dores, as suas queixas, os seus puxões de cabelo, recebendo, interpretando e devolvendo significativamente estes elementos Beta, não-pensáveis, a mãe que sabe estar presente quando a criança necessita dela, mas conhece a importância do seu afastamento para que seja criado um espaço para a imagem, para a representação, para o simbólico, é um continente adequado às necessidades do ego ainda em formação e que não pode ainda pensar. Se esses continentes exteriores são frágeis, sentindo-se ameaçados pelos elementos agressivos que lhe são enviados, tornam-se continentes ausentes e abandonados, entregando a criança a um nível de excitabilidade descontrolada e descontroladora.

Deste modo, a passagem ao acto está directamente relacionada com a necessidade da agressividade se deslocar para o exterior do sujeito e encontrar um continente externo, quando falham os continentes internos, pela sua não funcionalidade ou pela idade precoce do sujeito. O agir está, então, relacionado com a incapacidade do self de suportar a tensão interior, pelo respeito ao princípio da realidade (Balier, 1995) e, neste sentido, da acção enquanto descarga de tensão em excesso não resulta prazer para o sujeito (Bertão 2004). O prazer descobre-se na relação que permite a compreensão e integração da actividade do sujeito, nas interacções sociais, mas também no momento do encontro moreniano, em palco psicodramático.

7. MODELOS DE INTERVENÇÃO: PSICODRAMA E SOCIODRAMA

Os espaços grupais são continentes para as emoções incontidas e difíceis de mentalizar e, por isso, são espaços relacionais transformadores e potenciadores das capacidades dos indivíduos.

O Psicodrama e o Sociodrama são métodos de intervenção em grupo e com grupos que, pelo seu poder transformador, se utilizam com objectivos terapêuticos e sócio-educativos e que permitem experimentar em cena dramáticas situações que incomodam no quotidiano, repetir o que se acha que viveu e inventar novas formas de proceder: levar a cena a última discussão do casal, o conflito com o chefe no trabalho, a discussão com o filho, o conflito escolar, ou tantas outras dinâmicas relacionais conflituais, é recriar num outro tempo e espaço a situação e permitir-se, distanciado, olhar e olhar-se de novo, possibilitando a construção de novas configurações em ensaios múltiplos, tantos quantos os necessários. Estes ensaios não são repetições miméticas, são formas alteradas que permitem traçar outros caminhos.

Este é um espaço onde a comunicação se constrói na relação com as pessoas presentes e com todas aquelas que se querem evocar, num palco real mas onde a fantasia tem lugar marcado, permitindo experimentar no cenário novas formas de fazer, voltar ao passado e olhar os acontecimentos segundo novas perspectivas, ensaiando-se novas formas de acção. As técnicas de troca de papel, solilóquio, duplo, as estátuas e as configurações simbólicas, ou até os jogos psicodramáticos, são estratégias que permitem desenvolver competências pessoais e sociais, permitindo voltar o olhar para si e para o outro, e retomar o processo de auto e hétero-conhecimento.

Estes modelos de intervenção têm sido experimentados em instituições, nomeadamente escolas, com crianças e na formação de profissionais de relação de ajuda, bem como em espaços clínicos. Cumprem-se as três fases (aquecimento, dramatização e comentários), utilizam-se os cinco instrumentos (cenário, auditório, protagonista, ego-auxiliar, director), mobilizam-se as técnicas tal como o seu criador, Jacob Levy Moreno, propôs (Abreu, 2006), e está construído o ambiente que possibilita flexibilizar-se a acção, dar palavra ao corpo e permitir a construção, em grupo, de novas formas de auto-regulação.

É o espaço onde a empatia, a capacidade de escuta, a argumentação, a comunicação não verbal, a significação de comportamentos, a negociação e o treino de papel poderão ser desenvolvidos, tornando os sujeitos mais

capazes de aceitar e respeitar os outros na sua diversidade e aceder assim a uma liberdade com responsabilidade. Este é igualmente o espaço de desenvolvimento da espontaneidade e da criatividade, tal como Moreno o referenciou (Moita & Bertão, 1998), possibilitando a conquista de um repertório de respostas aos problemas do quotidiano mais adequadas e adaptativas, porque mais ágeis, espontâneas e criativas, considerando a situação e todos os envolvidos nela.

No espaço psico ou sociodramático, passado e futuro encontram-se em tempo presente, o que permite desenredar tramas recolocando-os nas dimensões corretas dos acontecimentos. Um exemplo de uma sessão de psicodrama ilustra bem este aspeto: João e Maria são um casal jovem, bonito, casados há pouco tempo, mas com relação mais longa. Ela está longe da sua família de origem, num país estranho, muito diferente culturalmente do país onde nasceu; ele está a trabalhar para uma vida de sucesso e para provar ao pai que afinal é capaz. Ambos com um passado marcado por separações e ruturas (cada um ao seu modo) têm o mesmo sonho: constituírem uma família unida e feliz. Cada um sabe, ao seu modo também, como este sonho se conquista: a família desejada é uma, para dois modos diferentes de a conquistar.

O pedido de consulta surgiu na sequência de uma discussão com contornos mais violentos do que as anteriores. Maria sentiu-se perder o controlo, perante as agressões verbais do João, assustou-se com a zanga que sentiu, com a violência com que arremessou diversos objectos contra o marido, desejando, naquela altura magoá-lo, feri-lo, humilha-lo. Libertar-se (quase) do amor que a prende, para não ser dominada. Quando, numa das sessões de psicodrama, durante a fase de aquecimento, falam da última discussão, da fúria envergonhada dele e dos ataques violentos dela, não conseguem escutar-se no meio do ruído provocado pelas palavras acusatórias: a culpa é sempre do outro, porque disse o que não devia, porque não serenou, porque agiu agressivamente, porque deu importância a um detalhe insignificante. Cada um fechado na mágoa provocada pelo ataque do parceiro, age agressivamente a dor como forma de sobrevivência e libertação. A reacção parece sempre exagerada, da parte de cada um deles: ele, nem lembra porque começara a discutir, ela, mais pormenorizada nos relatos, querendo dissecar os detalhes, por vezes, também se emaranha quando dá conta de tão pouco conteúdo para tanta zanga. O convite para a dramatização foi claro: cada um ocupa uma das cadeiras colocadas frente a frente no palco, cada um diz ao outro porque está zangado e, rapidamente, as acusações têm início. Congelada a cena, em tempo diferente para cada um deles, a pergunta é idêntica, embora formulada de forma diferente, “quando se sentiu como agora se está a sentir?”. João lembra a mãe que lhe ralhava pela desarrumação, pela desatenção, e, no

meio de tanta preocupação, ameaçando largá-lo na confusão da casa; um dia, deixou-o entregue ao pai, abandonando a família. Sempre que a sua parceira discute elevando a voz, é a mãe que escuta e sente-se indefeso, pequenino, sem poder reagir, querendo sair dali antes de se saber abandonado e dizendo coisas de que depois se arrepende. Maria queixa-se do marido que sai com os amigos, que não telefona quando se atrasa, que diz coisas violentas e que, nestes momentos, a coloca no final da primeira década de vida, quando, parada frente à janela, esperava a visita do pai que, na maioria das vezes, falhava, até que um dia ele deixou de vir e ela deixou de esperar. É a zanga ainda por resolver contra o pai que a agita e galvaniza nas discussões provocadas pelo comportamento e palavras do marido. É a mãe abandonica que alimenta a dureza do discurso quando o João fala com a esposa e que o leva a afastar-se quando a sente zangada, sabendo que o seu comportamento aumenta exponencialmente a zanga dela. Discutem a quatro quando discutem os dois. Muito comovidos nesta sessão, ficam a conversar, não tanto sobre a forma como as relações e vivências do passado têm impacto nas discussões do presente, mas mimando-se e cuidando das fragilidades de cada um deles.

A dimensão transversal das emoções rasga o eixo da temporalidade, tece os coloridos das relações com os novos interlocutores, dificultando o exercício de uma comunicação funcional. A acção agressiva tem destas coisas: dirige-se às vezes, de forma deslocada, para quem nada fez para ser maltratado; outras vezes, sem intenção de maltratar, o interlocutor da relação sente-se violentado; e, há vezes em que sem intenção, se provoca dor na pessoa que se quer proteger. No espaço psicodramático, tal como no sociodrama, é possível cruzar-se estes eixos; no palco, o tempo, o espaço, os intervenientes na relação são os necessários e exigidos pelas narrativas dos sujeitos. As situações podem ser recriadas, revisitadas, acompanhadas com a evocação das emoções e dos pensamentos que lhes estão associados, e recolocam-se, então, no devido lugar, reorganizam-se percepções e, de forma transformada, dá-se lugar ao novo.

8. NOTAS FINAIS

A insegurança e o medo geram, muitas vezes, reacções de agressão em algumas pessoas e reacções de fuga (de contenção) em outras, umas partem para o ataque, outras ficam expectantes. O desenvolvimento das competências sociais, sentimentos de empatia e respeito pelo outro, capacidade interna de elaborar a angústia e de conter os sentimentos negativos, parecem ser algumas das variáveis que interferem nos diferentes modos de agir. As capacidades de pensar e de fantasiar facilitam os processos de gestão interna do conflito.

Brincar “às lutas” é lutar sem lutar (sem agredir), o que permite à criança aprender a lidar com esta componente da personalidade e acalma a tensão interna e a angústia a ela ligada. A capacidade de fantasiar, quando está feita a diferenciação entre o mundo da realidade e o mundo da fantasia, revela a possibilidade do controlo interno do fantasma. Brincar e sonhar, na verdade, permitem experimentar a acção em terreno controlado, permite deflectir a angústia para o exterior suportada pelo espaço do simbólico.

(Bertão, 2003, p. 493)

Importa pensarem-se os espaços educativos como espaços grupais de aprendizagens múltiplas, onde o sujeito deve ser respeitado na sua singularidade e aceite na sua diversidade, mas onde deve aprender a viver em grupo, respeitando igualmente os espaços de cada um. Assim, caso domine os seus impulsos, seja capaz de tolerar uma certa dose de desilusão, possa projectar-se no futuro e construir planos possíveis para a realização dos seus objetivos, se for capaz de reconhecer as suas capacidades e competências, dando espaço a uma certa humildade e modéstia perante conhecimentos superiores, se não temer a crítica e suportar a dor depressiva inerente às experiências desagradáveis, será com toda a certeza uma pessoa capaz de comunicar e relacionar-se de forma saudável. Poderá expor as suas ideias, analisá-las e discuti-las sem precisar de partir para a agressão e a destruição de quem pensa (e é) diferente de si.

REFERÊNCIAS

- Abreu, J.L.P. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano*. Lisboa: Climepsis.
- Balier, Claude (1995). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: P.U.F.
- Bertão, A. (2004). Violência, agressividade e indisciplina em meio escolar: Perdidos em busca de amor. *Psychologica*, 36, 149-162.

- Bertão, A. (2003). *A mentalização dos afetos ou o agir da emoção: Um contributo para o estudo da agressividade e da psicopatologia do pensamento*. Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade de Coimbra, Portugal.
- Bertão, A., Ferreira, M. & Santos, M. (orgs) (1999). *Pensar a escola sob os olhares da Psicologia*. Porto: Edições Afrontamento.
- Björkqvist, K. e Österman, K. (2000). Social intelligence. Empathy. Aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (2), 191-200.
- Blaya, C. (2008). *Violência e maus-tratos em meio escolar*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bustos, D. M. (1982). *O psicodrama. Aplicação da técnica psicodramática*. São Paulo: Summus.
- Carvalho, Susana (2010). *Prevenção da violência e do bullying em contexto escolar*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Case, Robbie (1992). *The mind's staircase*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Case, Robbie (1991). Stages in the development of the young child's first sense of self. *Developmental Review*, 11, 210-230.
- Case, Robbie (1985). *Intellectual development: Birth to adulthood*. London: Academic Press.
- Cobra, Rubem Q. (2003). *Konrad Lorenz, o teórico da agressividade e fundador da Etologia*. Web site. Acedido em 29 de agosto, 2014, www.cobra.pages.nom.br.
- Dias Cordeiro, J.C. (2009). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fernandes, L. & Seixas, S. (2012). *Plano bullying: Como apagar o bullying da escola*. Lisboa: Plátano Editora.
- Franco, V. (2004). *Os ursos de peluche do professor. Psicanálise, educação e valor transaccional dos meios educativos*. Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, S. (1974). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, 22. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gardner, H. (1999). *Inteligências múltiplas*. (6.ª edição). Barcelona: Paidós.
- Gauthier, Yvon (2002). As primeiras ligações. In Cohen-Solal & Golse (ed.) (2002). *No início da vida psíquica. O desenvolvimento na primeira infância*. 27-44. Lisboa: Instituto Piaget.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gomes-Pedro, J. (edit.) (1999). *Stress, violência na criança e no jovem*. Lisboa: Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa.
- Kohut, H. (1984). *Self e Narcisismo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Krahé, Barbara (2013). *The Social Psychology of Aggression*. London: psychology Press.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsis.
- Marina, José António (2011). *A Recuperação da Autoridade*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Michaux, L. (1995). *Os jovens e a autoridade*. Braga: Europa-América.
- Moita, G. & Bertão, A (1998). Uma Experiência Educativa Rumo à Espontaneidade. *Psicodrama*, 5, 107-118.

- Moreno, J. L. (n.d.). *Psicodrama*. São paulo: Cultrix.
- Neill, Alexander S. (1976). *Liberdade sem Excesso*. São Paulo: Ibrasa.
- Salmivalli, C. (2001). Feeling good about oneself, being bad to others? Remarks on self-esteem, hostility and aggressive behavior. In *Aggression and Violent Behavior*, 6, 375-393.
- Sani, A. & Caridade, S. (coord.) (2013). *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção*. Coimbra: Almedina.
- Serrate, Rosa (2014). *Lidar com o bullying na escola. Guia para entender, prevenir e intervir no fenómeno da violência entre pares*. Lisboa: Bookout.
- Winnicott, D.W. (1995). *Privação e delinquência*. Lisboa: Martins Fontes.

DESAFIOS DOS NOVOS CONTEXTOS SOCIAIS À PSICOLOGIA CLÍNICA E À PSICOTERAPIA

Vítor Franco

A Psicoterapia, ao longo da sua história, tem transformado, diversificado e adequado os seus modelos e técnicas, numa procura permanente de respostas mais adequadas às questões do sofrimento e do desenvolvimento humanos.

Umhas vezes a partir de dentro do campo psicodinâmico de compreensão do funcionamento mental, outras a partir do contexto social, científico e cultural, surgem desafios permanentes á intervenção clínica de orientação psicanalítica.

Procuraremos orientar a nossa reflexão em torno da identificação de alguns destes desafios. Os que vêm, preponderantemente, de dentro do próprio domínio de desenvolvimento do pensamento psicodinâmico traduzem o progresso que resulta da experiência, da investigação e do questionamento permanente dos últimos cem anos, quer dos psicoterapeutas e psicanalistas quer dos que se têm dedicado a outros domínios igualmente produtivos para a progressão do pensamento e inovação da metodologia. Novos desafios de respostas mais adequadas e compreensiva a novos e velhos problemas do funcionamento e sofrimento mental.

Outros desses desafios resultam directamente ou são suscitados pelas rápidas mudanças e transformações sociais e culturais da nossa época. A organização social e política do mundo de hoje sublinha novas formas de vivência social e de cidadania. Problemas novos que resultam do estar com o Outro. As condições da vida moderna exigem mudanças ao nível dos contextos de saúde, nomeadamente da saúde mental, da educação e das respostas sociais. É disso exemplo o peso dos quadros depressivos nos sistemas de saúde, considerado pela OMS um dos maiores problemas de saúde pública dos nossos dias na Europa (OMS, 2001). Certamente que tal não é indiferente ao modo como vivemos, quer nesse modo de viver sublinhemos mais os isolamento, a competitividade ou a falta de sentido.

Também temos novas formas de relação interpessoal, familiar ou grupal. Novos lugares de encontro quer nos espaços reais quer nos espaços virtuais, que colocam exigências á estabilidade do mundo interno.

Agruparia estes desafios em 7 grandes categorias:

1. desafios da subjectividade,
2. desafios da linguagem e da comunicação,
3. desafios da relação,
4. desafios da prática terapêutica alargada,
5. desafios da investigação,
6. desafios da formação e certificação e
7. desafios da transdisciplinaridade.

Apesar do tema geral deste fórum ser “novos desafios”, fiz questão de escolher como título “Novos e velhos desafios á psicologia clínica e psicoterapia dinâmica” Poderão questionar qual o interesse dos velhos desafios, face a toda a complexidade da modernidade, da sociedade actual e das novas formas e contextos de relação. No entanto, não saberia com adequado rigor diferenciar claramente uns dos outros.

Creio que muitos desses novos desafios não são inteiramente novos. Muitos deles estão presentes desde Freud, ás vezes de forma apenas esboçada, outras vezes de modo já esquecido.

Por outro lado, também algumas formas de responder aos desafios novos têm as suas raízes no que muitos autores, ao longo de um século foram acrescentando ao conhecimento e á reflexão.

É fácil hoje considerarmos a actualidade de um texto pelo seu ano de edição. Frequentemente na Universidade ouço dizer: citações de obras com mais de 5 anos não são relevantes. Isso é sem dúvida uma medida da pequenez da investigação académica. Obras com 100 anos (e mais, sem dúvida) são ainda hoje estruturantes do nosso pensamento. Mais do que isso, encontramos frequentemente nelas os germens de respostas e soluções para questões que julgamos novidade.

Daí a minha dificuldade em separar os desafios novos, dos antigos e dos de sempre. Todos eles são novos porque se actualizam num espaço e num tempo que é hoje e porque nos fazem interrogar sobre a sua validade.

Também não entendo estes desafios como algo nefasto e perturbador para o trabalho psicoterapêutico, mesmo que configurem algum tipo de crise, divergência ou conflito. Sempre a psicanálise esteve na primeira linha da aceitação da crise como factor de acesso a uma novo nível de funcionamento, e do conflito como intrínseco ao dinamismo dos sistemas. Por isso, se os novos desafios se traduzirem em crise, esse será o factor de rejuvenescimento

permanente do pensamento psicanalítico. Por oposição a uma situação de mera manutenção, repetição ou transmissão acrítica. Tal forma de ausência de crise tornar-nos-ia, de facto, mais em ideólogos do que em cientistas. Poderia ser sedutora pela ilusão de que a psicanálise passaria a constituir um quadro de síntese de uma forma de compreender o mundo e o processo terapêutico, mas a psicanálise (e a terapia de orientação psicanalítica) é análise e não síntese, e a crise induzida pela conflitualidade resultante do confronto com as novas realidades será a condição necessária ao próprio desenvolvimento da clínica de orientação psicodinâmica.

I. OS DESAFIOS DA SUBJECTIVIDADE

Apesar do peso do sofrimento depressivo que parece afectar uma percentagem significativa do mundo ocidental, muitas das nossas práticas sociais fazem-se, hoje em dia, sobre a negação da subjectividade, do sofrimento e da dor mental. Como se a vida não fosse compatível com a dor, o sofrimento ou o conflito.

Se alguém está triste, em situação crítica ou em sofrimento, de imediato se recomendam remédios e tratamentos. Como se tudo isso fosse negativo e passível de ser removido da condição humana. Mais até, o uso de métodos ou medicamentos preventivos ultrapassaria o valor intrínseco da prevenção para ter o valor securizante da negação e do evitamento.

O psicólogo, enquanto psicoterapeuta, é frequentemente jogado neste processo de negação, sendo-lhe atribuída a mesma responsabilidade de erradicar ou evitar o sofrimento e a dor, através de técnicas preferencialmente indolores, objectivas e pragmáticas. Criando-se assim a representação social de alguém que evita a dor mental. No entanto, a Psicologia assenta sobre a inevitabilidade da existência da dor mental e do conflito interno.

Os nossos dias estão impregnados de inquietação, insegurança e incerteza, e o humano constitui-se na organização dos afectos, sentimentos e pensamentos que permitem lidar com elas. Uma perspectiva psicodinâmica é, logo, chamada a afirmar o lugar da interioridade, do mundo interno e da inevitável conflitualidade entre as entidades ou dimensões que o constituem.

Outras ilusões que vão no mesmo sentido assentam sobre a recuperação do determinismo biológico e genético. Começa a pensar-se que, quando conhecermos todos os genes, teremos pré-tipificado o comportamento futuro e assim

saberemos prevenir as doenças, os comportamentos indesejáveis e o sofrimento. Como se os genes pudessem conter e explicar a nossas próprias decisões.

Todas as semanas são anunciadas, nos órgãos de comunicação social, novas descobertas e pseudo-descobertas nesse esforço mundial de decifração do genoma humano. E cada uma delas pode associar a si uma promessa ilusória de controle e objectividade, uma vez que todo o mal estar deixaria de ter uma razão subjectiva e pessoal para ter uma explicação factual e palpável, logo (esse o passo sempre prometido a seguir) curável.

Esta mesma procura de determinismo biológico ramifica-se numa outra via: a da objectivação á custa de rótulos e diagnósticos pseudo-neurológicos. Muitos rótulos (como disléxico ou hiperactivo, por exemplo) tendem a ser formas de dar título ao que até aí era apenas descritivo (criança com dificuldade em estar quieto, sossegado, atento e participativo). Mas, supostamente subjacente ao novo rótulo está uma explicação (de tipo biológico ou neurológico). Deste modo, grande parte dos comportamentos e problemáticas, multifactoriais, passam a ser doenças e, de imediato, a ser entendidas como tendo etiologias orgânicas e, logo, pré-determinadas.

O progresso das neurociências neste início de século é certamente um desafio enorme á investigação psicanalítica. Não podemos esquecer que o próprio Freud tinha na neurologia o seu campo de interesse principal e a sua perspectiva sempre foi imbuída de uma dimensão biológica tantas vezes atacada. Assim, os progressos da tecnologia de visualização e avaliação das estruturas e funcionamento cerebral trouxeram possibilidades de hoje se conhecer incomensuravelmente mais sobre a dimensão neurológica. Mas há uma psicologia da subjectividade do humano na sua complexidade, na complexidade das suas representações, cognições e afectos. O verdadeiro desafio das neurociências é de outro tipo: da compreensão do conhecimento do biológico na multidimensionalidade das suas articulações.

Como escreve Berlinck (Berlinck, 2000: 329) “A ciência em geral, e mais especificamente a psiquiatria biológica, talvez seja a mais promissora e potente ideologia contemporânea a respeito de um retorno ao Éden perdido. Segundo essa concepção, o excesso, o sofrimento, o “pathos”, a dor humana são geneticamente herdados com o que, certamente, Freud está de acordo. Ora se, graças á engenharia genética, o homem conseguisse extirpar o gene da angústia, uma outra humanidade surgiria. Resta saber, entretanto, se sem angústia o ser humano não perderia a sua capacidade de defesa perante o perigo externo. Se assim fosse, morreríamos todos como carneirinhos: sem esboçar qualquer defesa, inocentes e felizes, sem qualquer angústia” .

O risco, para o psicólogo, face à dessubjectivização, é tornar-se numa espécie de normalizador social: aquele que resolve e elimina os resultados disfuncionais da nossa acção. Nos anos 70 os psicólogos foram vistos com desconfiança e acusados de psicomanipladores: pelas suas práticas avaliativas, participação nas decisões das empresas e processos de selecção e na manipulação (guerra psicológica) e condicionamento.

Hoje muitas dessas temáticas voltaram como saber fundamentado numa biologia determinista muitas vezes apenas desejada.

Tudo isto assenta sobre a negação do mundo interno. Sobre negação de que há objetos internos que marcam o nosso sofrer, prazer, desejar, suportar as frustrações e viver as alegrias. E a dor mental de podermos perder e de estarmos sós perante nós próprios.

O primeiro desafio é, assim, o de entendermos as pessoas no seu desenvolvimento, na construção e vivência da sua inevitável subjectividade.

As crianças e a psicopatologia infantil são um sintoma desta conflitualidade que não podemos contornar. Quando se tenta erradicar a subjectividade do mundo adulto as crianças resistem. Elas dão-nos sinais, sintomas, do seu mal estar. A criança sofre, enquanto nós, adultos, preferimos pensar que fazemos tudo bem, quando fazemos o melhor que pudemos. E, de novo, a tendência reducionista e normalizadora: o psicólogo tem de (rapidamente) tratar. Essa é quase sempre a expectativa de pais e professores quando nos trazem as crianças para consulta ou terapia, como quem diz: ponha-o bem e funcional, para que tudo possa prosseguir normalmente e, depois, possamos ser bons pais ou professores,

A hiperactividade é também um bom exemplo deste domínio. Antes de nos interrogarmos sobre a nossa insuficiência educativa e relacional, queremos tratar, medicando, curando. Mas as crianças sofrem e mostram, de múltiplas formas, o seu sofrimento. Quando investigamos sobre o desenvolvimento infantil e as de perturbações do desenvolvimento, temos de admitir que as crianças vivem estas conflitualidades e as expressam de múltiplas formas.

2. DESAFIO DA LINGUAGEM E DA COMUNICAÇÃO

À medida que fui tomando contacto com a obra de Winnicott uma coisa me espantou sobremaneira: a sua forma de escrever e de falar sobre o desenvolvimento e a clínica.

Os seus livros, para o público mais vasto e leigo, nomeadamente os que resultaram dos seus programas de rádio, na BBC, são de uma leitura acessível, agradável, de fácil compreensão. Mas, mais do que isso, as suas implicações são facilmente entendidas, o que permite que o seu pensamento possa ser mais amplamente discutido e ter impacto nas práticas educativas e nos modos de relação dos pais com as crianças.

No entanto, não se pense que Winnicott foi um autor mais prolixo e simplista do que profundo, ou apenas um divulgador de saberes psicanalíticos. Longe disso; alguns dos seus escritos são de grande complexidade teórica e difíceis de entender a menos que se tenha uma boa informação e reflexão prévias. Por outro lado, são incontornáveis os seus contributos teóricos para a compreensão da psicoterapia de crianças e adolescentes e do desenvolvimento infantil, e a sua posição de terceira via, entre M. Klein e Anna Freud, não é nem uma terceira via de neutralidade nem de conciliação, mas de afirmação de possibilidades de pensamento autónomo, crítico e divergente. Concordemos ou não com a sua posição em particular fica afirmado o lugar para a diversidade e divergência de pensamento.

Temos assim em Winnicott um bom exemplo da uma linguagem para se comunicar e ser entendida. Que desafia o discurso psicodinâmico. Podíamos talvez usar um outro bom exemplo: o próprio Freud. Claro que podemos sempre pensar que, no momento em que escreveu os seus textos a possibilidade de eles serem entendidos era consideravelmente mais reduzida que hoje, em que entraram na linguagem corrente tantos dos seus contributos e conceitos (recalcamento, inconsciente, ego, sublimação, etc, etc.). No entanto encontramos na generalidade dos seus escritos, a preocupação, que poderíamos chamar de pedagógica, e que referimos em Winnicott, de o próprio texto se explicar e se articular com o pensamento do leitor. Numa linguagem, simples, por vezes coloquial, ou melhor, dialogada (veja-se a “análise leiga” em que escreve como se estivesse presente perante um juiz apresentando os seus argumentos e contra-argumentos (Freud, 1925) e sempre seguindo um fio condutor que permite ao leitor seguir o seu próprio pensamento. Sem ser simplista nem, muito menos, linear.

Em Portugal temos tido alguns (forçosamente poucos) investigadores com esta preocupação. Para não correr o risco de ser injusto ou parcial na escolha dos exemplos, sublinharia apenas João dos Santos que dedicou muitos dos seus escritos a esta intenção pedagógica (e porque não, chamar-lhe também terapêutica) de tentar uma linguagem menos hermética de modo a permitir que a compreensão psicanalítica fecundasse o pensamento e a acção dos pais, educadores, professores e tantos outros que se preocupam com o desenvolvimento humano.

Daria como exemplo, de que gosto bastante, o seu texto sobre o complexo de Édipo publicado no livro “Eu agora quero-me ir embora” (Santos & Monteiro, 1990) que, tal como com Winnicott, foi resultado de um programa de rádio. O trabalho pedagógico é ali excelente porque, não negando a originalidade e a profundidade psicológica do conceito central de Freud, nem sequer o valor simbólico da designação tomada da mitologia grega, João dos Santos faz como que uma tradução (sempre traição, claro, como todas) para mostrar como a triangulação está presente na relação da criança com os pais em momento concretos do seu processo desenvolvimental, como está presente na problemática psicopatológica e, ainda, na relação terapêutica.

Este, creio ser um desafio à psicoterapia psicodinâmica: produzir conhecimento cujo valor pedagógico e terapêutico passa pela acessibilidade ao público leigo (mesmo ao semi-formado, digamos os psicólogos em geral).

O hermetismo conceptual encerra perigos e riscos de vacuidade quando toma a forma de discurso comunicativo dominante, pela possibilidade acrescida de fomentar a identificação adesiva ou de superfície. Todos sabemos como os alunos, nos seus exames escritos, sempre conseguem alguns pontos positivos quando, mesmo não dominando os conceitos, escrevem as palavras certas e as organizam numa sequência credível, ainda que banal e desprovida de sentido, ou pelo menos de profundidade. Trata-se de uma aprendizagem por imitação adesiva. Esse é, sem dúvida, um sinal de alerta na utilização da linguagem psicanalítica. Há algum tempo num júri de doutoramento, um candidato discorria (perorava) usando e abusando do jargão psicanalítico; fazendo e refazendo interligações entre conceitos e autores, de forma prolixa mas frágil e duvidosa. Para meu alívio (porque nestas situações a ignorância pode estar mesmo do nosso lado) o membro do júri que se sentava ao meu lado e cujo valor como psicanalista, académico e investigador é inquestionável, cochichou ao meu ouvido “ Eu que sou psicanalista, ainda não entendi nada...”

Talvez possamos encontrar três permanentes formulações, ou reformulações do discurso científico, que não podemos isolar:

- A reformulação pela vertente da estética: é sabido como as comunicações nos seminários e congressos clínicos sempre apresentam títulos mais bonitos, menos descritivos e mais poéticos, e como ao discurso psicanalítico se procura imprimir uma qualidade estética que diria doce.
- A reformulação pelo lado do simbólico: quer a partir de parábolas, ilustrações ou, sobretudo, metáforas. Esta abordagem do discurso clínico permite dizer o difícil, ou até o indizível, criando espaço para novos constructos ou novas conotações.
- A reformulação no sentido da clarificação: evitando o dizer em círculo, que nada acrescenta, antes possibilitando o contacto dos nossos conceitos com os de outras perspectivas (mesmo dentro das diferentes escolas psicanalíticas) de outras abordagens científicas (de ramos de saber limítrofes), ou das teorias implícitas que cada um usa para entender o mundo.

3. OS DESAFIOS DA RELAÇÃO ENQUANTO FACTOR DE MUDANÇA

As formulações de Freud sobre a vida mental e a sua abordagem terapêutica trouxeram uma proposta radicalmente nova. A sua metapsicologia propôs uma nova leitura do funcionamento mental e o seu novo método, pondo definitivamente de lado as práticas terapêuticas de que partiu, foi-se definindo nas suas características fundamentais, essencialmente centradas no mundo interno do sujeito.

A primeira geração de analistas “aplicava o seu método a toda a forma de condição psicológica e doença mental, aprendendo, durante o processo (...), quais eram as fronteiras legítimas, do ponto de vista da efectividade terapêutica, da psicanálise como forma de tratamento” (Stone, 2005:40).

Algumas dos limites que o próprio Freud colocava no seu método foram assim sendo testadas e ultrapassadas, e a formação de diferentes escolas e tendências “foi consequência de diversos factores: o reconhecimento de que nem todas as condições mentais eram sensíveis á psicanálise na forma como ela foi primeiro desenvolvida; as diferentes personalidades dos profissionais” (idem:32).

Assim, a prática terapêutica foi-se diversificando e alargando, da psicanálise ás diferentes formas de psicoterapia psicanalítica. Todas empenhadas em conhecer e respeitar os limites da sua eficácia e do seu valor.

Por outro lado, foi-se assistindo a uma diversificação de outras formas de terapia, muitas delas dificilmente enquadráveis no grande grupo que Freud designava de terapias sugestivas.

Mais recentemente, a investigação tem mostrado que há diferentes tipos de intervenção terapêutica que podem ser efectivos e obter bons resultados. Tem igualmente mostrado que alguns pacientes apresentam características pessoais, dimensões cognitivas e outros aspectos específicos que os parecem tornar mais sensíveis a um determinado tipo de processo terapêutico.

Sendo assim, está em aberto um lugar para pensar (ou repensar) quais os elementos terapêuticos num processo de mudança: o que promove efectiva e significativa mudança na vida dos indivíduos.

Diferentes estudos (Cooper, 1992) têm mostrado, por uma lado, que há elementos de mudança básicos comuns a diferentes abordagens teóricas e, por outro, que os principais agentes de mudança operam inadvertidamente. Tais elementos, parecem apontar quase sempre para a qualidade e natureza da relação. A questão da relação, de certa forma, é ainda uma questão nova na perspectiva da mudança. Não a relação apenas enquanto dimensão prévia ao processo de mudança (processo terapêutico) já que estabelecimento de relação é muitas vezes entendido em psicoterapia como o trabalho sobre uma espécie de questão prévia, quando possivelmente ela é questão central.

Assim sendo, resulta daí um grande número de questões e desafios.

Alguns terão a ver com as características desse processo relacional no âmbito terapêutico. Os efeitos terapêuticos das experiencias e as possibilidades de resignificação Levantam-se, neste âmbito, desafios sobre as características da interacção, do envolvimento, da empatia, da neutralidade, da transferência, e da relação terapêutica não enquanto técnica mas relação reformuladoras das relações humanas.

Um segundo grupo de desafios decorre da possibilidade de as novas relações terem um efeito terapêutico mesmo quando se estabelecem fora do contexto clínico. Daqui decorrem duas linhas de implicação: a da intervenção clínica para além do espaço terapêutico (que no trabalho com crianças tem mostrado ser imprescindível) (Bertão & Franco, 2000) e a da atenção dada às relações humanas numa perspectiva mais contextual, ou ecológica, mantendo a compreensão psicodinâmica.

Os desafios da relação também se nos colocam ao nível da abordagem psicopatológica.

Hoje tornou-se preponderante uma psicopatologia geral, ou seja, o discurso a respeito das doenças, muito assimilada à psicopatologia descritiva e estatística.

O DSM tornou-se elemento de referência primordial. O desafio que se coloca hoje é o de mantermos o que também é designado por uma psicopatologia fundamental, ou seja, uma psicopatologia que “ está interessada em suscitar uma experiência que seja compartilhada pelo sujeito” (Berlinck, 2000:24) que “ se dispõe a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do “pathos” que é somático e que vem de longe e de fora :23) ..” Esta “ Psicopatologia fundamental é um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência” (discursos objecto de transferência) (:23).

Por último, a relação coloca também o desafio de incorporação de formas relacionais diferenciadas (mais activas ou mais expressivas) na relação terapêutica, pelo menos nalgumas populações. Caso das crianças ou dos adolescentes em que, do mesmo modo que Klein fez a introdução o jogo, é possível encontrar hoje contributos válidos de actividades comunicativas ou expressivas.

4. OS DESAFIO DA PRÁTICA TERAPÊUTICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

Freud numa carta ao seu amigo fiel Oskar Pfister, em 1909, diz a certa altura que a Psicanálise “encontra as suas melhores condições justamente onde dela não se necessita” (E. Freud & Meng, 1998:23). Estava bem certo que a possibilidade de utilização da sua técnica terapêutica nos limites estritos do seu método teria sempre um impacto reduzido face às enormes necessidades que o mal estar pessoal e civilizacional exigiam (Freud, 1913b; 1930). Ou fosse pela inadequação do seu método terapêutico a alguns tipos de personalidade ou situações, ou pela sua limitação prática enquanto método para acorrer a um grande número de casos.

Daí que, ainda na sua correspondência com Pfister, ele afirme depositar grandes esperanças na utilidade do novo caminho que a sua filha Anna começava a desbravar, e que Pfister partilhou, o da aplicação do conhecimento psicanalítico á educação.

Desde os anos entusiastas da difusão das descobertas de Freud e da psicanálise na Europa e na América até á década de 70, o saber psicanalítico foi penetrando em cada vez maior número de instituições, serviços e prática profissionais. No entanto, o valor da perspectiva psicodinâmica não se esgota no setting clássico da situação analítico.

O mesmo tipo de desafio ainda se coloca hoje: o da utilização de saberes psicanalíticos ao serviço do desenvolvimento dos indivíduos, dos grupos e da comunidade.

No nosso país, então, é mais do que claro que, pelos constrangimentos economicistas tanto de entrada de terapeutas nos serviços públicos como na pressão para não utilizarem formas de tratamento e intervenção longas, o problema se coloca sempre no remeter para a periferia dos sistemas educativos, sociais ou de saúde as intervenções terapêuticas, ou clínicas, de orientação psicodinâmica. É o mesmo problema, já identificado por Freud, da resposta quantitativamente pequena face às necessidades.

Mas os psicólogos clínicos e os psicoterapeutas de orientação psicodinâmica são hoje desafiados a intervir numa multiplicidade de contextos. O contexto do psicólogo clínico não é o do consultório privado. O setting clínico é diverso e apropriado às múltiplas abordagens e contextos, e cada um deles representa um desafio metodológico, conceptual, técnico e prático.

Começando pelo domínio do desenvolvimento infantil, o psicólogo de orientação psicanalítica tem hoje um papel importante em muitos e diversificados sectores: no acompanhamento da gravidez e preparação para o nascimento, nos serviços de obstetrícia e saúde materna, nos serviços de infertilidade e reprodução assistida, nos serviços de neonatologia e pediatria. A existência de uma Psicologia pediátrica como campo autónomo não pode retirar a importância da leitura dinâmica do desenvolvimento nem do interesse de profissionais com uma prática psicodinâmica bem informada. Pelo contrário. Os trabalhos de Brazelton (datas...) hoje tão valorizados e divulgados, estão sintonizados (a partir da sua co-autoria com Crammer (ref.)) com uma perspectiva psicodinâmica do desenvolvimento dos bebés, das mães e da família. O mesmo se passa com os contributos de Daniel Stern (ref.).

Este é então um domínio que coloca desafios. Já temos encontrado serviços que não aceitam psicólogos, ou mesmo estagiários, que tenham uma orientação psicodinâmica porquanto a sua representação, ou experiencia, é que estes apenas conseguem trabalhar com sessões de 50 minutos, semanais, na estabilidade de um consultório com condições próprias e exigentes, e ao longo de muito tempo. O que por vezes será verdade, mas não abona em favor da formação de tais psicólogos nem do valor e potencial da perspectiva psicodinâmica para responder á necessidades dos que dela mais precisam.

Temos até encontrado serviços em que definem, logo á partida, que a orientação possível ou boa para determinada situação é a cognitivo-comportamental (ou

outra) numa atitude defensiva e de protecção em relação às tais regras do psicólogo psicodinâmico.

O domínio da criança em risco ou com perturbações do desenvolvimento é outra que atrai hoje grande interesse público, muitos técnicos, e coloca desafios a uma intervenção clínica psicodinâmica. Começando pela Intervenção Precoce: um dos pilares teóricos construiu-se, sem dúvida, a partir da afirmação fundamental de Freud, que viu na infância um processo determinante na compreensão no adulto. No entanto, abrindo os manuais e textos que em Portugal têm sido produzidos, esse contributo é, quase sempre, ignorado.

A compreensão dos processos de vinculação e de relação precoce é igualmente indissociável da perspectiva psicanalítica. Quer pela própria formação básica de Bowlby, quer pelo quadro conceptual para a própria mudança relativa aos processos e perturbações vinculativas. É muito interessante como por vezes, técnicos ou terapeutas se apropriam de um saber dinâmico esvaziando os indivíduos de seu mundo interno.

O trabalho com crianças e famílias em risco social é outro domínio que coloca desafios, teóricos e práticos.

As crianças com perturbações do desenvolvimento e com deficiência, em que os domínios da saúde e os domínios simbólicos do corpo e da vivência emocional não podem ser descurados, sob pena de continuarmos a colocar de fora das respostas psicoterapêuticas aqueles de delas mais necessitam.

Não é hoje a intervenção clínica, como toda a psicologia, também sistémica, cognitiva e contextual ?

Mais uma vez o modelo Harris-Meltzer (Harris & Meltzer, 1990) me parece uma boa referência para enquadramento e compreensão dos processos implicados nas situações de risco e de deficiência (Sousa, 2000).

Passando da infância para as idades subsequentes podemos dizer o mesmo :

- que contributos para o desenvolvimento escolar ou em contexto educativo ?
- que contributos para a orientação vocacional ?
- contributos para a compreensão dos comportamentos juvenis delinquentiais, de consumo, etc ? e que respostas (ou pelo menos contributos) institucionais, intrainstitucionais e relacionais ?

Esta questão do funcionamento e organização do trabalho clínico e das relações profissionais parece colocar desafios á prática psicodinâmica.

Num serviço ou instituição que não assente o trabalho terapêutico no setting clássico da psicoterapia, que contributos traz o psicoterapeuta psicanalítico: o que é fundamental preservar no estabelecimento de relação e de organização para que se processe algum tipo de mudança ?

Podemos ainda identificar outros campos prioritários de trabalho do Psicoterapeuta:

- Na Psicologia da saúde, nomeadamente o trabalho do psicólogo clínico em Centros de Saúde e nos hospitais (em serviços que não de saúde mental)
- Na Gerontopsicologia

Certamente também no domínio da saúde mental; mas não pode parecer que não se colocam também aí desafios. Serão é de outro tipo: relativos á intervenção institucional, ocupacional e relação com outras modalidades terapêuticas (Terapia familiar, Psicodrama e Terapias expressivas).

5. DESAFIOS DA INVESTIGAÇÃO

Em Novembro passado, na Universidade de Évora, realizou-se o VI Encontro Nacional de Investigação em Psicologia. Foram alí apresentados cerca de 600 trabalhos de investigação de todos os tipos: experimentais, descritivos, mais teóricos, apenas empíricos, muito inovadores, repetição de estudos; numa demonstração inequívoca de que a psicologia em Portugal não é apenas proliferação de escolas de formação, mas que tem ligada a ela uma quantidade de investigação assinalável. Donde a qualidade será, certamente, a nata desse labor investigativo vasto verdadeiramente nacional,.

Tive curiosidade em ver quantos trabalhos no âmbito da psicologia Clínica e da Psicoterapia ou numa perspectiva psicodinâmica, alí se apresentaram. Verifiquei que apenas 2,5 % foram sobre Psicologia Clínica, 2,5 % sobre Psicoterapia e, os trabalho numa perspectiva Psicodinâmica quase nulos.

Não tive oportunidade de tentar identificar com outros contributos teóricos de inspiração psicodinâmica mais particulares (vinculação, desenvolvimento infantil, etc) mas mesmo assim creio que esta é uma ausência significativa e não nos pode deixar indiferentes. Mais um desafio, portanto.

Quando nos últimos anos, o Instituto Miguel Torga encetou uma investigação sobre a psicanálise nas Universidades, ficou evidente o reduzidíssimo impacto

que a formação psicanalítica tem na formação dos psicólogos ou de outros profissionais.

O que tem a ver com a investigação. A investigação não é apenas um problema acadêmico, ou dos que estão nas Universidades. Um clínico sem uma postura investigativa corre certamente o risco de tendência á repetição na organização do seu próprio pensar ou estar terapêutico.

Freud, como sabemos, tinha um espírito investigativo determinado e profícuo que o absorvia por completo. Os seus próprios trabalhos esclarecem-nos sobre a primeira dimensão da investigação clínica: a compreensão do outro e do humano a partir do material clínico. Uma das críticas que frequentemente lhe é feita, é precisamente essa: de ter fundado toda uma Psicologia do desenvolvimento a partir de uma clínica, logo construída apenas sobre o patológico, e desse apenas o observado na idade adulta.

A investigação Clínica é hoje mais do que legítima e pode ser tão importante e profícua como então, centrada na investigação laboriosa, que não precisa de trabalhar apenas com grandes amostras, grandes populações mas com a realidade dos seus próprios casos, das suas práticas e dos seus processos terapêuticos.

Investigar exige rigor tanto conceptual como metodológico (isto é: do próprio processo de análise da informação e da reflexão que daí decorre)...

Quando participo em júris de provas de mestrado ou doutoramento, especialmente no domínio da Psicologia Clínica, há duas perguntas que faço frequentemente. Uma é: em que é que o seu ponto de chegada é diferente do ponto de partida (ou seja, em que é que as conclusões diferem dos pressupostos). Outra: o que teria sido necessário para que as conclusões tivessem sido diferentes.

Faço isto, que pode parecer um tanto paradoxal, por ter verificado que muitas vezes a investigação é entendida como corroboração do já dito ou pensado. Mas a questão da falsificabilidade (refutabilidade) em ciência é fundamental, como sabemos desde Popper.

E que o risco é maior no campo psicodinâmico. Também aqui o tributo aos mestres é mais acentuado e a criatividade eventualmente mais difícil.

Por outro lado. Spitz, Bolwby e tantos outros, a partir de uma formação analítica, mostraram que era possível e saudável para a ciência, voltar os olhos

para o real e desafiar as teorias e constructos teóricos a partir daí. Abriam desse modo espaço para outro tipo de investigação igualmente válido. Diria até imprescindível para a sobrevivência do pensamento psicanalítico: a investigação empírica, incluindo até procedimentos experimentais. Digo imprescindível porquanto se um constructo teórico, uma ideia, é suficientemente forte para fazer sentido em clínica e na Psicoterapia, ela terá de ser igualmente forte para suportar ser testada a partir de outros pressupostos ou metodologias não clínicas.

O trabalho de Harris e Meltzer foi ambicioso ao pretender construir um modelo para integração da investigação que fosse multidimensional. Talvez demasiado ambicioso quando algumas das próprias dimensões tanto precisavam de ser testadas e construídas. Mas certamente promissor para permitir validar (a partir de uma multiplicidade, e não unidade, teórica psicodinâmica) muitas hipóteses de trabalho clínico e outro.

Um modelo desse tipo permitir definir a construir variáveis que podem ser estudadas com múltiplas metodologias: qualitativas ou quantitativas (ou mistas).

A investigação empírica não se opõe à investigação clínica, da mesma forma que nem toda a investigação clínica tem de ser qualitativa. Mas é um desafio. Para encontros como este.

6. OS DESAFIOS DA CERTIFICAÇÃO, RECONHECIMENTO E FORMAÇÃO

A Psicanálise sempre se pode orgulhar de manter independência e até marginalidade em relação aos sistemas sociais de poder, preservando assim um olhar distanciado, crítico, analítico em relação à própria compreensão do social e da cultura.

Também, por isso, o reconhecimento da prática terapêutica, primeiramente da profissão de psicanalista e depois também dos psicoterapeutas de orientação dinâmica, confrontou-se sempre com problemas de legitimidade, aceitação e reconhecimento.

Umás vezes atraindo o interesse dos académicos, das Universidades e dos organismos profissionais de médicos e psicólogos, outras vezes por eles rejeitados. A história da relação entre a Psicanálise e a Universidade é disso

exemplo ilustrativo. (...) Muitos dos avanços e recuos muitas vezes fizeram-se em função de pressão e até processos judiciais.

Face a isto, é alicerçada no seu interesse genuíno de desenvolvimento e progressão da prática terapêutica, quer psicólogos quer psicoterapeutas psicodinâmicos, os organismos científicos de Psicanalistas e Psicoterapeutas criaram as suas próprias regras de formação, reconhecimento e controle ético e profissional.

Hoje em toda a Europa, e no mundo, o panorama tem mudado. Por um lado pela Babel de auto-intituladas terapias, nas tais célebres 500 tipos de terapias, e pela dificuldade dos serviços públicos e de protecção na saúde os reconhecerem e comparticiparem financeiramente. Por outro lado tem havido uma forte tendência para um hetero-reconhecimento da prática terapêutica.

Por certo haverá argumentos para continuar á margem desses processos que de alguma forma representam alguma uniformidade. Por outro lado todos concordamos que sem parâmetros exigentes a própria profissão ou prática terapêutica fica debilitada face á intrusão de oportunistas que acarretam risco e perigo para os clientes, para si mesmos, mas também para toda o grupo profissional que pode não ter meios para os deter mas quando algo corre mal acabam por ser beliscados.

Temos então aqui um outro tipo de desafio que, por toda a Europa, tem levado a grandes movimentos de debate e aproximação nos últimos 15 anos e que em Portugal ainda mal nos movemos no nosso entranhado imobilismo. Em quase todos os países europeus, e noutros, as diferentes entidades formadoras de Psicoterapeutas, incluindo as que formam psicanalistas e psicoterapeutas de orientação psicanalítica, têm participado no processo de aceitação de standards, e parâmetros, mínimos para reconhecimento dos seus especialistas e formandos não apenas internamente mas a um nível alargado, nacional e internacionalmente.

Não se trata apenas de desafios organizacionais e técnicos. Têm consequências teóricas e conceptuais e de adequação destes á própria prática clínica. Mas valerá a pena trabalhar sobre elas Para garantia dos utentes, para salvaguarda dos terapeutas e da sua competência e imagem profissionais, e para clarificação do percurso formativo daqueles que aspiram a uma carreira como psicoterapeutas ou psicólogos clínicos.

7. OS DESAFIOS DA TRANSDISCIPLINARIDADE

O progresso da ciência e dos saberes práticos tem assentado na possibilidade de segmentar o real de forma a melhor podermos lidar com ele, de o conhecermos mais profunda e minuciosamente e sobre ele produzirmos conhecimento. Como refere Jerusalinsky na sua abordagem interdisciplinar dos problemas do desenvolvimento infantil (Kupfer, 2000) “o nascimento da ciência moderna e contemporânea trouxe como consequência um deslocamento do estatuto da verdade do sujeito para o objeto... Esta suposição de que a verdade opera assim, ou seja, que está absolutamente colada ao objeto... permeia a Psicologia e, portanto, permeia as diversas disciplinas que se alimentam dela. E uma vez que se supõe que a verdade está no objeto, quanto menor o objeto, maior o nível de certeza que sobre ele se pode atingir. Assim é que surge a fragmentação que vai dar nas especializações... É por isso que o discurso das especialidades faz a resistência à interrogação sobre a subjetividade.”

Isto tem tido conseqüências tanto ao nível da prática profissional quanto da investigação.

Ao nível da formação e das práticas profissionais, tem conduzido a uma cada vez maior especialização, em que cada profissional sabe cada vez mais de um domínio cada vez mais estreito sabendo menos dos restantes. Mas não deve ser o sentido da especialização em psicoterapia.

No campo do desenvolvimento das crianças com algum tipo de perturbação, este mesmo movimento levou a que tivessem sido entregues a especialistas. Primeiro aos médicos, peritos em perturbações do desenvolvimento ou especialistas em educação especial, para que o problema fosse resolvido por quem melhor se esperava que o pudesse entender, numa perspectiva unifatorial. Depois, perdida a importância da noção de Pessoa, a criança passou a ser atendida por múltiplos especialistas, cada um na sua especialidade e de acordo com as patologias ou as necessidades específicas.

A segmentação disciplinar dos saberes relaciona-se diretamente com uma forma de abordar, pensar e intervir sobre a realidade. Em que a Pessoa, no seu todo, é subalternizada pela lógica da segmentação em função dos saberes, práticas e técnicas. A questão é: quem trata da Pessoa? Sabemos quem cuida dos aspectos motores, dos problemas com os dentes ou o estômago, das aprendizagens ou até das carências sociais específicas. Mas se a Pessoa é mais do que isso, quem é, ou quem são, os técnicos capazes de abordar e responder

às suas necessidades? A Pessoa é o sujeito e o objeto dos cuidados. E o valor de uma intervenção específica (seja educativa, psicológica ou médico-cirúrgica) tem de ser sempre avaliada tendo em conta este princípio. Por isso temos de reencontrar hoje alguns movimentos de busca da totalidade e da síntese complexa de cada indivíduo.

Se pensarmos ainda que a Pessoa é ela e mais os seus contextos e as suas relações, qual poderá ser o profissional capaz de cuidar de toda essa complexidade? Tal exigirá novos profissionais ou novas profissionalidades? Certamente novas práticas profissionais que não percam de vista o todo e o multidimensional. Isso coloca desafios à Psicologia. A necessidade de trabalhar com o outro, de se ultrapassar o domínio disciplinar, é, assim, um imperativo para um trabalho deste tipo quando falamos, por exemplo, de Intervenção Precoce.

Cuidar das crianças no seu todo exige uma perspectiva de desenvolvimento, e a humildade de reconhecermos a nossa inevitável incompetência para resolver o problema, ou a sua parte mais importante.

A transdisciplinaridade oferece-se à como uma abordagem promissora e profícua. Que pode eliminar as limitações de uma prática meramente disciplinar, mas também oferecer uma metodologia de trabalho mais abrangente e integradora.

O Psicoterapeuta tem de saber de outras coisas: outras técnicas e outros saberes. Como também conhecimento dos contextos e da sua própria importância para o desenvolvimento.

É a própria interpretação no cerne do trabalho psicoterapêutico que está em causa. Um psicoterapeuta mal informado, ou seja, que não conheça nada sobre a amplitude e diversidade das representações sociais dos contextos de vida daqueles com quem trabalha, com facilidade, encontra um problema: a intervenção terapêutica não se faz por analogia às intervenções já feitas, mas pela adequação a situações novas e particulares de cada indivíduo no quadro da relação terapêutica e do mundo real e, sobretudo, simbólico, que representam.

REFERÊNCIAS

- Berlinck, M.T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. S.Paulo: Escuta.
- Bertão, A; Franco, V. (2000) - A Psicoterapia para além do espaço terapêutico: estratégias psicossociais para a mudança. in MACHADO, C. et al. *Interfaces da Psicologia*. volume I. Évora: Universidade de Évora.
- Cooper, A. (1992). *Cambio Psiquico: Desarrollos en la teoria de la tecnica Psicoanalitica*.
- Franco, V. (2004). *Os ursos de peluche do professor – Psicanálise, Educação e valor transicional dos meios educativos*. Porto: Afrontamento
- Freud, E & Meng, H (org.) (1998). *Cartas entre Freud e Pfister, 1909-1939*. Viçosa: Ultimato.
- Freud, S. (1913). The claims of Psycho-analysis to scientific interest, S.E. XIII, 197-226.
- Freud, S. (1925). The question of Lay-analysis. S.E. XX, 215-249
- Freud, S. (1930). Civilization and its discontents, S.E., XXI, 97-141.
- Harris, M.; Meltzer, D. (1990). *Familia y Comunidad – Modelo Harris Meltzer*. Buenos Aires: Spatia Editorial.
- Kupfer, M.C. (2000) Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do Autismo na Infância. *Psicologia USP*, 11 (1), 85-105
- Santos, J. & Monteiro, J.C. (1990). *Eu agora quero-me ir embora*. Lisboa: Assirio e Alvim, 1990, pg. 101).
- Sousa, M.H. (2000) - *Dificuldades de Aprendizagem Escolar à luz do Modelo Psicanalítico de Meltzer e Harris*. Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra.
- Stone, M. H. (2005) Historia de psicoterapia, In EIZIRIK, C.; Aguiar, R & Schestatsky. *Psicoterapia de Orientação Analítica- Fundamentos teóricos e clínicos*, Porto Alegre: Artmed.

