



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FABIANE DO AMARAL GUBERT

**RELATO DE MÃES SOBRE O DIÁLOGO ACERCA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA COM SUAS FILHAS ADOLESCENTES**

FORTALEZA-CEARÁ

2008

FABIANE DO AMARAL GUBERT

**RELATO DE MÃES SOBRE O DIÁLOGO ACERCA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA COM SUAS FILHAS ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira

FORTALEZA - CEARÁ

2008

Gubert, Fabiane do Amaral

Relato de mães sobre o diálogo acerca da saúde sexual e reprodutiva com suas filhas adolescentes/ Fabiane do Amaral Gubert. 2008.

131 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2008

1. Saúde Sexual e Reprodutiva. 2. Promoção da Saúde. 3. Enfermagem. I. Vieira, Neiva Francenely Cunha (orient.). II. Título. II. Universidade Federal do Ceará – Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

FABIANE DO AMARAL GUBERT

**RELATO DE MÃES SOBRE O DIÁLOGO ACERCA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA COM SUAS FILHAS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração em Enfermagem na Promoção da Saúde

DATA DA APROVAÇÃO: 12 / 12 / 2008

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Eliany Nazaré de Oliveira
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Prof^a. Dr^a. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

A minha mãe, Neiva Suzete, que, entre seus erros e acertos ao dialogar comigo, me ensinou a nunca desistir de meus sonhos, mesmo que para isso ela tivesse que desistir dos seus para que isso acontecesse.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que na sua infinita bondade e misericórdia, está presente em todas as nossas realizações.

À minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Neiva Francenely, por sua força e sábias palavras de conhecimento e incentivo, e, acima de tudo, por me mostrar novos horizontes no campo da Enfermagem.

À Prof^ª. Dr^ª. Eliany Nazaré, minha eterna professora, por estar sempre presente em minha vida e comprometida com a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos para as mulheres.

À Prof^ª. Dr^ª. Patrícia Neyva, pelo carinho e dedicação, contribuindo para o enriquecimento desse trabalho com sua sensibilidade no cuidado à saúde do adolescente.

À Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina, por aceitar participar da banca examinadora e contribuições para o maior aperfeiçoamento deste estudo.

Aos integrantes do Projeto AIDS: Educação e Prevenção, pela troca de experiências e pela oportunidade em trabalhar com pesquisa e extensão.

Aos colegas de mestrado Anny Giselly, Helder, Rita Rêgo, Glêdes, Eliane, Jaqueline, Joyce, Adriana, Cibele e demais colegas, pelo companheirismo.

Às amigas sobralenses, Cibelly Aliny, minha “mestra”, e Izabelle, por seu otimismo contagiante.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC e a todos os funcionários.

À Coordenação Municipal de DST/AIDS de Fortaleza-CE, pelo apoio.

À CAPES, pela concessão de uma bolsa de apoio à pesquisa.

À Academia de Ciências e Artes - ACARTES pela disponibilidade e grande atuação na comunidade do Pirambu.

Às mulheres da comunidade do Pirambu, que se disponibilizaram a desvelar um pouco das suas experiências de vida, contribuindo para melhorias na comunicação mãe e filha.

À minha irmã Fabiele, por todos os momentos de incentivo e paciência. Obrigada por ter vindo!

A minha família, pelo amor e dedicação em todos os momentos da minha vida; e que, apesar da distância, estão sempre em meu coração!

Ao meu amor Ranielder, meu companheiro de todas as horas, que veio comigo encarar Fortaleza, e que a cada dia, me ensina a ver o lado divertido da vida.

E a todos os que contribuíram e torceram de alguma forma nessa conquista.

RESUMO

Introdução: A saúde sexual e reprodutiva é fundamental na formação de um adulto saudável e, nesta trajetória, a família deve promover a comunicação/diálogo entre seus integrantes acerca desta temática; no entanto a responsabilidade é concentrada na mãe que, somada às especificidades do ciclo vital, pode desenvolver processos comunicativos fortalecidos ou conturbados. Além das vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas mulheres, as estatísticas na área da saúde evidenciam a crescente feminização do HIV/aids e aumento dos casos de gravidez precoce, sobretudo nas mulheres mais pobres, jovens e com menor acesso a medidas assistenciais e de Promoção à Saúde. A ambigüidade das mães quanto ao seu papel na orientação das filhas, aliada às características da adolescência, pode dificultar a comunicação efetiva sobre sexo, sexualidade e contracepção. **Objetivo:** conhecer, com base na vivência com mães de adolescentes, suas opiniões e experiências acerca de temas ligados a sexo, sexualidade e reprodução, dialogados entre mães e filhas no contexto familiar. **Metodologia:** Estudo qualitativo, fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado, de autoria de Madeleine Leininger. Realizou-se o estudo com um grupo de sete mulheres, moradoras do Bairro Pirambu em Fortaleza-Ceará. A população foi definida por mães com filhas adolescentes; integrantes da Ong ACARTES. A coleta de informações seguiu o Modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) proposto por Leininger, entrevista semi-estruturada e encontros com o grupo, abordando as fases de desenvolvimento das filhas: nascimento, infância, puberdade e adolescência. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará –UFC, sob protocolo nº 17/08. **Resultados:** A faixa etária das mães variou entre 30 e 46 anos. Ao observar o contexto situacional das informantes, percebe-se que as questões ligadas aos fatores sociais e culturais contribuem para a visão da sexualidade que as mulheres possuem e dificultam o diálogo com suas filhas. Quando recordam suas experiências durante a puberdade e adolescência, sentimentos como medo e vergonha são relatados. Sobre a argumentação com suas filhas, utilizam o tema gravidez, relacionando a futuras barreiras no desenvolvimento social e profissional destas. Em relação às DST, essas são pouco discutidas como argumento de prevenção, e apontadas numa perspectiva de risco à vida, porém não esclarecendo muito sobre sinais e sintomas, o que dificulta a visão dos adolescentes ante a questão preventiva. A TV é vista como espaço que propicia a argumentação e negociação. Nas falas, percebe-se a reprodução das relações de gênero: para três informantes, as filhas irão aprender sobre sexo e sexualidade quando tiverem um companheiro, principalmente por meio do matrimônio. Dentre os discursos, a questão religiosa foi citada como um meio de influenciar no modo de viver a sexualidade e retardar o início da vida sexual. Outro fator é relativo à falta de motivação da família ou da comunidade. **Conclusão:** A intervenção da enfermeira como integrante da equipe de saúde da família pode contribuir para a melhoria da auto-estima e percepção do mundo de mulheres; ou seja, mediante a sistematização de um cuidado sensível às reais necessidades de mães e filhas, pode-se fomentar estratégias que contribuam para o “empoderamento”, incentivando as mulheres a um maior grau de autonomia e poder de decisão perante as questões sexuais e reprodutivas. Mesmo que muitas vezes todas as vulnerabilidades não possam ser de todo eliminadas e as necessidades superadas na comunidade, as participantes reconhecem a necessidade de aprimorar ou iniciar o diálogo junto às filhas adolescentes. Esse sentimento é importante, visto que o reconhecimento e a compreensão sobre o contexto no qual estão inseridas podem nortear e dar mais resolubilidade às ações de promoção à saúde neste contexto.

Palavras-chaves: Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher, Relações Familiares, Adolescente, Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Introduction: Sexual and reproductive health is essential in the formation of a healthy adult and this trajectory, the family, should promote the communication / dialogue between its members on this topic. However, the responsibility is concentrated in the mother added that the specifics of the life cycle can develop processes communicative stretched and conturbar. In addition to the social vulnerabilities experienced by women, the statistics on health highlight the increasing feminization of HIV/ SIDA and increase in cases of early pregnancy, especially in the poorest women, young and less access to welfare provision and the Health Promotion The mother of ambiguity about its role in guiding their children, allied to the characteristics of adolescence, may hinder the effective communication about sex, sexuality and contraception. Objective: known from experience with mothers of teenagers, their views and experiences on some issues related to gender, sexuality and reproduction, dialogues between mothers and daughters in the family. Methodology: Qualitative study, based on Theory of Diversity and Universality of the Care of authorship of Madeleine Leininger. We conducted the study with a group of seven women, residents of the District Pirambu in Fortaleza-Ceará. The sample was defined by adolescent mothers with daughters, members of Ong ACARTES. Data collection followed the Model OPR (Observation-Participation-Reflection) proposed by Leininger, semi-structured interview and meetings with the group, addressing the stages of child development: birth, childhood, puberty and adolescence. The project was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará – UFC under Protocol No. 17/08. In terms of age of mothers, it ranged between 32 and 46 years. Results: By observing the situational context of informants, we realize that issues related to social and cultural factors contributing to the vision of sexuality that women have and make it difficult to dialogue with their daughters. In remembering the experiences of mothers at puberty and adolescence, feelings of fear and shame are reported. About arguments with her daughters, the use pregnancy issue, relating to future barriers in professional and social development of children. Regarding the DST, these are little discussed as an argument for prevention, and pointed out a perspective of risk to life, but not saying much about signs and symptoms, hampering the vision of adolescents face the issue preventive. The TV is seen as an area that lends itself to argument and negotiation. In the speech, we find the reproduction of gender relations: for three informants, the children will learn about sex and sexuality when they have a partner, mainly through marriage. Among the speeches, the religious issue was cited as a means of influence in the way of this sexuality and delaying the start of sexual life. Another factor is the relative lack of family or community. Conclusion: The intervention of the nurse as part of the team of family health can contribute to improved self-esteem and perception of the world of women. That is, through a careful systematization of the sensitive needs of mothers and daughters, we can promote strategies that contribute to the process of empowerment, encouraging women to a greater degree of autonomy and decision-making power front to sexual and reproductive issues. Even if all the vulnerabilities often can not be removed from around the needs and overcome the community, the participants recognized the need to improve or initiate dialogue with the adolescent daughters. That sentiment is important because the recognition and understanding of the context in which they are embedded and can lead to more resolutibility actions to promote health in this context.

Key words: Sexual and Reproductive Health, Women's Health, Family Relations, Adolescent, Community Health Nursing.

LISTA FIGURAS

Fig. 01 Cuidado de Enfermagem Repadronizado à Luz do Sistema Popular e a comunicação mãe e filha.....	36
Fig. 02 Mapa Representativo Secretaria Executiva Regional I em Fortaleza-CE.....	38
Fig. 03 Mapa Representativo Bairro Pirambu/Localização da ACARTES.....	38
Fig. 04 Fases do Ciclo Vital nas quais as Mães Foram Conduzidas a Refletir em Grupo.....	46
Fig. 05 Recomendações para Promoção da Comunicação entre Mãe e Filha.....	66
Fig. 06 Influência dos Fatores Socioeconômicos e Culturais na Vivência da Sexualidade....	73
Fig. 07 A menarca e sua relação com a saúde sexual e reprodutiva.....	76
Fig. 08 Fatores Culturais/Experiências de Vida e a Influência no Diálogo Mães e Filhas.....	83
Fig. 09 A interface: Família/Escola/Serviço de Saúde na Perspectiva da Promoção da Saúde.....	86
Fig.10 A categoria Sistema Popular e sua Contribuição para o Cuidado de Enfermagem.....	90
Fig.11 Educação em Saúde na Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva na ESF.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACARTES	- Academia de Ciência e Artes
BDENF	- Base de Dados de Enfermagem
CAPES	- Comissão de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COMEPE	- Comitê de ética em Pesquisa
CSF	- Centro de Saúde da Família
DST	- Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	- Estratégia Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	- Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONG	- Organização não governamental
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNA	- Parâmetros Curriculares Nacionais
PSF	- Programa de Saúde da Família
PNDA	- Plano Nacional por Amostra de Domicílio
SER	- Secretaria Executiva Regional
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPE	- Saúde e prevenção nas escolas
SUS	- Sistema Único de Saúde
UECE	- Universidade Estadual do Ceará
UVA	- Universidade Estadual Vale do Acaraú
UFC	- Universidade Federal do Ceará
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Inserção da pesquisadora no tema de estudo.....	13
1.2 Objeto de estudo e delimitação do problema.....	15
2 OBJETIVOS.....	22
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1 Movimentos internacionais e nacionais no âmbito da saúde da mulher.....	23
3.2 O Conceito de saúde sexual e reprodutiva.....	26
3.3 Processos de comunicação entre mães e filhas adolescentes.....	28
4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	34
4.1 Natureza do estudo/abordagem.....	34
4.1.1 Metodologia etnográfica.....	34
4.1.2 Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado.....	35
4.2 Cenário da pesquisa.....	37
4.3 Agentes sociais da pesquisa.....	40
4.4 Procedimentos para coleta de informações.....	43
4.5 Organização e análise das informações.....	48
4.6 Considerações legais e éticas.....	48
5 OS ACHADOS DO ESTUDO.....	51
5.1 Sobre as informantes e o início de suas histórias.....	51
5.2 Conversas sobre saúde sexual e reprodutiva: a percepção das mães.....	54
5.2.1 O nascer do grupo e o resgate temporal do nascimento das filhas.....	54
5.2.2 A infância e o início da comunicação entre mães e filhas.....	56
5.2.3 Desvelando a puberdade.....	58
5.2.4 A adolescência: experiências de mães e filhas.....	60
6 DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DO SISTEMA POPULAR PROPOSTO NA TEORIA DE LEININGER.....	68
6.1 Influência dos fatores socioeconômicos e seu impacto na vida das mulheres do Pirambu	70
6.2 A vivência da sexualidade: memórias das participantes.....	74
6.3 Considerações sobre o diálogo, argumentação e negociação na comunicação mãe e filha	79
6.4 Interface: família/escola/serviço de saúde.....	84
6.5 O Sistema Popular de Leininger: apontamentos para a Enfermagem no campo da saúde sexual e reprodutiva.....	87

6.6 Educação em Saúde como estratégia promotora da comunicação entre mães e filhas no Programa Saúde da Família.....	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	109
ANEXOS	124

1 INTRODUÇÃO

1.1 Inserção da pesquisadora no tema de estudo

O interesse em compreender a vivência de mães de adolescentes do sexo feminino, na abordagem das questões relacionadas à comunicação acerca da sexualidade, surgiu da nossa experiência junto a um grupo de mulheres em Sobral-CE. Durante a participação em projetos de extensão universitária na graduação em Enfermagem, destacando o “Projeto Cachoeiro: Atenção integral à saúde da população residente em área periurbana em Sobral-CE” e, mais tarde, com a aprovação no mestrado, por meio do Projeto “Aids: Educação e Prevenção”.

O desejo de conhecer como as mães de adolescentes comunicam-se com suas filhas, bem como as facilidades e dificuldades nesse processo, foram aguçadas com suporte em um estudo, realizado durante a participação do Projeto Cachoeiro, em que buscamos conhecer as repercussões de um curso profissionalizante, bem como a geração de trabalho/renda na vida de um grupo de mulheres de baixa renda.

A comunidade, além de seus problemas econômicos, contava com inúmeros percalços no que diz respeito à situação sanitária e de saúde, em que o difícil acesso, por localizar-se em zona rural, dificultava até mesmo a atuação das equipes de Saúde da Família. O choque cultural, causado pelo contato com aquela realidade, diferente do ambiente em que vivemos, fez despertar uma inquietação fazendo uma reflexão acerca das condições precárias das famílias, visto que as mulheres eram as mais atingidas, seja pelo desemprego ou a dificuldade de acesso a bens e serviços, o que contribuía para uma insatisfação perceptível.

Na troca de experiências, entre os saberes acadêmicos e populares, a paixão pela comunidade e o desejo de transformar aquela realidade, levo-nos a realização de um estudo intitulado: “Passos e Descompassos do trabalho/geração de renda na vida das mulheres da comunidade Cachoeiro em Sobral-CE”, o qual ensejou um trabalho de conclusão no Curso de Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, além de uma bolsa de Iniciação Científica, apoiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, no ano de 2006, e primeiro lugar no VI Encontro de Iniciação Científica da UVA, no mesmo ano.

No estudo, o fator educacional foi muito marcante, associado ao baixo poder econômico à incipiente escolaridade, demonstrando entraves na aprendizagem, seja no trabalho e na apreensão de conhecimentos sobre como evitar a gravidez e DST, conforme depoimentos das participantes, as quais engravidaram na adolescência. Durante os mais de

dois anos de convivência com o grupo de mulheres, houve destaque nos assuntos relacionados a barreiras na comunicação entre elas e suas filhas adolescentes sobre sexo, sexualidade e reprodução. Tais achados extrapolaram o objetivo de nosso estudo e nos motivaram a refletir sobre aquela realidade e como esse processo poderia ser otimizado numa perspectiva de Promoção da Saúde.

A experiência acumulada em Sobral e a inserção no Projeto Aids: Educação e Prevenção da Universidade Federal do Ceará - UFC, proporcionou-nos a inserção na Comunidade Pirambu, localizada na Secretaria Executiva Regional I, em Fortaleza-CE.

O bairro Pirambu é marcado por inúmeros contrastes, nos quais se misturam boas habitações cercadas de infra-estrutura urbana e assentamentos feitos com barracos de papelão, onde a sobrevivência é maximamente precária. Ante tal realidade, são diversos os conflitos fundiários enquanto a população mais vulnerável fica à mercê da especulação imobiliária que assola o bairro.

Durante a participação no Projeto, foi possível uma aproximação junto aos diversos conflitos biopsicossociais manifestos por mães de adolescentes integrantes das escolas trabalhadas pelo Projeto Aids. Refletindo sobre esses entraves e tendo como referencial anterior à comunidade de Sobral, questionamo-nos em que medida a influência de fatores culturais poderiam atuar sobre o contexto mães e filhas, e nos inquietava o fato daquelas mulheres e suas filhas terem o desejo de efetivarem o diálogo.

Empiricamente, observamos entraves nesse processo, e nos chamou a atenção o fato de que as mães referiam a ausência do serviço de saúde como apoio no fortalecimento da comunicação com suas filhas. Essa realidade, mesmo que tão distante de Sobral, evidenciava similaridades, consoante o contexto das mulheres da comunidade Cachoeiro e de outras em todo o Ceará.

Apesar de inúmeros percalços, observamos que a comunidade do Pirambu conta com diversas iniciativas dos próprios moradores para o enfrentamento das desigualdades sociais e econômicas que os envolvem. Dentre as iniciativas, a organização não governamental chamada Academia de Ciência e Artes – ACARTES, foi a mais marcante, pois trabalhava com um grupo de mulheres que discutiam temáticas ligadas à sexualidade e reprodução pela metodologia de “roda de conversas”, há mais de uma década.

O fato de a comunidade do Pirambu contar com inúmeras ONG nos incentivou a selecioná-la como cenário de estudo, visto que em Sobral não contávamos com um local de atuação com tantos equipamentos sociais e em razão do término do Projeto de Extensão Cachoeiro, citado anteriormente, ficou inviável nosso acesso àquele local, visto que a criminalidade ali aumentou substancialmente nos últimos anos.

Então, no contato com a comunidade do Pirambu e diante do contexto situacional das famílias, nosso interesse se tornou ainda mais direcionado para a promoção da saúde das mulheres e suas filhas adolescentes, principalmente no que tange à comunicação. Acreditamos que a atuação do Enfermeiro, inserto em um trabalho contínuo e sistematizado de Educação em Saúde no âmbito familiar, poderá contribuir na melhoria da qualidade de vida dessa população.

1.2 Objeto de estudo e delimitação do problema

A família, em diferentes épocas é identificada como unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua sendo considerada o principal agente socializador da criança, responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida que possibilitará enfrentar um mundo em permanente mudança. Portanto, a família é um sistema de saúde para seus membros, do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que dirigem as ações da família na Promoção da Saúde de seus membros, na prevenção e tratamento de doenças (ELSE, 2004).

Destacando as últimas décadas na sociedade brasileira, mudanças significativas ocorreram na estrutura familiar, passando de numerosa, chefiada pelo homem ou provedor, para outros tipos de convivência. Atualmente percebe-se a formação de famílias cada vez menores e nucleares, que, portanto, possuem menos recursos humanos para lidar com todos os problemas relacionados ao âmbito familiar. Nessa perspectiva, as famílias tendem a se tornar matrifocais, representadas pelo papel ativo da mulher no domicílio.

Em termos gerais, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2006) confirma tendências já verificadas nos últimos anos: a redução do tamanho da família em virtude da redução da fecundidade e crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres. Tais tendências vêm mudando as formas de organização das famílias brasileiras, especialmente em decorrência das transformações culturais ocorridas nos últimos anos no mundo industrializado, resultando em novos tipos de arranjos, fato este que merece estudos específicos para melhor compreensão da abrangência do fenômeno.

As mulheres obtêm destaque na sociedade brasileira, na mídia e, principalmente nas estatísticas, que evidenciam mudanças nos indicadores sociais. Dados do PNAD de 2006 revelam, ainda que a chefia feminina das famílias cresceu, mesmo naquelas onde em sua composição figura a presença do cônjuge. Do total das famílias com parentesco, em 28,3%, a chefia é feminina, e, neste conjunto, 18,5% contam com o cônjuge. Comparando este

resultado com o ano de 1995, o crescimento é bastante expressivo, quando apenas 3,5% estavam nesta situação.

Apesar do fato de a mulher assumir a posição de provedora e/ou responsável na família, algumas questões afligem esse grupo, quando percebemos que existem diferentes papéis para homens e mulheres na sociedade. Essas diferenças têm, conseqüentemente, influências na saúde de cada sexo. O papel estabelecido para as mulheres está no cuidado com os outros: criar filhos, atender a família, cuidar da casa. Existe ainda forte pressão social, produzindo mecanismos de dominação, discriminação, medo e dependência.

Nessa perspectiva, destacam-se as questões de gênero, eixo estruturante da matriz da desigualdade social em nosso País, que, por sua vez, favorecem a reprodução das situações de pobreza e exclusão social. Por isso, considerar as desigualdades que persistem para as mulheres, e para as pobres, em especial, que vivenciam as situações mais desfavoráveis dentre todos, significa tratar de elemento estrutural, cuja superação é imprescindível para alcançarmos melhor qualidade de vida (BUCHER, 2002).

Hoje em dia contudo, apesar dos diversos movimentos contrários a uma moralidade sexual mais restrita, citando o movimento feminista, por exemplo, percebe-se que ainda existem resistências ao discutir temáticas ligadas à sexualidade na família, e embora exista maior aceitação de alguns costumes ligados à mulher, como a perda do valor da virgindade feminina e aumento do número de práticas sexuais fora da esfera do matrimônio (BARROS, 2006).

O advento da epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV, na década de 1980, e seu impacto em todo o mundo, provocou mudanças na percepção de risco individual. Essa noção era conformada tanto por comportamentos culturalmente adquiridos, como concepção epidemiológica de “grupos de risco”, entendida como restrita a mulheres parceiras de usuários de drogas injetáveis, de hemofílicos, homens bissexuais, ou mulheres envolvidas em práticas da prostituição (PARKER, 2000).

Desde o surgimento dos primeiros casos de aids no cenário epidemiológico mundial, há mais de 20 anos, a prevenção da transmissão do HIV entre mulheres e adolescentes é um dos maiores desafios no controle da doença. Essas e outras questões nos levam a destacar a vulnerabilidade da mulher, especificamente a adolescente, perante determinados agravos, enfatizando a contaminação por DST/aids, a qual repercute negativamente na qualidade de vida desse grupo (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006).

A despeito do conhecimento sobre HIV/aids adquirido durante longas décadas até a atualidade, percebe-se que as informações sobre a transmissão não alteraram substancialmente a vulnerabilidade dos adolescentes no Brasil. Esse fato decorre da

confluência de vários aspectos da vulnerabilidade, como a desintegração da sociedade civil, ensejando exclusão social, violência, pobreza, preconceito, intolerância à diversidade e a opção sexual, *enfatizando o limitado diálogo entre a família* (Grifo nosso) (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

As estatísticas na área da saúde evidenciam a crescente feminização do HIV/aids, sobretudo nas mulheres brasileiras mais pobres e com menor acesso a medidas assistenciais e de promoção à saúde, e como conseqüência, outro agravo se refere à transmissão vertical do HIV. Além do exposto, a epidemia ultrapassou os limites dos centros urbanos, apresentando forte tendência à interiorização, em direção a municípios de pequeno e médio porte (BRASIL, 2007).

Outro indicador importante é a escolaridade das mulheres gestantes, diagnosticadas com HIV, que confirma a pauperização da epidemia. Dos 31.921 casos de gestantes HIV⁺ diagnosticadas no Brasil, 3% são analfabetas, 13% têm apenas três anos de estudos e 39% têm entre 4 e 7 anos de estudos (BRASIL, 2004).

Em resposta a este perfil epidemiológico, em 2007, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da aids e outras DST. Este plano, resultado do pacto entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/aids e Área Técnica de Saúde da Mulher, os quais pactuaram junto às entidades que atuam no campo dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos, na tentativa de romper com as iniquidades que envolvem essa população.

Outra situação que afeta a saúde reprodutiva das mulheres é o aumento de abortos, em especial as mais jovens, pobres, negras e solteiras. Os abortos com as complicações relacionam-se comumente a gravidez indesejada e não apoiada pelo parceiro, pelo núcleo familiar e pela sociedade como um todo. Também é preciso considerar que, no Brasil, a região Nordeste apresenta coeficientes maiores de mortalidade materna articulados a inadequadas condições socioeconômicas e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (CORRÊA e ÁVILA, 2003).

Muitas mulheres encontram-se expostas à gravidez indesejada e DST pelo uso inadequado de métodos contraceptivos, associado à falta de conhecimento e acesso a eles. Conforme dados de 2005, no Brasil, dois terços das mulheres sexualmente ativas (65 %) não se protegem contra as DST, e apenas 20% dizem fazer uso de preservativos em todas as relações sexuais e 7 % usam esporadicamente (BRASIL, 2005).

Ainda no campo das DST, A Organização Mundial de Saúde - OMS estima que no Brasil, ocorram mais de 12 milhões de novos casos, destacando a sífilis, gonorréia, clamídia,

tricomoníase, papiloma vírus humano, e herpes genital; e enfermidades que podem ter conseqüências graves, como disfunções sexuais, esterilidade, aborto, câncer genital, nascimento prematuro ou ainda com deficiências físicas ou mentais (BRASIL, 2006).

Diante do exposto e o impacto na saúde da mulher, conseqüentemente na família, torna-se relevante adoção de medidas, que sejam tomadas pelos serviços e seus profissionais, com vistas a atingir as diversas dimensões que perpassam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres/mães. Sob esse enfoque, é preciso refletir sobre as reais necessidades das mães, e, então buscar melhorias nesse campo, além de investimentos e apoio públicos, pois medidas que alcancem as dimensões sociocultural, subjetiva e comportamental no comportamento sexual e reprodutivo das mulheres passam também pelo fortalecimento da família.

Sendo a família espaço de socialização, representada pela figura materna e paterna, ressaltamos a importância desses agentes na educação dos filhos, servindo como referência desde os primeiros anos de vida da criança até a adolescência. Embora pareça um consenso, a literatura comenta sobre a necessidade de ampliar e discutir questões referentes à sexualidade, primeiramente na família, prosseguindo na escola e em outros grupos sociais (WAGNER, CARPENEUDO, 2005; FERREIRA et al 2007).

A família considerada estrutura social relevante para a educação de seus membros, especialmente no tocante à sexualidade, mostra-se em muitos momentos, impotente para atuar frente a essas temáticas com seus filhos. Segundo Jesus (1999), é fruto de uma educação repressora vivida pelos pais enquanto adolescentes, a qual os influencia a reproduzir tal realidade com seus filhos. Os filhos, no entanto, cobram dos pais maior abertura nos relacionamentos, reivindicado respeito e diálogo.

Heilborn (2004) no que diz respeito as dificuldades e limitações em relação à saúde sexual e reprodutiva, são as mães que se esforçam para abordar à temática da sexualidade com os filhos. Elas são as mediadoras da comunicação com os filhos e destes com os pais, estejam eles presentes ou não no domicílio onde os filhos residem. Os jovens que desfrutam da comunicação com os pais, ancorados nas premissas do diálogo, da negociação e argumentação, tendem a adquirir habilidades e conhecimentos essenciais na prevenção da gravidez precoce e DST.

A comunicação é fator fundamental na interação social dos indivíduos e instrumento básico da experiência social. Littlejohn (1988) refere que a comunicação resulta em mudanças, e esta se origina de condições da pessoa e na mensagem evidenciada por meio de valores, atitudes e comportamentos inter-relacionados. Assim, para haver comunicação, deve haver compreensão, pois, desse modo, as idéias, imagens e experiências são postas em comum. Com efeito, comunicação não se baseia apenas na expressão oral, mas baseia-se em

um conjunto de atitudes empregadas em prol de esclarecer uma mensagem, ou seja, a adolescente esta sendo educada sexualmente pelos pais desde a infância, por meio das atitudes que adotam com relação ao aspecto sexual em seu cotidiano.

A troca de conhecimentos sobre sexualidade e reprodução é essencial para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes; entretanto, as modificações aceleradas que ocorrem no tamanho e perfil do corpo podem causar muita ambivalência nessa fase. Algumas vezes, essas modificações orgânicas, características da adolescência, não ocorrem na ordem adequada. A percepção da adolescente diante de dúvidas quanto à maturidade sexual e desenvolvimento biológico pode levar à imagem desvalorizada do corpo e à diminuição da auto-estima (BARROS, 2006).

Em muitos momentos, os pais pensam que conversar com crianças e adolescentes sobre questões relativas a sexualidade pode estimular à prática sexual. Estudo como o de Heilborn (2004) demonstra o contrário, enfatizando que, quanto mais informado for o adolescente, menos ele fica aflito em querer iniciar precocemente a sua atividade sexual e, quando o faz, utiliza formas de prevenir a gravidez e as DST. A educação sexual abrange a sexualidade e todas as repercussões relacionadas a ela, despertando o senso de responsabilidade no adolescente.

A saúde reprodutiva é fundamental na formação de um adulto saudável e nesta trajetória, a família, deve promover a comunicação/ diálogo com seus filhos sobre saúde sexual e reprodutiva. Ressaltamos, porém, que o diálogo pode ser dificultado por diversos fatores - culturais, modos de vida, religião - e até mesmo a tecnologia, o que influencia em diversos contextos.

Mediante diversos estudos nacionais, destacando Borges, Nichiata, Schor, (2006) e Wagner, Carpeneudo, (2005), os quais comentam sobre a rede social acionada pelos jovens na busca de informações: os amigos e a Internet são grandes aliados no esclarecimento de dúvidas sobre sexo entre os adolescentes, porém a família se encontra como o principal recurso na rede de apoio para esclarecimentos que exigem conhecimentos mais complexos.

Dentre os achados na literatura internacional, existem vários estudos relativos à comunicação entre mães e filhas. Destacamos o estudo de Kao, Guthrie, Cherry (2007), no que se refere à influência da cultura na vida de mães e filhas. A pesquisa ressalta as dificuldades de mães tailandesas em dialogar com suas filhas adolescentes sobre sexualidade, após migrarem para os Estados Unidos.

Outra questão importante constatada por Kao e col refere-se à importância da Enfermagem em investir em pesquisas que tenham como intuito compreender a cultura e sua influência na comunicação entre mães e filhas sobre sexualidade e suas repercussões na vida

das adolescentes, demonstrando que nos processos de comunicação, barreiras no diálogo podem conduzir as adolescentes ao sofrimento mental e dificuldades nas escolhas futuras relacionadas à sexualidade e reprodução.

Já outro estudo, realizado por enfermeiras na África, revela que ações direcionadas ao fortalecimento da comunicação entre mães e filhas contribuem para que elas se achem mais confortáveis em discutir essas temáticas. Acrescentam ainda que, quanto mais cedo isso ocorrer, maiores serão as chances de adquirirem comportamentos saudáveis (TERI et al 2005).

No âmbito da Enfermagem, ambos os textos abordam a necessidade de explorar o contexto cultural que influenciam mães e filhas, e então, desenvolver estratégias e intervenções que cubram as diversas dimensões desse grupo. Outra implicação para a Enfermagem, segundo as autoras, diz respeito ao “empoderamento” das mulheres, mediante estratégias e ações que contribuam na aquisição de mais conhecimentos que favoreçam o diálogo junto aos filhos adolescentes, destacando as meninas.

Portanto, ante a importância de conhecermos o contexto cultural que envolve a vida das mulheres, outra realidade a ser destacada é a influência do comportamento da mãe frente à educação da filha adolescente, visto que processos de *feedback*, conforme destacam Costa e Carbone (2004), podem ensejar comportamentos negativos, pois o comportamento da mãe se torna um “espelho” para sua filha: ter filhos com idade precoce poderá influenciar os filhos a adquirir o mesmo comportamento.

O diálogo sobre saúde sexual e reprodutiva é tratado no âmbito de programas preestabelecidos, os quais em muitos momentos não dizem respeito e desconhecem as reais necessidades dos adolescentes e seus pais. Os adolescentes, por estarem vivenciando um momento singular de profundas repercussões biopsicossociais, e seus pais pelo fato de reviverem, por meio dos filhos, o tempo em que foram adolescentes, podem desenvolver processos comunicativos fortalecidos ou conturbados.

Ao considerar essa realidade, torna-se relevante compreender se essas experiências, como as mães educam, ou não, suas filhas para uma vida sexual e reprodutiva saudável e que acontecimentos ocorridos na adolescência dessas mães contribuem na melhoria dessas questões com suas filhas. Essa ambigüidade das mães quanto ao seu papel na orientação dos filhos, aliada às características da adolescência, pode dificultar a comunicação efetiva sobre sexualidade e contracepção. Vemos que as filhas se encontram em um período confuso no qual necessitam de um modelo para orientarem seus comportamentos (DIAS, OLIVEIRA & GOMES, 1997).

Ao otimizar os processos de comunicação entre mãe e filhas, promoveremos efetivamente, as ações de Educação em Saúde, conceito associado ao de Promoção da Saúde, que propõem uma qualificação do indivíduo para convivência social e harmoniosa. A ação educativa envolve o exercício da cidadania em todos os níveis e contextos em que interage – pessoal, grupal, coletivo e institucional - norteando-se pelos valores humanísticos e utilizando-se de princípios e instrumentos democráticos, visando à promoção da qualidade de vida (BARROSO, VIEIRA, VARELA, 2003).

Pensamos que a relevância deste estudo está na possibilidade de descobrir os conhecimentos de mães de adolescentes do sexo feminino sobre saúde sexual e reprodutiva, favorecendo o “empoderamento” dessas mulheres, conseqüentemente, influenciando suas filhas a ter maior habilidade para lidar com sua saúde sexual e reprodutiva.

A Enfermagem, por meio da Educação em Saúde, pode contribuir para o crescimento de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, sob um aspecto inovador na abordagem de cuidado, valorizando a necessidade das mulheres, além de fortalecer o vínculo entre mãe e filha. Nessa era de inovações tecnológicas, quando a televisão, muitas vezes, é reconhecida como principal meio de propagação coletiva, promover melhores estratégias na habilidade própria do ser humano de se comunicar e se fazer entender constitui importante dispositivo para o favorecimento da comunicação na melhoria da qualidade de vida e na promoção da pessoa humana.

2 OBJETIVOS

Geral

- Conhecer, com apoio na vivência com mães de adolescentes, suas opiniões e experiências acerca de temas ligados a sexo, sexualidade e reprodução, dialogados entre mães e filhas no contexto familiar.

Específicos

- Identificar as dificuldades/potencialidades junto às mães, com suporte em suas experiências vivenciadas.
- Descobrir os processos de comunicação entre mães e filhas, constituídos coletivamente pela via do diálogo, negociação e argumentação.
- Propor a prática de Educação em Saúde como estratégia mediadora da comunicação entre mães e filhas no contexto familiar.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Movimentos internacionais e nacionais no âmbito da saúde da mulher

Para contextualizar o estado atual dos estudos que focalizam a comunicação relacionada à saúde sexual e reprodutiva na família, procedemos a uma revisão bibliográfica temática e de atualização.

As pesquisas que envolvem o estado de arte ou estado de conhecimento, segundo Ferreira (2002), tiveram destaque nos últimos quinze anos, no Brasil e em outros países. Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e discutir certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões são destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares.

Essa compreensão do estado de arte sobre um tema, em determinado momento, é necessária na evolução da ciência, a fim de que se ordene periodicamente o conjunto de informações e resultados obtidos, ordenação que permita indicação das possibilidades de integração de perspectivas diferentes, aparentemente autônomas, a identificação de duplicações ou contradições e a determinação de lacunas e vieses.

É fato a preocupação do Governo brasileiro com a saúde da mulher, incluindo adolescentes e jovens, em torno da saúde sexual e reprodutiva. Estes programas existem tanto em parcerias com órgãos de nível internacional (Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF; Organização Mundial da Saúde - OMS), quando nacionais (Ministério da Saúde com o Programa Saúde do Adolescente - PROSAD, Área Técnica da Saúde da Mulher, destacando a Secretaria Especial de Políticas Públicas para as Mulheres e Programa Nacional de DST e aids).

O estabelecimento de espaços políticos e institucionais nas últimas décadas evidencia o fato de que, para alcançarmos melhorias na qualidade de vida desse grupo, é necessário considerar os componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres.

A evolução do conceito sobre saúde da mulher ao longo das últimas décadas merece breve comentário. Saúde materna, reprodutiva e da mulher são expressões que apontam discussões conceituais. Da primeira à terceira, pode-se perceber um avanço no que se diz respeito à condição feminina. Tal fato decorre do advento do conceito de Promoção da Saúde nas Políticas Públicas no Brasil, as quais influenciaram profundamente o trato dessas questões no primeiro nível de atenção à saúde. Nessa perspectiva, falar de saúde da mulher

significa atender para todo o contexto psicossocial em que ela se insere, incluindo a população feminina acima de dez anos mais de 70 milhões de brasileiras majoritariamente usuárias do Sistema Único de Saúde - SUS (MORI, COELHO, ESTRELLA, 2006).

Refletindo sobre as mudanças nos conceitos e enfoque à saúde dessa população, o documento *Women's Health Interschool Curriculum Committee, 1995, apud Galvão (1999, p.173)*, referência canadense na saúde da mulher, representa um conceito integral e amplo, no qual reconhece que a saúde desse grupo envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico é determinado por um contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres: “cada mulher deveria ter a oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, em seu mais alto potencial”.

Para comentar sobre a evolução no conceito e abordagem da saúde da mulher, devemos reaver os documentos produzidos pelo Movimento Internacional de Promoção da Saúde, os quais influenciaram profundamente as políticas públicas envolvendo a saúde desse grupo no concerto mundial.

As conferências mundiais de promoção da saúde – C.M.P.S, ocorridas no período de 1978 e 2005, foram importantes para o desenvolvimento da Promoção da Saúde. Ao longo desse tempo, debateu-se que a Promoção da Saúde como um “conjunto de valores” - vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social e revalorização ética da vida.

Iniciando a propagação do conceito ampliado de Promoção da Saúde, temos a Declaração de Alma-Ata, estabelecida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. A Conferência enfatizou que a saúde era o completo bem-estar físico, mental e social e, não mais, simplesmente, a ausência de doença ou enfermidade.

Em 1986, com I CMPS em Ottawa, produziu-se a Carta de Ottawa, a qual reconhece a saúde como um direito humano fundamental, e definiram-se como campos de ação para a Promoção da Saúde a construção, implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o desenvolvimento de habilidades individuais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.

Dentre as CMPS, merece destaque a II Conferência, em Adelaide, em 1988, a qual identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis e, dentre elas se destacou o apoio à saúde da mulher. Ali, pela primeira vez em uma década de conferências, houve a real abordagem sobre este tema, ressaltando-as como principais promotoras da saúde em todo mundo. A Conferência de Adelaide propôs que os países iniciassem o desenvolvimento de planos nacionais para a promoção de políticas

públicas voltadas à saúde da mulher, nos quais os pontos da agenda do movimento feminista, citando o “empoderamento” feminino e um olhar mais ampliado de sua saúde sexual e reprodutiva fossem respeitados e priorizados (BRASIL, 2001).

Desde então, vários eventos e documentos são produzidos com a finalidade de debater e apresentar propostas para as questões da saúde e sua promoção, cabendo ressaltar a importância da realização das conferências mundiais, resultando recomendações e compromisso entre diversos países, incluindo o Brasil, com o objetivo de promover a saúde de seus povos. Assim, além de Ottawa e Adelaide, ocorreram outras conferências, tais como a de Sundswal (1991), Jacarta (1997), Rede de Megapaíses (Suíça, 1998), México (2000) e, mais recentemente, a VI C.M.P.S realizada em Bangkok (Tailândia), no ano de 2005.

Diante desses acontecimentos, vemos que mudanças ocorreram no desenrolar da questão da saúde no mundo, iniciando-se mudanças no modelo de atenção à saúde e os profissionais de saúde percebem que para alcançarmos as recomendações propostas pelas C.M.P.S devemos reconhecer a população como protagonista. Acrescenta-se, ainda, o fato de, que, para resolver os principais problemas de saúde da população, é preciso considerar os saberes do povo e suas crenças, modos de vida, e, desde esse momento, conhecimento científico e popular vislumbrarão um cuidado mais efetivo e humano.

No Brasil, as propostas oriundas do Movimento Internacional de Promoção da Saúde repercutiram de formas diversas no contexto político e social, seja incentivando o movimento da Reforma Sanitária ainda na década de 1970, bem como apoiando diversos segmentos da sociedade que clamavam por mudanças, dentre eles a saúde da mulher, a qual recebeu grande destaque.

Durante a década de 1980, as convergências das propostas oriundas do feminismo e do movimento sanitário brasileiro deram origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, em 1983, que representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução. Apesar das dificuldades e impasses de sua implementação e consolidação, o ideário do PAISM continua sendo uma referência para o movimento de mulheres na luta pela saúde como direito de cidadania (LEÃO & MARINHO, 2002).

Assim, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (Brasil, 2004) representa um grande avanço. A síntese do documento considera que as práticas de saúde devem incorporar a integralidade e a Promoção da Saúde como princípios norteadores, buscando consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

A Política acrescenta ainda que os profissionais de saúde devem contribuir para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento da vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologias apoiadas a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte das mulheres (BRASIL, 2004).

Apesar do inegável avanço, oportunidade em que a mulher é reconhecida em todo o seu contexto histórico, é essencial questionar a real implementação dessas recomendações e diretrizes nos municípios brasileiros, destacando Fortaleza capital do Estado do Ceará, no que concerne a novas propostas de “empoderamento” feminino, destacando o fortalecimento da comunicação entre mães e filhas, objeto de nosso estudo.

3.2 O conceito de saúde sexual e reprodutiva

As questões relacionadas à definição dos termos saúde sexual e reprodutiva fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos e dizem respeito às questões da cidadania moderna, pensadas desde os princípios iluministas do século XVIII. A expressão “saúde sexual e reprodutiva” hoje é a grande bandeira de luta de segmentos organizados da sociedade, particularmente do movimento Feminista e dos organismos estatais ou de pesquisa do assunto.

Desde o começo da segunda metade do século XX, mais precisamente em 1954, foi iniciado um aprofundamento dos estudos sobre o tema, resultado das lutas que se desenrolaram, ampliando o conhecimento por meio das discussões baseadas nos debates das conferências da ONU, em 1968, criando o Dia e o Ano Internacional da Mulher. Nos anos seguintes, as demais conferências internacionais discutiram a questão feminina: Roma (1954), Belgrado (1965), Bucarest (1964), México (1984), Viena (1993), Cairo (1994), Beijing (1995) definiram mudanças expressivas, o que alterou os rumos do pensamento e das atitudes relativas ao assunto, particularmente no Cairo.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - CIPD, realizada na cidade do Cairo, em 1994, superou todas as visões das anteriores, e, nesse momento, mediante a relação entre crescimento populacional e fecundidade, emergiram os direitos reprodutivos, fazendo com que a questão do planejamento familiar fosse percebida em uma perspectiva ampliada. A concepção de “saúde reprodutiva” inova, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual por meio da definição:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio.

Na primeira parte da definição sobre saúde reprodutiva da Conferência do Cairo, percebe-se a noção de saúde sexual como parte do conceito de saúde reprodutiva, isto é, a saúde reprodutiva implica o indivíduo ter uma vida sexual segura e satisfatória. Ao final do documento, a saúde sexual é apresentada como forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, independentemente das questões relativas à reprodução e às DST.

Mais tarde, esses conceitos foram discutidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing), em 1995, segundo a definição adotada na Conferência “Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz”. Nessa Conferência, as perspectivas da CIPD do Cairo foram reforçadas e adotou-se uma nova concepção em que se combinam: a) respeito pelos direitos humanos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos; b) promoção do desenvolvimento humano e do bem-estar, com reforço das políticas de educação, emprego, saúde e respeito ao meio ambiente; c) “empoderamento” das mulheres e equidade de gênero.

Reafirmam-se, também, as definições da OMS acerca de saúde sexual e reprodutiva e definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre da discriminação, coerção e violência. Recomenda-se que os serviços de saúde reprodutiva, vinculados à atenção básica de saúde, incluam serviços de atendimento para o aborto seguro, quando legal, além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, DST e infertilidade. Recomendam-se, ainda, serviços de saúde materno-infantil e aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável (OMS, 1996).

A questão reprodutiva passou a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde. O próprio conceito de saúde, todavia, passou por uma evolução importante nas últimas décadas, como já destacamos, porém este conceito ainda recebe a influência do viés biomédico e não incorpora uma visão ampliada que envolva a sexualidade e suas especificidades (OLIVEIRA, CARVALHO, SILVA 2008).

No debate sobre o conceito da dicção saúde sexual e reprodutiva, existe, pois, inicialmente uma ambivalência na definição de saúde sexual, que pode ser vista como uma questão subordinada à reprodução ou como uma questão autônoma e importante por si só, ou seja, sem ligação com as questões de concepção e contracepção. As duas definições seguintes mostram duas formas de se conceituar saúde sexual e presentes na literatura:

a) “A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade”. (CORREA & ÁVILA, 2003);

b) “A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações”. (HERA, 1999).

Assim, à vista de todos esses conceitos, pensamos ser necessário situar as questões sexuais e reprodutivas no panorama mundial, pois ocupam lugar importante na consecução da igualdade de gênero e autonomia de mulheres, incluindo as adolescentes. Nesse sentido, entender que as mulheres têm direito a uma vida sexual e reprodutiva saudável é fundamental para superar desigualdades que ainda permeiam a vida dessa população, e promover ações voltadas para a comunicação e diálogo na família é uma estratégia que favorecerá a garantia dos direitos.

3.3 Processos de comunicação entre mães e filhas adolescentes

Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim, “communicare”, cujo significado é pôr em comum, tornar comum, fazer saber, participar, comunicar idéias, pensamentos, propósitos, estabelecer relação, difundir, entre outros (MENDES, 1994).

A comunicação é fator fundamental na interação social dos indivíduos e instrumento básico da experiência social. Littlejohn (1988) refere que a comunicação resulta em mudanças, e esta se origina de condições da pessoa e na mensagem evidenciada por meio

de valores, atitudes e comportamentos inter-relacionados. Assim, para haver comunicação deve haver compreensão, pois, desse modo, as idéias, imagens e experiências são postas em comum.

Nesse sentido, o processo de comunicação, baseado no diálogo, negociação e argumentação vêm ao encontro das necessidades de mães e filhas. E, por meio de ações voltadas para o fortalecimento dos processos de comunicação, poderão desenvolver habilidades com a socialização de suas vivências. Expressamos o fato de ser inevitável que todo o sistema familiar seja envolvido no processo de comunicação com os adolescentes, fazendo os ajustes necessários a integrar as mudanças ocorridas com esse grupo.

Guimarães, Vieira e Palmeira (2003) comentam que a influência da aids foi a grande propulsora do diálogo na sociedade e na família com início na década de 1980. As conversas sobre assuntos relativos a sexo tomaram maior destaque, porém, ao mesmo tempo, a comunicação entre pais e filhos acerca de temas relacionados a sexo, sexualidade e reprodução continuaram incipientes.

Pensando em romper com o paradigma de que sexualidade não deve ser discutida somente na família, Heilborn (2004) destaca como estratégias de comunicação - o diálogo, a negociação e a argumentação - para o fortalecimento das conversas entre pais e filhos e que os jovens que desfrutem da comunicação ancorada nessas três premissas vivenciam de forma mais saudável a sexualidade.

Entendemos como diálogo a reflexão conjunta, observação cooperativa da experiência e metodologia de conversação que visa a melhorar a comunicação entre as pessoas e a produção de idéias novas e significados compartilhados; ou, posto de outra forma, é uma metodologia que permite às pessoas pensarem juntas e compartilharem os dados que surgem desta interação sem procurar analisá-los ou julgá-los de imediato (REISHUS, 2006).

Para Heilborn (2004), o diálogo é caracterizado como ferramenta definidora nas estratégias que irão ajustar os interesses de pais e filhos. Como as relações não são bem definidas, é necessário negociá-las constantemente, ou seja, reequilibrar a relação que evolui. As negociações surgem, nesse contexto, como fator de inovação e de mudanças que conduz a novas formas de relacionamento entre mãe e filhas.

Ainda conforme a autora, a argumentação esta associada à habilidade de apresentar e defender um ponto de vista sobre um assunto, capacidades de avaliar perspectivas diferentes sobre um tema controverso, formular significado, justificar posições, usar prós e contras de um assunto cotidiano ou tema polemico de substancial importância social.

Considerando tais conceitos e na tentativa de vislumbrar novos estudos que retratem nosso objeto de estudo, procedemos a um levantamento de artigos da biblioteca virtual em saúde do Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – BIREME, mediante os descritores *Comunicação, Adolescente e Sexualidade*. Inicialmente fizemos inúmeras tentativas por meio de descritores que delimitassem nosso objeto, tais como *Mães e Relação Mãe-Filho*, porém não obtivemos sucesso.

Quando processados os três descritores, surgiram 29 artigos na Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE, referentes ao período entre 1998 e 2008, dos quais, apenas 12 privilegiavam o objeto de estudo proposto no que se refere à comunicação como ferramenta promotora da saúde sexual e reprodutiva com adolescentes.

Em relação à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, surgiram apenas seis produções. Em relação à Base de Dados de Enfermagem - BDENF, nenhuma publicação foi localizada.

Em virtude da ausência de artigos nacionais que abordassem a temática, procedemos a uma busca manual em periódicos de grande circulação na área da Enfermagem, restrito ao período de 2002 a 2007: Revista Texto e Contexto Enfermagem, Revista Latino - Americana de Enfermagem e Revista Eletrônica de Enfermagem. Optamos por pesquisar esses três periódicos por considerá-los de grande circulação, bem conceituados nos ambientes acadêmico e profissional, além de apresentarem os artigos na íntegra.

Durante a busca manual, o número de experiências relacionadas ao tema de estudo no âmbito da Enfermagem foi reduzido, ao passo que outras categorias profissionais, como a Psicologia, inúmeros trabalhos foram publicados abordando a comunicação entre pais e filhos.

A literatura internacional obtida na base de dados MEDLINE apresentou três categorias na discussão dos temas, uma abordando os pais como principais referências para os filhos; necessidade de programas que potencializem esse contato; e outra vertente que centraliza a presença materna como principal mediadora na comunicação com os filhos.

Nos artigos, a maior preocupação refere-se à dificuldade dos pais em abordar a temática junto aos filhos e sua forte relação com as futuras habilidades, comportamentos e atitudes desses perante a DST/aids. Nessa realidade, estudo realizado na Alemanha com 481 adolescentes escolares, indicou que o comportamento do grupo em relação às enfermidades estava diretamente ligado à frequência com que dialogavam com os pais sobre o assunto (SHOUTEN et al, 2007).

Os estudos de Silvaram et al (2005) corroboram os entraves dos pais e no sentido orientam no sentido de que programas de educação sexual e reprodutiva sejam criados para ajudá-los a tornarem mais confiantes e competentes na comunicação com seus filhos. O

estudo, realizado junto a 43 jovens indianos em Chennai, desenvolveu grupos de debate entre o grupo e seus pais e verificou melhorias na comunicação dos participantes mediante um programa de aprendizado, considerando as questões de gênero, raça e orientação sexual dos jovens.

Já outras pesquisas realizadas nos Estados Unidos, por exemplo, que apontam para programas que fomentem as habilidades dos pais para o diálogo efetivo, destacaram que as estratégias utilizadas devem considerar o contexto sócio-cultural dos jovens (KLEIN et al, 2005). Autores adicionam a idéia de que as entidades governamentais devem publicar materiais que potencializem a comunicação, tranquilizando os pais. Os materiais devem conter lições sistematizadas, estratégias de implementação e avaliação dos programas, facilitando o envolvimento da comunidade em todo o processo (GREN, 2005; KELLY, LESSER, SMOOTS, 2005; SIMANSKI, 1998).

Clawson e Resse (2003) comentam sobre a importância dos pais estarem preparados para dialogar com os filhos, a cerca de que a primeira discussão sobre sexualidade deve ser acompanhada de um bom embasamento e segurança por parte dos pais. A iniciação deve ser o mais precoce possível e é imprescindível para uma comunicação eficaz futura.

Outra abordagem, descrita por Fende et al (2001), refere-se ao contato dos pais junto aos namorados das filhas adolescentes. Segundo dados da pesquisa, os pais que conhecem mais profundamente o companheiro da filha e com esse estabelece um vínculo baseado no diálogo e na confiança expõem menos a adolescente as DST e HIV.

A outra vertente de publicações, relacionadas à importância da presença materna na educação dos filhos sobre sexualidade e sexo, perfaz um total de cinco artigos. Segundo algumas experiências, os jovens que não obtiveram diálogo eficiente com suas mães possuem conhecimentos insuficientes para terem uma vida sexual e reprodutiva de alto nível.

Outra experiência realizada na Inglaterra, com 157 jovens de ambos os sexos, provenientes de uma comunidade pobre, demonstra que a comunicação da mãe para com os filhos está diretamente ligada a comportamentos saudáveis (SOMERS; PAULSON, 2000).

Corroborando essa realidade, Dilorio, Kelley e Hockenberry (1999) atuando com adolescentes africanas-americanas, e Rosenthal, Feldman e Edwards (1998), em outro estudo, na Austrália, referem que os filhos dialogam mais com suas mães do que com amigos e o pai. Comentam que a mãe pode influenciar a filha a ter uma iniciação sexual mais tardia, priorizando valores mais conservadores que podem minimizar a incidência de gravidez precoce e a contaminação por DST/aids.

Quando nos reportamos à literatura proveniente da base de dados LILACS, por meio de seis referências bibliográficas, não encontramos estudos que abordassem a temática

comunicação com adolescentes envolvendo a família. Apesar dessa realidade, é evidente a preocupação de vários países da América Latina em promover a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

Um dos países destacados é a Bolívia (2003), com origem em 1984, que desde os primeiros casos de HIV/aids no país, direciona suas ações à população jovem. Os estudos porém, ainda são arraigados aos programas preconizados pelas entidades governamentais, não cobrindo as necessidades e peculiaridades dos jovens. Sanchez (2002) concorda com essa realidade e refere que as questões sexuais e reprodutivas ainda são pautadas em um olhar assistencialista na perspectiva dos profissionais de saúde e não reconhecem o universo cultural da comunidade.

Leiva (2002), sob outra perspectiva, destaca o fato de que mudanças estão ocorrendo no trato a essas questões na América Latina e que os processos de comunicação devem ser fortalecidos entre os próprios jovens, não citando a família como rede social de apoio para tais pontos.

Já na literatura nacional voltada para a Enfermagem, diversos estudos apontam para a preocupação geral no que se refere a melhorias no diálogo na família.

No que diz respeito aos adolescentes, há uma similaridade com os estudos abordados anteriormente. Quando comparam o relacionamento com seus pais, afirmam ser comumente mais próximos da mãe. Revelam ainda mais suas vivências íntimas para ela, além de falarem sobre uma variedade de assuntos mais que com os pais (WAGNER; CARPENEUDO 2005). Sendo assim, os adolescentes apontam a mães para conselhos e orientações e acreditam que elas são mais abertas e iniciam mais as conversas, aceitando as opiniões dos filhos (CARMONA, 2000).

A comunicação afeta e é afetada pelo comportamento dos pais. Cano, Ferriani e Gomes (2000) argumentam que bons níveis de comunicação familiar são descritos como elemento de redução dos problemas comportamentais típicos do adolescente. Acrescentam ainda que, apesar das dificuldades apresentadas pelos pais, é no convívio familiar, entre pessoas que se estimam e tentam superar as dificuldades do dia a dia, que as questões devem ser debatidas, levando-se em conta valores, atitudes, crenças religiosas e culturais da família.

A banalização da sexualidade é outro fato que tem dificultado a tarefa das mães brasileiras em educar seus filhos, de associar sexo a afeto e responsabilidades em vistas à promoção da saúde. Diante dessa realidade, contextualizar os processos de comunicação entre mãe e filha e sua importância enquanto estratégia promotora da saúde contribui para produzirmos ações mais concretas voltadas para a informação e orientação dos jovens.

Concordamos com Cano et al (2000), quando expressa que nós, profissionais de saúde, temos um longo caminho ainda a percorrer, muitos tabus e mitos a derrubar, mas todo o jovem tem direito de ser orientado corretamente sobre sua sexualidade e esta deve começar no próprio lar, estender-se à escola e a todas as instituições da área da saúde. Nesse contexto, situar o papel da enfermeira como membro da equipe de saúde tem papel fundamental no “empoderamento” feminino e na educação para os adolescentes.

Nos estudos, observa-se um reconhecimento da família como cenário ideal para a promoção da saúde sexual e reprodutiva pela literatura, visto que os próprios adolescentes, destacando as meninas, reconhecem que as dúvidas sobre DST e aids podem ser esclarecidas com os pais. Borges et al (2006) descrevem que a rede sociofamiliar do adolescente deve ser compreendida como elenco principal na constituição de base para as ações de promoção da saúde.

A importância da família como fonte de informações acerca da sexualidade foi identificada no estudo de Paiva (2003), o qual pesquisou adolescentes de 12 a 18 anos de idade, matriculados em escolas públicas de São Paulo. Dentre os achados, constatou que 61,6% já haviam recebido orientações sobre sexualidade pela família e uma proporção ainda maior (76,7%) sobre aids. Segundo acrescenta o autor, é necessário que os adolescentes mantenham diálogos sobre sexualidade com seus pais, porque, além de ampliar a rede de pessoas com quem conversam sobre sexo, utilizam mais o preservativo, principal medida para evitar a gravidez não planejada e as DST/aids.

Dentre todos os autores citados anteriormente, percebem-se inúmeros pontos de vista, e que em países mais desenvolvidos há uma visão mais positiva de saúde, encarando a sexualidade e reprodução como um assunto de todos, extrapolando o cuidado meramente biomédico, incluindo, então, a família nesse processo. Por outro lado, também são notáveis mudanças no que se refere à comunicação por países da América Latina e Caribe, onde há um reconhecimento dos governantes em mudar o foco de atenção para a família como espaço do diálogo ao mesmo tempo em que outras implicações desfavorecem o trato desses assuntos.

Em síntese, entendemos que a tarefa de educar as filhas para uma saúde sexual e reprodutiva saudável e transmitir valores nos dias atuais é um desafio para as famílias, e quando, por algum motivo, os jovens não se enquadram nos padrões sociais estabelecidos, as mães são consideradas culpadas no tocante à função educativa. Desta forma, não apenas a mãe, no papel de cuidadora, mas também os profissionais de saúde devem localizar na estrutura familiar as dificuldades que os adolescentes e suas mães apresentam no processo de comunicação.

4 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

4.1 Natureza do estudo/abordagem

Este estudo é do tipo qualitativo, fundamentado no referencial teórico-metodológico da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de autoria de Madeleine Leininger (1978). A escolha da abordagem qualitativa neste ensaio se justifica na tentativa de conhecer, mediante as experiências vivenciadas, o cenário natural das informantes, procurando focalizar o fenômeno estudado sob a visão de mundo dos participantes.

4.1.1 Metodologia etnográfica

Para entendermos a teoria proposta por este estudo, é importante reaver sua origem e fonte de conhecimento. Assim, a Etnografia é um método oriundo da Antropologia e somente no século XX, com Franz Boas (1858-1942) e Bronislaw Malinowski (1884-1942) foi que essa disciplina se tornou realmente divulgada. Nesta época, a Etnografia apresentou-se como um método de pesquisa de campo, onde tudo deveria ser anotado (LAPLANTINE, 1995).

Nessa perspectiva de conhecer a cultura, o método etnográfico é empregado por diversos autores para estudar uma variedade de temas na área da saúde, desde o funcionamento do sistema sanitário, como a avaliação da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários (ANDRADE; VAITSMAN, 2002); a avaliação do Programa de Saúde da Família (TRAD et al, 2001); as interpretações e práticas da população (ROPER; SHAPIRA, 2000) e outros que compõem hoje o abrangente campo da saúde coletiva.

O método de investigação por excelência da Antropologia é a Etnografia, considerada por Caprara e Landim (2008) como o modo mais básico de investigação social e que trabalha com ampla gama de fontes de informações. Por método etnográfico entende-se uma atividade de pesquisa de campo, por prolongados períodos, com o contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização, em formato de texto, da experiência.

Além do longo tempo no campo, no entanto, a pesquisa etnográfica não é o espaço empírico onde aplicar ou avaliar uma teoria antropológica. Trata-se de uma atividade durante a qual paulatinamente constituído o saber teórico, juntamente com a coleta dos dados (PIZZA, 2005). Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma

sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha.

Para Cardoso (2000, p. 24), isto faz com que os “horizontes semânticos em confronto – o do pesquisador e o do nativo – abram-se um ao outro, de maneira a transformar um tal *confronto* em um verdadeiro ‘encontro etnográfico’”. Com suporte na Etnografia, surgiram metodologias adequadas às diversas áreas de estudos, como: Etnociência, Etnohistória, Etnometodologia, Etnopsiquiatria e Etno-Enfermagem.

Para Roper & Shapira (2000) muitas enfermeiras antropólogas empregam o método de Etnografia focalizada, pois, por seu intermédio, é possível determinado grupo em um contexto específico, trabalhando com um número pequeno de informantes, bem como conduzir um estudo em áreas urbanas dentro de um específico subgrupo cultural de uma larga sociedade.

4.1.2 Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado

Empregamos na pesquisa o método etnográfico, preconizado pela enfermeira Madeleine Leininger (1991), chamado Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, escolhida para se referir ao povo ou a uma cultura particular, focalizando, universalmente, idéias e práticas relacionadas ao fenômeno da Enfermagem.

Em 1979, Leininger definiu a Etnografia em Enfermagem como um ramo da Enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à Enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de Enfermagem significativo e eficaz para as pessoas, de acordo com seus valores culturais e seus contextos de saúde-doença. Ao mesmo tempo, definiu Etno-Enfermagem como o estudo de crenças, valores e práticas de atendimento de Enfermagem, como percebidos e conhecidos, cognitivamente, por uma determinada cultura, mediante suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores.

Leininger formulou a teoria com base na premissa de que as pessoas de cada cultura não apenas podem saber e definir as formas nas quais experimentam e percebem seu mundo de atendimento de Enfermagem, mas também podem relacionar essas experiências e percepções como crenças e práticas gerais de saúde. Com apoio nessa premissa, o atendimento de Enfermagem desenvolve-se do contexto cultural no qual será proporcionado. Parte da crença de que as culturas têm tanto práticas de saúde específicas a uma cultura quanto padrões prevalentes comuns culturalmente, levando a denominações do cuidado em termos da “diversidade” e “universalidade”.

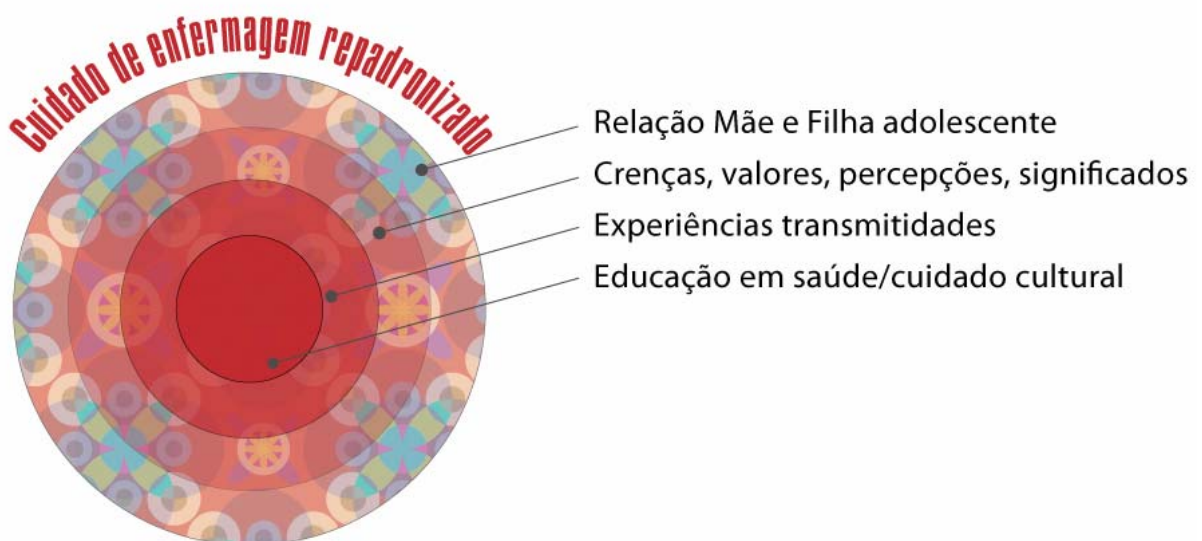
Assim, esta teoria busca explicar a natureza da Enfermagem, seus componentes, atributos ou características que ajudam a esclarecer o que é peculiar, distinto e vagamente conhecido. Nessa perspectiva, entendemos ser a Teoria da Diversidade Cultural do Cuidado importante eixo norteador na coleta e análise dos dados.

A teoria foi elaborada para explicar o fenômeno da Enfermagem transcultural, que significa reinterpretar o cuidado, considerando a diversidade e a similaridade cultural no mundo. Seu propósito é descobrir o significado e funções culturais do fenômeno do cuidado humano.

De sua Teoria, apenas a categoria intitulada *Sistema Popular* será utilizada neste estudo, representando um esforço, no sentido de relacioná-la aos contextos culturais de mães de adolescentes da comunidade do Pirambu e como essas vivências influenciam na comunicação com suas filhas adolescentes.

Segundo Leininger (1991), o *Sistema Popular* refere-se aos cuidados não orientados pelos profissionais, os quais as pessoas e comunidades desempenham, com assento em conhecimentos ou experiências, culturalmente aprendidos e transmitidos; destacando as experiências pessoais das mães, suas vivências de sexualidade enquanto adolescentes e influências culturais procedentes da família, compartilhadas ou transmitidas às suas filhas adolescentes. Em vista desse contexto, formulamos a seguir, uma figura representativa a partir de confluências entre a categoria Sistema popular e objeto de estudo.

Figura 01. Cuidado de Enfermagem Repadronizado à luz do Sistema Popular e a comunicação mãe e filha



No que se refere ao Sistema Popular, Leininger (1985) reconhece a família como espaço privilegiado de cuidado, onde costuma haver significações de saúde e doença e

práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto sociocultural. Por este motivo, a autora assegura que a enfermeira só poderá desenvolver ações congruentes se interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos, com quem está atuando, e isto, por sua vez, só será possível mediante o conhecimento da cultura do outro.

Isto significa que a intervenção deve ocorrer não só no sentido de reconhecer a existência de um sistema popular de saúde, e do diálogo entre mães e filhas acerca da sexualidade, sexo e reprodução; mas também de preservar o cuidado já conhecido pelo cliente, seja acomodando-o ou repadronizando-o (LEININGER, 1985).

Este tipo de atitude profissional, a de reconhecer e compreender as diferenças culturais, possibilita um cuidado congruente com as necessidades do indivíduo ou sua família. É que as experiências de vida são vivenciadas de forma diferente pelos indivíduos, o mesmo não se verificando quanto à utilização de um só referencial, o do profissional, formado por seus valores pessoais e profissionais e pautado no modelo biomédico, pois tal modelo privilegia a uniformidade dos valores culturais, os padrões gerais de atendimento à saúde e a universalização de sintomas e patologias.

Em vista do contexto exposto, o referencial teórico de Leininger (1991) é essencial para este estudo, por incorporar a abordagem cultural das pessoas, buscando oferecer cuidados individuais e integrais - um cuidado dentro de uma visão holística que possibilita refletir os modos de vida e/ou influências no bem-estar ou doença.

4.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, localizada na região Nordeste do Brasil, sendo uma metrópole conhecida por suas belas praias e hospitalidade de seus habitantes. Fortaleza abrange uma área de 336 km e é considerada a quarta maior cidade do País, com população estimada pelo IBGE de 2.458.545 habitantes em 2007. Destes, 53,2% são do sexo feminino e 40,4% encontram-se na faixa etária de 0 a 19 anos.

Em termos administrativos, o Município de Fortaleza está dividido em seis secretarias executivas regionais - SER, que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Por meio desta configuração administrativa descentralizada, a política municipal de saúde é gerenciada pelas SER, por meio de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde - SMS.

Apesar do crescimento e desenvolvimento de Fortaleza nos últimos anos, relacionado ao setor turístico e estabelecimento de grandes multinacionais, contrasta-se outra realidade, onde milhares de pessoas vivem em situação de pobreza. É nesse contexto que destacamos na figura 2 o Bairro Pirambu, localizado na Secretaria Executiva Regional I.

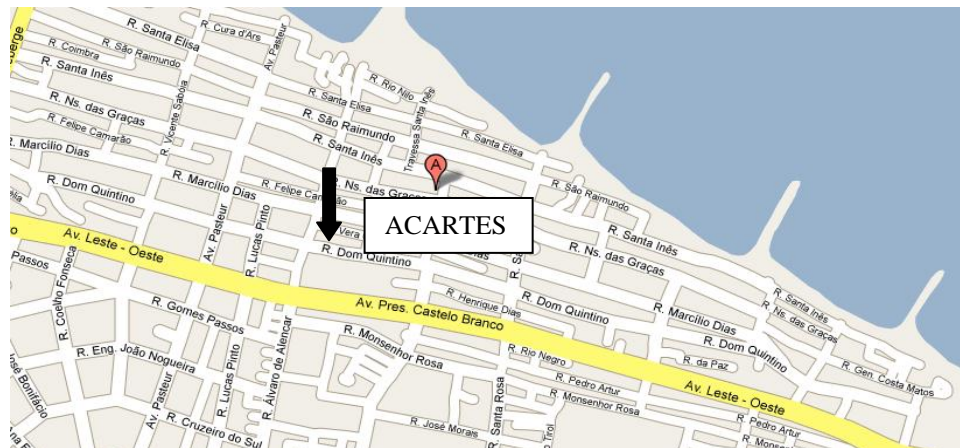
Figura 02. Mapa representativo Secretaria Executiva Regional I em Fortaleza-CE



Conhecido como bairro mais populoso da cidade, o “grande Pirambu” é, considerado a maior densidade populacional do Brasil, com 40 mil habitantes por km². O local é conhecido por suas inúmeras disparidades sociais e econômicas.

Apesar de ser conhecido com um bairro que retrata uma população de periferia, com baixo nível socioeconômico, o bairro é dividido em territórios: a faixa litorânea é constituída por pessoas com menores condições econômicas e sociais, caracterizadas por casebres de papelão e madeira, cercados por esgoto a céu aberto. A outra faixa, onde se localiza a ACARTES, está a cerca de 100 m da Litorânea e é composta por casas de taipa e tijolos, além de serem asfaltadas e possuírem saneamento básico, com cobertura de 60% de esgotamento sanitário, visto que a média de Fortaleza atualmente é de apenas 50,56%, conforme dados da CAGECE em 2008.

Figura 03. Mapa Representativo Bairro Pirambu/localização da ACARTES



Além das diferenças de infra-estrutura, os moradores do Pirambu relatam uma certa rivalidade entre os moradores de “baixo e de cima”, realidade que de certa forma influenciou na definição da amostra, citada anteriormente, pois as moradoras da faixa de “baixo” ou litorânea, não participaram das atividades da Entidade, pela localização.

Apesar do contraste socioeconômico em que vive a comunidade, inúmeras opções inovadoras são fomentadas. Segundo informação do Centro de Assistência Social Virgílio Távora, atualmente existem cerca de 100 organizações não governamentais e associações de moradores, incluindo a Acartes.

Criada em 2002, a ACARTES foi instituída por pessoas remanescentes de antigos movimentos culturais do bairro, como o Movimento Cultural e Político do Pirambu, Centro de Ativação Cultural e o Centro Popular de Cultura. A organização desenvolve ações de formação em cinema e vídeo, artes plásticas, teatro de palco e teatro de bonecos para jovens e adolescentes da região, funcionando diariamente das 8h às 21h.

Ao primeiro olhar, a entidade parecia uma casinha minúscula com no máximo dois metros de frente, porém, ao adentrar, vê-se que é bem maior do que parecia. A decoração do ambiente é muito bonita, com diversas pinturas e esculturas de artistas locais, feitas com materiais reciclados; também havia muitos livros de história antigos, guardados a ‘sete chaves’, pareciam não ser lidos há muito tempo, mas eram enfileirados com carinho como se fossem objetos sagrados.

No prédio, haviam diversas salas para a realização de oficinas e projetos realizados pela ACARTES, incluindo um pequeno teatro rústico para apresentações locais. No primeiro encontro, deparamo-nos com uma oficina ministrada por *Griôs*. Tais atores são pessoas com grande experiência em determinado assunto (arte da pesca, artesanato, bumba-meu-boi, construção de jangadas), e que, com a ‘contação de histórias’, carregam na memória a tradição da história oral, trocando conhecimentos artísticos e culturais passados de geração a geração. Tal iniciativa é tão relevante que é reconhecida como patrimônio cultural imaterial pelo Ministério da Cultura do Brasil.

Em 2004, a ONG foi selecionada pelo Ministério da Cultura, por meio da Secretaria de Programas e Projetos Culturais, para ser um ponto de cultura, beneficiando 150 jovens. Dentre as entidades que apóiam a ACARTES, destacamos a Coordenação Municipal de DST/aids de Fortaleza, que concede incentivo financeiro para a implementação de materiais educativos do tipo audiovisual. No presente ano, produziram o vídeo educativo: “Bota Camisinha, bota”, voltado para a população jovem.

Além das inúmeras atividades da ACARTES realizadas junto ao público adolescente, destacamos o uso da metodologia “roda de conversas” há mais de dez anos,

contando com a participação de cerca de 30 integrantes, com idade entre 24 e 60 anos. A “roda” ocorria mensalmente e nela as mulheres da comunidade encontravam-se e durante cerca de 1 hora e 30 minutos, dialogavam sobre diversos temas, enfatizando as questões sexuais e reprodutivas.

4.3 Agentes Sociais da Pesquisa

As informantes participantes da pesquisa foram sete mães de adolescentes do sexo feminino, moradoras do Bairro Pirambu em Fortaleza-CE. Segundo Leininger (1991), o número de informantes não é a regra, e, em vez disso, o foco é a obtenção de um conhecimento em profundidade para entender o fenômeno estudado. Leininger (1985,1991) refere que, ao se realizar um estudo de mini-etnoenfermagem, no qual se enquadra este ensaio, são necessários de seis a oito informantes-chaves que irão refletir as normas, crenças e modos de vida geral da cultura de seu grupo.

Para delinear o perfil das participantes, os critérios gerais utilizados para a escolha das mulheres foram: trabalhadoras, formais ou informais; mães de pelo menos uma filha adolescente com faixa etária entre dez e 19 anos; participantes das atividades da ACARTES.

Para definição da faixa etária das adolescentes, filhas das participantes, seguimos os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, pela Lei n.º 8.069/90, que circunscreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, e da Organização Mundial da Saúde – OMS que delimita a adolescência como a segunda década de vida de dez aos 19 anos (BRASIL, 1990).

Antes de iniciar a pesquisa de campo, primeiramente, solicitamos a anuência da coordenação da ONG, mediante uma solicitação por escrito, pedindo a autorização para disponibilizarem o espaço e permitir formalmente que participássemos das atividades da ACARTES. Depois de esclarecidos os objetivos do projeto, a Entidade aceitou prontamente o pedido e concedeu permissão para realizarmos o estudo.

Acrescentamos que não queremos diminuir a importância do pai e as vicissitudes da paternidade, haja vista o fato de que o presente estudo restringe nos processos de comunicação entre mães e suas filhas adolescentes. Nesse sentido, vários pesquisadores apontam que mudanças sociais referentes à família e ao papel da mulher com a emancipação feminina mediante sua inserção no domínio do público, a mulher ainda exerce influência predominantemente no domínio privado, ou seja, do ambiente familiar, incluindo a criação dos filhos (BAPTISTA, 1995; HERMANSON, 2000).

Para seleção das informantes, além de contar com os critérios de inclusão expostos, a própria coordenação da ONG foi informante-chave, pois já havia trabalhado com mulheres na gravação de vídeos sobre roda de conversa. Com isso, a ACARTES encarregou-se de nos apresentar as mulheres, o que de certa forma contribuiu para corroborarem a importância do estudo para a comunidade.

Para as visitas, contamos principalmente com uma líder comunitária, que, apesar de não ter filhos na fase da adolescência, foi fundamental como informante-chave e para o alcance dos objetivos do estudo. Moradora há mais de 60 anos no Pirambu, cresceu em meio à comunidade e logo se tornou reconhecida por sua habilidade como parteira e integrante da Paróquia local.

O envolvimento com a ACARTES e líder comunitária foram essenciais, pois pode ilustrar com maior propriedade a vida da comunidade, falando sobre as dificuldades econômicas e outros problemas sociais, destacando principalmente o grande número de domicílios onde as mulheres eram provedoras e grande índice de gravidez na adolescência.

Após os trâmites legais e éticos, e quando já estávamos inseridas no cotidiano da ONG, pudemos vivenciar a realidade da Instituição, o que também influenciou na escolha das participantes.

O primeiro encontro no qual iniciamos o processo de seleção ocorreu em uma oficina de artesanato ocorrida na ACARTES. Nesse momento iniciamos, a observação no local de estudo. Durante a oficina, o grupo observava atentamente os ensinamentos da artesã e, em alguns momentos, foi possível ouvir alguns depoimentos como: “é importante apreender fazer alguma coisa da vida... queria que minha filha tivesse vindo junto para apreender”, “esse momento é bom porque podemos esquecer um pouco das coisas de casa, é tanta coisa”. Esses depoimentos já evidenciaram alguns entraves na comunidade ligados aos relacionamentos interpessoais de seus membros, principalmente a solidão vivenciada pelas participantes que em sua maioria são responsáveis pelo lar e seus componentes.

Além da participação em atividades da ACARTES, para a definição das informantes, procedemos a visitas domiciliares junto às moradoras que participavam de alguma atividade na ONG e que preenchiam os pré-requisitos necessários. As visitas proporcionaram o conhecimento de vários equipamentos sociais do Pirambu, tais como igrejas, associações comunitárias, terreiros, espaços que em sua maioria eram coordenados por mulheres nas suas mais variadas idades e perspectivas; algumas eram solteiras, viúvas, trabalhadoras formais ou informais, e dentre delas uma característica era similar: a preocupação com a família.

Inicialmente, observamos e dialogávamos muito com as moradoras da localidade e continuamos a *posteriori* nos domicílios, para que fosse possível captar o modo de vida das mulheres do Pirambu e escolha das participantes durante aproximadamente dez meses – entre setembro de 2007 e junho de 2008. Nesse período da observação, percebemos que muitas mulheres não preenchiam os requisitos que definimos, de ser mãe de adolescente do sexo feminino, aceitar participar da pesquisa e ter disponibilidade de tempo.

Havendo interação suficiente para selecionar os sujeitos do estudo, foram identificadas 15 mulheres. Porém cabe salientar que, destas, apenas sete participaram de todas as fases do experimento.

Em vista das desistências, realizamos visitas a todas as mães que deixavam o grupo. Das desistentes, cinco informaram não ter tempo para freqüentar os encontros porque tinham que arrumar a casa e esperar os filhos da escola. Duas delas comentaram que não poderiam mais, pois o companheiro não gostava quando saíam de casa.

Um caso especial se refere a uma das mães, que abandonou o grupo referindo viver uma relação afetivo-sexual com outra mulher e que não se sentia bem expondo sua vida. Em vista disso, justificou que foi convidada por uma amiga, mas depois refletiu bem e não teria coragem de expor sua família. Respeitando a vontade da participante, nesse momento, perdemos mais uma informante, visto que a experiência seria enriquecedora para o estudo.

Ao observar as mulheres mães de adolescentes durante as visitas domiciliárias e no decurso dos encontros, é nítida a preocupação em participarem mais ativamente de assuntos ligados a sexualidade e reprodução dos filhos. Nos primeiros encontros, os olhares de ansiedade e excitação eram evidentes junto à prontidão em participarem do estudo.

Apesar de nos conhecerem, quando chegavam à ACARTES, sentavam-se nos lugares mais afastados, realidade que se modificou logo em seguida. Algumas, antes de adentrar a ONG, passavam diversas vezes em frente, para ver quem estava participando; se a líder comunitária estivesse, era sinônimo de que a conversa era boa e valia a pena participar.

Durante os encontros o fato de a maioria das mulheres exercer atividades informais, dificultou a presença no grupo, pois a maior queixa era relativa a um local adequado para deixarem os filhos e a necessidade de fazer “bicos”, conforme elas mesmas definiam, inviabilizava a participação contínua no grupo.

4.4 Procedimentos para coleta de informações

A coleta de informações seguiu o Modelo O-P-R (Observação-Participação-Reflexão) proposto por Leininger (1991), por meio da observação participante, concomitante às anotações no diário de campo e do roteiro de entrevista semi-estruturada individual.

A opção pelo emprego do modelo O-P-R, no estudo, justifica-se por ele oferecer um seqüenciamento de ações que permite ao pesquisador tornar-se completamente conhecedor da situação ou contexto, antes de se tornar participante. Dessa forma, o modelo possibilita um modo útil para entrar, continuar e concluir o estudo, ajudando o pesquisador a se aproximar dos sujeitos, estudar o contexto total e abstrair dados acurados das pessoas.

A primeira fase do estudo se caracterizou pela nossa observação e escuta das mulheres durante a participação em atividades realizadas na ACARTES, iniciada em outubro de 2007, obtendo assim uma visão do interesse das mulheres em participar do grupo. Segundo Leininger (1991), esta etapa consiste, somente, na capacidade de se fazer uma observação direta do cenário cultural.

Participamos de atividades voltadas para o público feminino, como as oficinas com Griôs; comemoração do centenário de uma moradora, momento em que todas as mulheres estavam presentes junto às suas famílias; inauguração de uma cidade cenográfica criada pela ACARTES em Itaitinga-CE, juntamente com as participantes do estudo; visitas domiciliárias acompanhada pela líder comunitária, com o intuito de propagar projetos da ACARTES ou convidar para grupo de oração. Visita a uma cabeleireira da comunidade que atendia maior parte das mulheres. Nessas oportunidades, a observação e escuta ativa foram realizadas, observando atentamente o contexto em que aquelas mulheres estavam inseridas.

Para nos aproximar das mulheres durante esse período, utilizamos o guia facilitador de Leininger de estranho para amigo confiável. Tal método foi imprescindível para que deixássemos de ser pessoa vagamente conhecida para nos tornar pessoa de confiança para a comunidade que havíamos escolhido como campo de estudo, e para que pudéssemos aprender e apreender o significado cultural da relação mãe e filha e a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva.

O guia proposto pela autora tem a finalidade de instrumentalizar o pesquisador para se tornar uma pessoa confiável naquela comunidade, com o propósito de alcançar informações autênticas, facilitando o processo de pesquisa, pois auxilia o pesquisador a aproximar-se das pessoas e obter dados acurados em diferentes contextos.

A importância desse guia pode ser constatada desde o início do estudo, apesar de as participantes nos conhecerem das atividades realizadas na própria ACARTES, em visitas

domiciliárias e atividades educativas do projeto nos Centros de Saúde Guiomar Arruda e Virgílio Távora, durante os meses de julho a outubro de 2007. No início algumas ficaram um pouco “desconfiadas”, mas ao desenrolar da convivência mostraram-se confiantes e interessadas em participar da experiência.

Consideramos, ainda, que depois de alguns encontros na ACARTES e visitas domiciliárias com a líder comunitária, elas já esperavam o dia de se encontrarem conosco a fim de falarem sobre suas vivências, desfrutando de forma sincera dos encontros e grupos. Esse comportamento expresso pelas participantes demonstrou que desse momento em diante não éramos mais mera observadora, mas sim pessoa confiável a quem podiam contar sobre seu mundo particular.

A segunda fase teve o enfoque da observação com participação limitada. Assim, procedemos às visitas domiciliárias, buscando apreender como aquelas mulheres se cuidavam e cuidavam da família nas diversas situações do cotidiano, e, em especial, como se davam as conversas em casa sobre sexo e sexualidade com as filhas adolescentes.

Após fortalecermos a interação com as participantes e definição da amostra, partimos para a entrevista semi-estruturada individual (Apêndice A), a qual definiu o contexto sociocultural e econômico das mulheres e entendimento dessas sobre a comunicação junto às suas filhas.

Segundo Leininger (1991), a entrevista geralmente ocorre na terceira fase do estudo, quando há uma maior interação do pesquisador com o participante, porém antecipamos essa fase em virtude da interação que já existia com a comunidade, colaborando, inclusive, para uma melhor abordagem nos encontros grupais que seriam realizados *a posteriori*, já que conseguimos abstrair novos conhecimentos, vulnerabilidades e potencialidades das participantes.

Acrescentamos que a formulação dos questionamentos ocorreu após revisão sistemática de entrevistas provenientes de estudos da área, o que permitiu validar os achados, confluindo com outras experiências (DIAS e GOMES 1999). Expressamos ainda, que a entrevista teve um seqüenciamento flexível possibilitando conduzir as perguntas conforme andamento da entrevista, respeitando o tempo de cada participante. (ANEXO A).

A entrevista foi importante instrumento na coleta de informações, porque possibilitou desvendar crenças, valores, sentimentos, comportamentos, enfim, toda uma estrutura cultural presente no cotidiano das mulheres da Comunidade do Pirambu, direcionando inclusive as demais ações a serem realizadas. Moraz e Gianfaldoni (2002) mencionam que a entrevista tem a vantagem de envolver uma relação pessoal entre

pesquisador/sujeito, o que facilita um maior esclarecimento de pontos que podem ser obscuros para as pessoas pesquisadas.

A respeito do uso de entrevistas, Lighthfoot e Vasiner (2002) consideram que as crenças e atitudes dos pais são determinadas por um conjunto amplo de valores, entre os quais o contexto sociocultural, o nível de conhecimento, história de vida, necessidades motivacionais e o estado do desenvolvimento pessoal podem ser captados por esse método de coleta. Acrescentam ainda que ela permite identificar teorias explícitas e implícitas adotadas pelos pais além de definir ou representar situações vividas e como suas ações repercutem no desenvolvimento e na vida do filho.

Na terceira fase, quando já estávamos mais familiarizadas com o grupo e depois de realizada a entrevista, promovemos os encontros grupais, iniciados no mês de março de 2008, com periodicidade semanal e com duração entre 1 hora e 30 minutos. A duração dos encontros foi baseada no tempo médio a que as participantes já estavam habituadas, conforme atividades realizadas na OSC. Os encontros ocorreram entre os meses de março a junho de 2008, na própria sede da ACARTES. A cada encontro, buscamos promover um ambiente acolhedor que favorecesse às mães a recuperação das suas experiências de vida, fazendo conjecturas com os acontecimentos pertinentes ao crescimento biopsicobiológico de suas filhas adolescentes.

As dinâmicas surgiram como recurso de resgate temporal para instigar as mulheres a refletirem sobre suas vivências na qualidade de mães na promoção da saúde de suas filhas.

Em relação às experiências, crenças e valores pessoais, empregamos a Dinâmica Linha da Vida como recurso técnico de investigação para o debate e discussão sobre as fases de apreensão de conhecimento e comportamento no contexto cultural destas mulheres. A técnica foi utilizada com o intuito de fomentar uma reflexão das mulheres perante suas vidas, de forma que o grupo fosse um espaço onde cada mulher pudesse expressar suas experiências de opressão ou não na vida privada (LIMA, 1988).

Para realização da dinâmica, introduzimos o tema em uma apresentação e definição dos objetivos propostos, contando com dinâmicas de aquecimento que favorecesse um ambiente positivo de aprendizagem. Acrescentamos que, nos encontros, as metodologias educativas utilizadas foram pactuadas em conjunto com as participantes, reconhecendo desejos, aspirações e potencialidades do grupo no trato das questões a serem discutidas com apoio em um planejamento inicial.

Em relação ao trabalho com técnicas ou dinâmicas de grupo, consideramos relevante a proposta produzida pelo Ministério da Saúde no ano de 2001, intitulada “O trabalho com grupos e a elaboração de material educativo em conjunto com a população - as

DST/aids no cotidiano das mulheres”. O manual contém informações com vistas que as atividades não devem ter meramente cunho de descontração e alegria, mas devem estar inseridas em um contexto pedagógico e que planejamento prévio das técnicas não deve, entretanto, engessar o trabalho nos grupos.

Nessa perspectiva, as dinâmicas propiciaram a participação, discussão, resignificação e reflexão, possibilitando que o conhecimento individual das mulheres fosse coletivizado.

A proposta inicial do projeto foi conhecer um pouco da vida de cada participante, pactuando que assuntos gostariam de discutir, bem como suas expectativas e ansiedades durante os encontros futuros. Os encontros foram divididos em dez momentos, norteados por um roteiro cobrindo cada fase do ciclo vital a ser abordada (Apêndice B) em conjunto com temas de interesse expostos pelas próprias participantes durante as entrevistas, visitas domiciliares e conversas informais.

Abaixo a figura 4, apresentando os estágios aos quais as mulheres foram conduzidas durante o trabalho de grupo, buscando expressar os seus sentimentos e expor seus pensamentos e idéias, ao mesmo tempo relacionando-os com a interação com suas filhas adolescentes.

Figura 04. Fases do ciclo vital nas quais as mães foram conduzidas a refletir em grupo



1. **Nascimento** - discussão e reflexão através de dois momentos. Encontro I - representar simbolicamente o nascimento do grupo, integração entre as participantes com dinâmicas integrativas. Encontro II - teve como objetivos reaver as vivências das mães sobre os primeiros cuidados com a filha.

2. **Infância** - Ocorreu em dois encontros com o intuito de identificar as dificuldades e/ou potencialidades junto às mães, com base nas experiências vivenciadas na infância de suas filhas. Durante os encontros, vislumbramos como se iniciaram os processos de comunicação ou não (diálogos, negociações e argumentações) tendo em vista as questões relacionadas a sexualidade e reprodução.

Do quinto encontro em diante, procedemos a um maior aprofundamento nas histórias de vida das mulheres e experiências ante as temáticas ligadas à saúde sexual e reprodutiva. Na medida em que foram emergindo as memórias, provocamos confluências entre a realidade vivenciada entre elas e suas filhas adolescentes.

3. **Puberdade** – realizamos dois encontros e as seguintes atividades. Encontro I - resgate das memórias envolvendo recordações e sentimentos presentes nessa fase da vida das participantes. Encontro II - vivências na qualidade de mães diante das primeiras experiências/manifestações sexuais das filhas.

4. **Adolescência** – pactuamos quatro encontros com o grupo. Encontro I - relato das memórias das mães como adolescentes. Encontro II – recuperação dos sentimentos da mãe na adolescência da filha. Encontro III - definirmos com o grupo como dialogam, negociam e argumentam sobre as questões sexuais e reprodutivas junto as filhas. Encontro IV - analisar junto às participantes, processos de comunicação e recomendações para a Promoção da Saúde sexual e reprodutiva entre mãe e filha.

Finalizados os encontros, todas comentaram que não se sentiram envergonhadas com o uso do gravador durante os momentos do grupo, ratificando a noção de que, antes do seu uso, contamos com a anuência das participantes. Após o término de cada encontro semanal, comentávamos que mais tarde iríamos transcrever as falas em casa e que, caso não entendêssemos algum depoimento, perguntaríamos novamente no próximo encontro. Várias vezes tivemos que refazer alguns questionamentos, porém, sempre prontamente, todas colaboraram.

Ao final, após vários momentos reflexivos durante quase cinco meses de convivência, iniciamos a quarta e última fase. Procedemos, então, à observação reflexiva, analisamos os dados, após várias leituras do material. Nessa etapa a reflexão e reconfirmação dos achados junto as informantes foram essenciais para validarmos a coleta de dados.

Acrescentamos ainda o fato de que a reflexão ocorreu durante toda a coleta de dados e que nessa fase aprofundamos muito mais os achados. Esse momento configurou-se ainda como término da pesquisa, pois a leitura e interpretação necessitaram de um enfoque maior e, quando necessário, retornamos ao campo de estudo apenas para clarificar alguns pontos não privilegiados nos materiais originais.

O momento em que comunicamos o término do estudo foi difícil. Apesar de estarem cientes de que a pesquisa teria uma duração determinada, o grupo resistiu e solicitou que nos encontrássemos uma vez ao mês pelo menos para mantermos a convivência. Justificamos que se tornaria difícil frequentar todos os encontros e sugerimos que o grupo se

encontrasse apenas para trocar experiências e que, quando possível, estaríamos presente. O grupo aceitou e, desde então se encontra mensalmente, ou nos grupos de oração, para falar de seus problemas familiares e conquistas na comunicação com suas filhas e parentes no convívio familiar.

No passo seguinte, as falas foram categorizadas, de acordo com a influência dos fatores culturais no estilo de vida, bem como as mulheres percebem os fatores de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva junto à suas filhas.

4.5 Organização e análise das informações

Para abstrair as informações significativas que surgiram durante os encontros grupais e as entrevistas, utilizamos a análise qualitativa dos achados, preconizada por Leininger (1991). Durante o processo analítico, desenvolvido durante todo o estudo, porém com maior ênfase na quarta fase descrita anteriormente, utilizamos as fases recomendadas, o que possibilitou apreendermos os significados contidos nos conteúdos das informações obtidos da observação participante, do diário de campo e resultados das metodologias participativas\dinâmicas utilizadas durante os dez encontros. As quatro fases propostas para a análise dos dados, segundo Leininger (1991):

1º fase - relação das informações coletadas, descritas e documentadas - nessa fase, procedemos à análise dos dados empíricos coletados e registrados;

2º fase - identificação e classificação dos descritores e componentes - identificação das falas das informantes, preservando o significado do contexto. Agrupamos as descrições e comportamentos considerando semelhanças e divergências, para permitir a compreensão do fenômeno do estudo proposto;

3º fase – análise padrão e contextual - após a caracterização das informações, realizada na fase anterior, procedemos a uma avaliação minuciosa dos achados, a fim de identificar a saturação de idéias e os padrões de significados dos discursos das participantes;

4º fase - temas principais, descobertas de pesquisa, formulações teóricas e recomendações - nesta fase, abstraímos os significados, interpretando-os, e, então formulamos as descobertas da pesquisa e formulações teóricas para o cuidado de Enfermagem.

4.6 Considerações legais e éticas

Pensamos que um importante procedimento do pesquisador em relação aos sujeitos do estudo insere-se no campo da ética, pois a área da saúde diferentemente de outras,

trabalha com sujeitos humanos, devendo tomar alguns cuidados, definidos na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, que implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos legalmente incapazes - *autonomia*; ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos - *beneficência*; garantia de que danos previsíveis serão evitados-*não maleficência*; relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis; como garantia de igual consideração dos interesses envolvidos-*justiça* (BRASIL, 2002).

Oguisso; Schmidt (1999) relatam que os princípios éticos são universalmente importantes para todas as práticas de saúde, mas a maneira como eles são aplicados podem, em determinada situação, diferir de uma cultura para outra.

A observância da autonomia ocorre diante do esclarecimento aos sujeitos de que sua participação na pesquisa ocorreria somente diante do seu julgamento de participação e do direito de retirar-se, a qualquer momento, caso fosse sua vontade, sem nenhum comprometimento assistencial ou de qualquer natureza.

Aos sujeitos desta pesquisa, não foi atribuído nenhum julgamento de valor sobre sua interpretação, se certa ou errada, acerca dos dados coletados. A anuência dos sujeitos foi registrada em face de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice C), acrescentamos ainda que mantemos o anonimato das participantes, com designações fictícias, apresentando-as através de nomes de amigas de infância, segundo escolha das próprias informantes.

Na condução das entrevistas, comprometemo-nos a criar um ambiente de conversação informal, assegurando que nenhuma pergunta causasse constrangimento, mal-estar ou erro de interpretação, dando-se todos os esclarecimentos necessários para isso, clarificando as perguntas, porém sem qualquer indução. O uso do gravador foi confirmado com o consentimento prévio e esclarecido no ato do convite à participação e durante a entrevista e encontros com o grupo. Dessa forma, acreditamos que cumprimos o requisito da não-maleficência.

Em relação à beneficência, pelo fato de este estudo se inspirar nos princípios da Etnografia, nos quais se observa a compreensão de um grupo particular dentro do seu contexto cultural (valores morais, sociais, religiosos, hábitos e costumes), reforçamos o compromisso do investigador no campo e permitir-se colaborar no aprimoramento das ações de enfermagem no âmbito da Comunicação entre mães e filhas sobre saúde sexual e reprodutiva.

Moraz e Gianfaldoni (2002) sublinham que a Resolução 196/96, que regulamenta a necessidade da utilização do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, obedecendo aos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

Nesse sentido, acreditamos que os resultados da pesquisa proporcionaram benefícios para os sujeitos envolvidos, durante a investigação e poderão permitir um novo direcionamento na prática de Enfermagem no campo da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva.

Referimos, ainda que, diante da Resolução anteriormente citada, que as temáticas investigadas respeitaram os princípios emanados, cumprindo com as exigências setoriais e regulamentações específicas do estudo em questão. Ressaltamos que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - UFC e aprovado sob protocolo nº 17/2008 (ANEXO B).

5 OS ACHADOS DO ESTUDO

Neste capítulo, apresentaremos os achados do estudo e iniciamos com a apresentação das histórias de vida das participantes, conservando os aspectos mais relevantes que permeiam o contexto no qual estão inseridas. A seguir, procederemos à descrição dos encontros grupais, por meio das percepções das participantes, durante a vivência das fases do ciclo vital propostas na figura 03.

5.1 Sobre as informantes e o início de suas histórias

A faixa etária variou entre 32 e 46 anos, sendo que, das sete informantes, três eram avós. A procedência de três das mulheres é do interior do Estado, enquanto as demais são nascidas no Pirambu.

Sobre o trabalho na infância, quatro mulheres exerciam atividades remuneradas, visando ao sustento da família. Outro achado é relativo ao acesso das mulheres à educação, visto que a maioria estudou até metade do ensino fundamental e somente uma conseguiu concluir o ensino médio. Quando questionadas sobre o nível socioeconômico, este variou com uma renda mensal de 200 reais a um salário mínimo, o que evidencia as condições de vida da comunidade. Das entrevistadas, três vivem de aluguel ou com parentes.

Acrescentamos que as histórias das mulheres estão transcritas na íntegra no Apêndice D, e é possível vislumbrar um pouco mais da aproximação entre pesquisadora e participantes.

Matutina: tem 40 anos, solteira, mãe de três filhas, sendo duas adolescentes com 18 e 15 anos, respectivamente. Sua profissão é empregada doméstica. Mora no Pirambu há 22 anos e é procedente do interior do Estado. Na infância, trabalhou desde os oito anos e estudou até 2º ano do ensino fundamental. Contou ainda que aos 17 anos ficou grávida e que por esse motivo veio morar em Fortaleza com a mãe e se estabeleceram na casa de uma tia. Já na Capital, trabalhou como empregada doméstica e mais tarde teve suas outras filhas, com parceiros diferentes. Em relação a sua vida amorosa e sexual, diz ter sentido vergonha e medo desde sua menarca aos dez anos, episódio que não comentou a ninguém. Já sua primeira relação sexual não foi prazerosa, segundo ela, por inexperiência dela e do parceiro. Relembrando o crescimento das filhas, relatou que na infância era mais fácil impor limites e que agora, na juventude delas, tem dificuldade em falar sobre sexualidade e gravidez. Matutina já é avó de Maria de seis anos. Hoje, com a ajuda da mãe e da tia, tenta superar as

dificuldades que a vida lhe oferece na busca de melhores oportunidades para a neta e suas filhas.

Fatinha: mãe de duas adolescentes de 15 e 17 anos, tem 40 anos, casada, empregada doméstica e é procedente do Pirambu. Sobre sua infância relembra que aos 11 anos de idade seus pais faleceram devido ao uso excessivo de bebida alcoólica e, desde esse acontecimento foi morar com tios. Relata que na infância e adolescência teve carinho dos tios, porém não teve orientação sobre sexo e reprodução. Aos 16 anos, casou-se e teve dois filhos, hoje com 23 e 20 anos, os quais já possuem as próprias vidas. Em sua casa, Fatinha diz ser ela quem fala com os filhos e que desde a infância aborda as questões sexuais e reprodutivas, dizendo que esperar até a adolescência “era tempo de mais”. Para dialogar com os filhos, utiliza cenas do cotidiano como novelas e acontecimentos na comunidade. Fatinha refere que, apesar dos entraves em sua infância, teve a grande chance de conhecer seu esposo que é seu maior apoio na família.

Valdinete: tem 32 anos, nascida no Pirambu, mãe de três filhos, sendo que duas são adolescentes, de 11 e 14 anos. Valdinete é empregada doméstica e casada há 15 anos; sua religião é evangélica. Ela nos contou que teve boa infância e adolescência e que estudou até o ensino médio, porém sua única barreira nessa fase era a comunicação com a mãe, que era autoritária. A rigidez da mãe fez com que se casasse cedo, na tentativa de ter uma vida mais feliz. Relembra que na sua adolescência, quando teve sua primeira menstruação a família disse “agora já pode ter menino”. A idéia de ter um filho tão cedo fez com que nunca falasse sobre sua sexualidade com receio de ser envergonhada. Hoje em relação às suas filhas acha que é essencial dialogar sobre as mudanças do corpo e sexualidade, mas considera que deve ser feita no momento certo, mas não sabe exatamente quando iniciar, pois acha as filhas imaturas. Segundo Valdinete, as filhas aprenderão mais sobre sexualidade e reprodução quando estiverem junto a um parceiro. Sobre sua rede social de apoio, diz ser o esposo, mas na comunicação com as filhas, o cônjuge argumenta que “mulheres devem ser educadas por mulheres e assim por diante”.

Eudinha: tem 35 anos, procedente do Pirambu, mãe de duas adolescentes de 15 e 17 anos, empregada doméstica mora com a mãe na localidade. Durante a infância ajudava nos afazeres domésticos, já que a mãe trabalhava fora. Na adolescência engravidou aos 17 anos na primeira relação sexual. Eudinha relatou que a gravidez precoce repercutiu na sua vida como um todo, pois se sente despreparada a ter uma relação estável com outros homens, pois as

duas gravidezes não foram planejadas. Sobre a relação com suas filhas, diz estar em conflito, pois há cinco anos abandonou o lar e “juntou-se” com um namorado, mas a relação durou pouco. Nesse período, afastou-se da família e perdeu a interação com as filhas, que começaram a respeitar mais a avó. Sobre a comunicação junto às filhas, diz querer aproximar-se delas, no entanto comenta que a avó é quem mais tem influência na vida das adolescentes, e que ela fala somente em prevenção da gravidez. Eudinha diz estar preocupada com os conhecimentos sobre DST das filhas, pois tem medo que elas enfrentem obstáculos parecidos com os seus e engravidem logo, já que, segundo ela, uma das filhas já tem vida sexual ativa.

Francisca: tem 46 anos, nascida no Pirambu, tem dez filhos e, destes, duas são adolescentes, com 12 e 14 anos. Sobre sua história, relatou que desde pequena ajudava em casa com trabalhos de costura para incrementar o orçamento. Aos 14 anos “se perdeu” com um primo, fato que a fez sentir culpada. Ela relembra ainda que nunca teve qualquer contato com a mãe sobre as mudanças do corpo, a não ser na primeira menstruação, momento em que a mãe ensinou a “usar uns paninhos”. Aos 17 anos, casou-se e teve cinco filhos, mas divorciou-se depois de dez anos. Já aos 28 anos, conheceu outro companheiro e teve mais cinco filhos, mas o esposo faleceu. Após alguns anos e responsável por dez filhos, voltou a morar amigavelmente com o ex-marido pensando no bem-estar da família. Em relação as suas filhas adolescentes, diz preocupar-se com o futuro delas e que já chegou a falar com elas sobre gravidez e DST, no entanto, sente-se envergonhada e diz que a escola pode fazer esse papel com maior propriedade. Francisca já tem vários netos, inclusive é avó de Maria, filha de sua filha adolescente de 16 anos.

Jaqueline: cabeleireira, de 35 anos, casada, mãe de duas adolescentes de 13 e 16 anos, é procedente do interior do Estado e mora no Pirambu há 18 anos, desde que se casou. Ela relatou que sua infância e adolescência foram tranquilas e que vivenciou bem essas fases. Quando completou 15 anos, os pais se separaram e começou a trabalhar em um salão de beleza para ajudar em casa. Aos 16, conheceu seu atual marido e decidiu ter sua família. Após o casamento, veio o nascimento das filhas, momento esse que até a adolescência delas mesmas foi tranquilo, porém, a partir dessa fase, começou a ter dificuldade em comunicar-se com elas, já que iniciaram perguntas sobre gravidez e DST. Ela contou que ficou com medo de incentivar as filhas e que vive eternos conflitos em casa. Jacqueline conta que é o esposo quem fala com os filhos sobre a vida e namorados. Sobre sua sexualidade diz não comentar com ninguém, pois acha que é um assunto muito pessoal. Ao final, relata sentir-se frustrada em relação ao relacionamento com as filhas, principalmente quanto ao seu papel de mãe, já

que o marido assume grandes responsabilidades nesse âmbito. Seu maior desejo é comunicar-se sem barreiras na família, no entanto tem medo de repetir a criação da própria mãe.

Lourdes: tem 40 anos, nascida no Pirambu, doméstica, casada, mãe de quatro filhos, sendo que três são adolescentes do sexo feminino de 11, 14 e 17 anos de idade. Lourdes contou que em sua infância não trabalhou, mas ajudava a mãe nos afazeres domésticos e estudou até o ensino fundamental. Relatou que a mãe era muito dedicada aos filhos e que, desde a sua menarca, ela comentava sobre gravidez, DST e a importância “gostar de si mesma para poder gostar dos outros”. Na adolescência conheceu seu atual esposo e relembra com carinho sua vida amorosa. Em relação às filhas, relata que desde a infância comenta sobre a importância de cuidado com o corpo, sexualidade e gravidez, tentando reproduzir os ensinamentos de sua mãe, com alguns “incrementos, é claro”. Sobre as DST, esperou que estivessem mais maduras porque, segundo Lourdes, o assunto exige responsabilidade. Já quando questionada sobre sua rede social de apoio, diz ser o esposo seu maior referencial, pois é quem ajuda no sustento da família e quem dialoga com os filhos quando necessário.

5.2 Conversas sobre saúde sexual e reprodutiva: a percepção das mães

5.2.1 O nascer do grupo e o resgate temporal do nascimento das filhas

O encontro I proposto na metodologia da figura 04 teve o objetivo de representar simbolicamente o nascimento do grupo. Para tal, optamos inicialmente em provocar as integrantes por meio da expressão escrita, porém o grupo não respondeu efetivamente à dinâmica proposta.

As mães, no entanto, utilizaram-se da expressão oral para simbolizar o momento, por meio de uma ciranda, sendo que cada integrante proferiu uma palavra que representasse seus sentimentos como integrante do grupo. Dentre as palavras, as mais significativas foram amizade, paz, amor, compaixão, casal, sexualidade, filho, oportunidade, família, mãe.

O encontro II teve o intuito de reaver a vivência das mães em relação ao nascimento e primeiros cuidados com as filhas. A estratégia inicial consistiu em uma vivência com relaxamento e mentalização de alguns comandos, ao som de uma música relaxante.

Durante a vivência, solicitamos que ficassem sentadas confortavelmente. Ao longo da dinâmica, pedimos para lembrarem sentimentos presentes desde a gravidez até o nascimento das filhas (ANEXO C).

Ao final da dinâmica, passamos uma caixinha com objetos (mamadeira, roupinhas, cartão da criança, foto de adolescente grávida, figura de mulher amamentando). Ao retirar o objeto, comentavam, expondo os sentimentos provocados durante a reflexão. Nos depoimentos os mais marcantes foram:

Quando fiquei grávida tive medo, mas quando minha filha nasceu, lembro da ajuda da minha tia, não sabia nada e com aquela criança nas mãos, me lembro bem disso. (MATUTINA).

No início senti medo, mas depois eu senti muita felicidade, foi muito bom, toda miudinha, me senti mais mulher. (VALDINETE).

O nascimento de minha filha foi lindo, tive apoio de meu marido e da família dele, ter aquela menina nos braços era a melhor coisa. (JAQUELINE).

Eu acho lindo a gravidez, mas quando vejo uma adolescente grávida fico com pena, porque sei que ela vai ter muita dificuldade na vida como eu tive e como minha mãe passou também. (EUDINHA).

Sobre os comandos memorizados, quatro mulheres relataram que o primeiro sentimento quando souberam da gravidez foi medo, principalmente de não ter condições de criar a criança. As demais relataram que a sensação foi de satisfação e alegria.

Em relação às mudanças do corpo, nenhuma descreveu sensações negativas e sim como um acontecimento normal e prazeroso. E, quando referiram o sentimento em ver uma grávida, referiram alegria, no entanto, quando a gravidez se refere a uma adolescente, revelaram frustração, pois associam a dificuldades na vida.

Em relação ao desenvolvimento das filhas, o medo de perda é visto até os dois anos de idade, conforme relataram algumas mães:

Tinha medo que minha filha não chegasse a se desenvolver, aqui na época não tinha tanto recurso, quando tinha uma febrezinha corria para o hospital. (EUDINHA).

Até os dois anos minha preocupação era que elas não tivessem nenhum problema, depois isso passou, acho que é o medo de mãe. (LURDES).

Sobre as dificuldades, o sustento era a principal preocupação. A situação socioeconômica das entrevistadas demonstra a falta de oportunidade de emprego que assegure melhores condições de vida, bem como o acesso a creches e bens de serviço que garantam o cuidado dos filhos na ausência dos pais.

Às vezes o dinheiro era pouco e minha filha tinha que se alimentar, cheguei a deixar com vizinha que eu pouco conhecia para poder ir trabalhar. (FATINHA).

Em uma época meu marido e eu estávamos desempregados, e eu já tinha dois filhos, o medo que dava de não ter o leite para dar era o que me preocupava todo o dia. (FRANCISCA).

Quando indagadas sobre os sentimentos mais presentes nessa fase, relatam que a boa interação emocional com as filhas e o carinho eram as principais características do nascimento e desenvolvimento.

o nascimento foi doloroso, mas conforme minha filha ia desenvolvendo o que eu mais gostava era quando ela dava carinho, abraçava, beijava, depois vai passando. (JAQUELINE).

A gente nunca esquece de quando elas eram pequenas, a aproximação e o carinho. A gente tem impressão de que elas são tão indefesas que a gente vai cuidar delas assim o resto da vida. (EUDINHA).

Ao final, todas as participantes avaliaram o nascimento como uma experiência positiva em que a interação mãe-filha é essencial para a auto-estima, tanto da mãe quanto da filha. O início da comunicação, por meio das primeiras palavras, e a transmissão de valores, são reconhecidos como imprescindíveis para a formação do caráter dos filhos nessa fase. Não obstante, o único fato destacado como negativo foi a necessidade de trabalhar e deixar as filhas com outros parentes ou amigos, o que na opinião das participantes, pôde ter influenciado um distanciamento entre mães e filhas. Essa realidade pode ser percebida nos depoimentos a seguir:

Quando a Aninha era bebê, só pude ficar com ela 5 meses, depois tive que ir arranjar trabalho e deixei ela com minha amiga. Ela era uma pessoa legal, mas tinha mania de receber todo o tipo de gente em casa e aquilo deixava minha filha agressiva. Por essas e outras coisas acho que o certo é a mãe criar desde cedo. (EUDINHA)

A minha filha foi criada pela minha tia desde pequena, eu ia trabalhar e ela ficava com outras mais velhas, às vezes chegava em casa machucada e com o tempo começou a machucar o povo lá de casa. Eu me senti mal, porque não estava fazendo meu papel de mãe. (MATUTINA)

Eu acho ela é assim espevitada porque quando era bebê ficava numa senhora que cuidava de criança. Eu ficava fora o dia todo e não podia dar atenção o tempo todo, de noite estava cansada. Ela se criou no meio de um monte de crianças maiores que tinham educação errada. (JAQUELINE)

5.2.2 A infância e o início da comunicação entre mães e filhas

Visando reaver as memórias das mães em relação à infância de suas filhas adolescentes, foram realizados dois encontros e tiveram o intuito de identificar as dificuldades e/ou potencialidades junto às mães, com base nas experiências vivenciadas. Durante os encontros, procuramos conhecer como se iniciaram os processos de comunicação ou não (diálogos, negociações e argumentações) tendo em vista as questões relacionadas a sexualidade e reprodução.

A dinâmica utilizada foi um debate, baseado em duas histórias envolvendo a temática. A primeira história contada foi de uma mãe que tinha problemas para responder às

perguntas da filha e a segunda era referente à outra mãe que desde o nascimento das filhas, abordava as questões sobre sexualidade de uma forma natural e levou sua filha de seis anos a conhecer uma maternidade (ANEXO D)

Após lidas as histórias e feitos alguns questionamentos para provocar o grupo, as mulheres manifestaram-se e relatam suas memórias. Dentre as falas, as mais marcantes foram:

Eu escuto uma história dessas e só me lembro lá de casa, o difícil era eu dizer o que ela queria saber. As vezes queria responder mas tinha medo de falar. Acho que a escola tinha que ajudar também. (MATUTINA).

Minha filha começou lá pelos 7 ou 8 anos me perguntando sobre como é que se fazia menino. Eu fiquei sem saber o que dizer disse apenas que isso não era coisa para a idade dela. (VALDINETE).

Ela me pediu sobre o que era a palavra “transa” e eu não sabia para que lado ia. Fiquei de responder mais tarde, mas acho que ela só queria saber se eu sabia mesmo. (EUDINHA).

Quando ela ficava só comigo em casa, não fazia pergunta não, quando começou a ir no colégio é que começaram as coisas. Teve um dia que ela pediu o que eu fazia mais o pai dela e eu disse que quando fosse mulher ia aprender! (JAQUELINE).

As vezes quando ela vinha com uma “boa” queria até falar, mas me falta as palavras, eu tenho um pouco de medo. Eu acho que o problema da gente não falar é porque a gente não conhece bem o corpo, como acontece, a gente sabe como é: sente dor, faz as coisa com o marido, mas não sabe bem como é por dentro. Isso atrapalhou, eu acho. (FRANCISCA.)

Os depoimentos demonstram a dificuldade das mães em abordar as questões sexuais junto às filhas, principalmente quanto ao ato sexual. Entre os entraves, como esclarecer as dúvidas e o medo de estar incentivando ou ensinando de forma errada, são presentes. Um fato relevante refere-se à falta de conhecimentos sobre o próprio corpo feminino, segundo as participantes.

Outro achado é relativo à responsabilização da escola, como é apontada no depoimento anterior. A fala evidencia que a família está desestruturada como unidade de socialização dos indivíduos e ainda não há uma definição de papéis entre a escola e a família, o que pode causar impasses. Nessa óptica, os papéis de ambas necessitam ser repensados e a família estimulada a se “empoderar” visando ao cuidado de seus integrantes, destacando crianças e adolescentes.

Em relação à segunda história, discutida com arrimo em uma experiência positiva, os depoimentos foram muito enriquecedores, pois demonstram que as mães têm interesse em aprimorar o diálogo com suas filhas e reconhecem a infância como uma fase valorizada para o aprendizado desses temas.

Acho que o certo de tudo isso é contar a verdade, eu lembro que quando a mais velha perguntou como é que nascem os bebês eu levei ela na casa de uma amiga

que tinha tido um filho, para ela ver que nasce da barriga, ela tinha uns 6 anos. (FATINHA).

Quando minhas filhas perguntava como é que nasce os menino eu não achava difícil, o problema é quando elas pediram como é que se faz os bebes. Quando elas pediram já tinha uns 7 para 8 anos e eu disse que era uma coisa que quando duas pessoas se amavam, como eu e o papai fazem. Eu acho que não expliquei direito, mas para o entendimento delas acho que foi o suficiente. (LOURDES)

Hoje em dia as crianças não pedem muita coisa sobre sexo e outras assunto. É a gente que tem que começar, se a criança ta perguntando alguma coisa já não esta direito, temos que ta um passo frente e deixar a criança confiante. (VALDINETE).

5.2.3 Desvendando a puberdade

Desde essa fase do estudo, foram abordadas questões relativas à puberdade das adolescentes e como as mães experienciaram os eventos biológicos ocorridos neste período.

As modificações biológicas típicas da puberdade são a maturação sexual e o grande crescimento físico-estirão da puberdade. Nas meninas, o primeiro sinal pubertário é o aparecimento do botão mamário e ocorre entre os oito e 13 anos e, em seguida, os pelos pubianos e, finalmente, a menarca.

Tendo em mente o conceito de puberdade e suas características definidoras, procedemos a dois encontros a fim de conhecer como se processou essa fase do desenvolvimento na vida das mulheres. Descritos os eventos caracterizadores da puberdade e visando a alcançar os objetivos, procedemos a três encontros na ACARTES e realizamos as seguintes atividades a seguir delineadas:

O encontro I teve o intuito de reaver as memórias envolvendo recordações e sentimentos presentes nessa fase da vida das participantes. O objetivo da dinâmica foi sensibilizar as mães para a etapa em que as filhas se encontram. A estratégia proposta foi a discussão baseada na música de Raul Seixas, “Metamorfose ambulante”, canção escolhida pelo próprio grupo.

Após refletirem por meio da música, o grupo iniciou a discussão. Nas falas das participantes, os sentimentos de medo e alegria estão presentes:

Faz tempo, mas ainda lembro da época em que fiquei mulher....tive muita vergonha, ficava escondendo meu corpo para que ninguém soubesse, era como na musica, uma metamorfose ambulante mesmo (risos). Quando menstruei de verdade não contei para ninguém, quando minha mãe soube disse logo “agora pode ter menino”.(VALDINETE).

Eu tenho saudade do meu tempo de moça, quando veio a menstruação fiquei com muito medo, não sabia bem o que era. Conteí para minha mãe e ela só fez dizer: usa uns paninhos aí! Só disse isso eu nem sabia que naquele momento eu podia engravidar e depois de um tempo fiquei grávida, o que eu aprendi foi com os outros da rua. (FRANCISCA).

Quando aconteceu de o meu peito crescer fiquei preocupada porque já estava demorando muito, depois de um tempinho é que desceu o sangue. Não contei para ninguém lá de casa só para as amigas. Quando o povo lá de casa descobriu já fazia era tempo e ela disse que eu cuidasse para não pegar um buxo. (JAQUELINE).

Nos depoimentos citados anteriormente, as mulheres percebem a puberdade como uma fase difícil, caracterizada por modificações no corpo para as quais não estavam preparadas, citando a mãe como figura importante nessa fase, pois destacam que as primeiras orientações dadas por elas não falaram em menarca como um fato importante, mas apontando apenas para o início da capacidade reprodutiva. Nesse contexto, a menarca é percebida na família como uma nova etapa reprodutiva e não como um acontecimento que pode influenciar na sexualidade e auto-estima das adolescentes.

Outro sentimento apontado foi o medo diante da menarca e suas modificações corporais. A falta de conhecimentos e o suporte familiar, segundo o grupo, contribuíram para uma vivência negativa da puberdade, fato que pode ter repercussões em outras fases do ciclo vital, incluindo a sexualidade.

Apesar dos depoimentos anteriores, duas participantes citaram com alegria a experiência da puberdade:

Minha mãe sempre me ensinou para quando chegasse a menstruação. Eu tinha um pouco de medo, mas era normal para idade, porque tinha 11 anos. Quando aconteceu minha mãe ficou muito feliz, mas eu pedi para que ela não contasse para ninguém, assim como minha filha me pediu. (LOURDES)

Que tempo complicado esse nosso, de ficar mudando o corpo. Tinha até me esquecido de tudo isso, mas gostei de lembrar de novo...não lembro muito bem com que idade aconteceu, mas meu primeiro sentimento quando comecei a virar mocinha é que os meninos iam me olhar e podia ter um namorado (risos). (FATINHA)

Discutidos e socializados os medos e alegrias no primeiro momento, partimos para o encontro II, resignificando as primeiras experiências e/ou manifestações sexuais das filhas e o sentimento materno ante tal situação. Os depoimentos a seguir demonstram que mães sentem dificuldade em relação à comunicação com suas filhas quando das primeiras manifestações sexuais:

Quando minha filha começou a ficar moça eu conversei com ela e disse que agora ela teria que ter mais modos e cuidado com os meninos...ela chegou para mim e falou toda com raiva que já sabia de tudo. (MATUTINA).

Eu lembro quando fui comprar os primeiros sutiãs com ela. Ficou toda alegre que teria um sutiã igual os das amigas... Quando ficou menstruada chorou e eu consolei dizendo que aquilo era normal e que agora ela era uma mulher. (VALDINETE).

Eu fui direto contar para o pai dela e ele disse que agora ela tinha que ter mais cuidado com os rapazes na rua...ela ficou chateada mas acho que o pai tinha que saber também. (JAQUELINE).

Meu medo era de que elas se entregasse para qualquer rapaz e ficassem logo grávida...quando elas começaram a mudar o corpo a gente ficou meio distante, mas acho que na idade dela também fiquei assim. (EUDINHA).

Eu tentei mostrar para elas o lado bom e o lado ruim de acontecer da gente virar mulher...o lado bom é que a gente pode ser mãe e o lado ruim é que a gente pode pegar doença e se envolver com quem não presta. (FRANCISCA).

Assim como aconteceu comigo, com minha filha foi tudo bem, eu sabia que mais cedo ou mais tarde ela ia ficar moça e a única coisa que eu pensava é que ela soubesse o que estava acontecendo com ela...tentei levar ela no posto para falar com a enfermeira, mas ela não quis, então respeitei, mas eu fiz minha parte. (FATINHA).

Os discursos demonstram confluências entre os depoimentos anteriores, provenientes da vivência das mães nessa fase. É perceptível a associação da menarca, com a questão meramente reprodutiva, somando-se as questões de gênero. O medo de que as filhas se relacionem precocemente com outro menino e engravidem supera inclusive a questão da sexualidade, restringindo-se à reprodução. Mesmo as mães reconhecendo que essa realidade repercutiu de forma negativa em suas vidas, repetem de maneira inconsciente essa expressão cultural.

5.2.4 A adolescência: experiências de mães e filhas

Chegada essa fase do estudo, o grupo iniciou uma nova percepção, por meio de oficinas e outras dinâmicas que envolveram o “ser adolescente”. Para tal, optamos pela realização de quatro encontros, visto que, além da questão da adolescência, o grupo abordou outras questões como DST, sexualidade e homossexualidade.

Para o primeiro momento, segundo a metodologia proposta (Apêndice B), o grupo relatou as memórias que emergiram quando relembrou a fase da adolescência. A dinâmica utilizada foi a construção de um painel com fotos das participantes na adolescência. Cada integrante trouxe uma foto, e depois de constituído o mural, começamos a debater sobre alguns acontecimentos dessa fase, livremente, conforme desejo das participantes. Acrescentamos que duas mães trouxeram recortes de revista, pois não tinham fotos nessa fase. Quanto às memórias, as primeiras experiências amorosas são evidenciadas, como percebemos nas falas a seguir:

Eu tive uma adolescência normal, tive a oportunidade de estudo, desde pequena tive todo acesso as coisas que eu quis, desde educação até boas roupas e alimento. Não era uma adolescente de sair muito porque minha mãe era repressora de mais. Apesar dos problemas de casa até que vivi bem. Aos 17 anos me casei e logo tive minha filha. Dizer que brincar nessa fase eu não brinquei, minha religião

(evangélica) também não permitia certas coisas. Mas no geral não foi ruim não! (VALDINETE).

Antigamente a gente não falava muito nessa adolescência, a gente era criança e logo depois já era uma mulher, não tinha meio termo....quando eu me vejo nessa foto eu lembro de como eu era diferente, mais bonita. (MATUTINA).

Na adolescência foi quando tive meus primeiros namoradinhos, mesmo muito presa porque minha mãe prendia nós, mas eu aproveitei. Nas saídas para a missa era quando eu mais aproveitava, ia ver os menino. (FRANCISCA).

A gente é tão bonita quando é moça, todo rapaz ficava admirando...eu tinha muito medo dos rapazes porque minha mãe botava era medo, não é a toa que logo na primeira vez que saí peguei um buxo, essa foi minha adolescência (EUDINHA).

Segundo os depoimentos, a adolescência das mães foi caracterizada por certas privações, as quais, segundo elas, não ocorrem nos dias atuais. O medo de ser punida pela família é presente nos discursos, destacando a figura da mãe como principal mediadora.

Após finalização do primeiro encontro, pactuamos que guardaríamos as fotos e para vivenciar o encontro II, referente ao sentimento das integrantes em relação à adolescência das filhas; repetimos a mesma dinâmica do encontro anterior, no entanto acrescentamos, no segundo mural, fotos de suas filhas adolescentes, para, ao final, compararmos. Para colaborar com a discussão, promovemos uma dinâmica intitulada “mito ou realidade” (ANEXO E). Quando estávamos fazendo uma leitura entre as fotos de mães e filhas, varias diferenças foram destacadas pelas participantes:

Quanta diferença entre eu e minhas filhas, não que faça muito tempo (risos), olha as roupas que ela usa hoje e olha como eu era. Minha filha já é uma mulher....para a mim a diferença entre a adolescência de hoje e a minha é que hoje ela se manifesta muito cedo. (FRANCISCA).

Para ver as mudanças até pra mim achar uma foto de quando eu era nova foi difícil, minha filha tem varias...eu acho que minha filha aproveita muito mais do que eu aproveitei. Se você fica em casa hoje e só estuda é uma coisa boa, mas na nossa época não, ou ajudava ou não tinha o que comer.(MATUTINA).

Os conhecimentos que a vida oferece hoje é muito maior...a televisão é uma dessas coisas que veio para ajudar e ao mesmo tempo esculhambar...eu tenho vergonha de falar com ela, mas logo a televisão chega e mostra uns absurdos... (VALDINETE).

Ser um adolescente hoje é fácil e é difícil, e eu digo porque: fácil porque você tem as coisas mais fácil tudo é mais gostoso e difícil porque tem as perdição do mundo, as doenças, as drogas a bebida, antigamente essas coisas não era assim tão a vontade. Vejo a adolescência da minha filha com medo porque não sei como vai ser o dia de amanhã. (EUDINHA).

Elas hoje tem muito mais condição do que eu tive na idade dela, acho que sem duvida ser adolescentes nos dias de hoje é mais fácil...mas para ter uma vida boa tem que estudar, e o que eu sempre digo lá em casa, hoje o jovem tem estudo e não valoriza, isso é um grande pecado. (JAQUELINE)

Após discutirmos sobre as fotografias, partimos para a metodologia pre-estabelecida (ANEXO E). Enquanto as mães liam as frases, definiam se elas se enquadravam

como mito ou realidade relacionando, à adolescência. A metodologia contribui para esclarecermos lacunas que as mães apresentaram, destacando principalmente a questão das DST e homossexualidade.

Percebemos nas falas que as mães possuem conhecimentos sobre as DST e o uso de preservativo, sendo que a maioria disse ter participado de palestra em alguma unidade de saúde da família. Dentre as situações destacadas, mitos relacionados à privação no período menstrual, como lavar a cabeça ou nadar; homossexualidade e sinais e sintomas das DST.

A mãe sempre me falava que tomar banho quando menstruada poderia prejudica o corpo e dar cólica, eu não sei se é verdade, mas as vezes eu acho que piora mesmo. (MATUTINA).

Tem umas coisas que o povo fala, como andar sem chinela quando esta menstruada que vai ficar com problema nos ovários...eu tenho medo dessas doenças, aí eu evito. (FRANCISCA).

Outro assunto abordado foi o tema homossexualidade. Segundo as informantes, atualmente existem vários casos de ambos os sexos na comunidade e que tal realidade aflige varias famílias, segundo as mães.

Esse negócio de ser homossexual não é uma coisa normal, minha filha tem uma amiga que parece um rapaz...eu fico com o “pé atrás” mas eu tento respeitar...se minha filha me falasse que gosta de mulher eu não sei o que eu faria, mas tem que falar disso com os filhos. (FRANCISCA).

Antigamente não tinha tanto viado, hoje esta muito comum...tudo liberado...tem vários casos aqui no Pirambu, o povo só comenta coisa ruim. Na minha opinião eu acho que não é natural... (VALDINETE).

Eu sempre quis saber se a pessoa que é homossexual já é quando nasce. Eu acho que a pessoa nasce assim e nunca muda. (MATUTINA).

Já em relação as DST, questionamentos relativos aos sinais e sintomas foram destacados, principalmente quando reconhecem que seus conhecimentos ainda não são suficientes para repassar para as filhas. As mães referem ainda que as filhas também não possuem saberes necessários a uma vida sexual e reprodutiva saudável em relação à prevenção das DST/HIV/aids, o que as torna vulneráveis.

A mais nova chegou em casa com umas camisinhas, mas ela é tão pequena ainda...na verdade acho que sobre prevenir filhos elas sabem alguma coisa, mas sobre essas doenças aí, não!. (VALDINETE).

Eu não sabia que tinha doença que não tem corrimento, achei que quando passava não tinha mais doença...(MATUTINA).

Para o encontro III solicitamos as mães para que comentassem como dialogam, negociam e argumentam sobre as questões sexuais e reprodutivas junto às filhas.

Visando a esclarecer o grupo sobre o objetivo do encontro, recuperamos Heilborn (2004), quando ela refere que o diálogo é caracterizado como uma ferramenta definidora nas estratégias que irão ajustar os interesses entre mães e filhas. Como as relações na adolescência não são bem definidas, é necessário negociá-las constantemente. As negociações surgem então como um fator de inovação e de mudanças que conduz as novas formas de relacionamento entre elas.

Em relação à argumentação, está associada à habilidade de apresentar e defender um ponto de vista sobre um assunto, capacidade de avaliar perspectivas diferentes sobre um tema controverso, usando prós e contras sobre um assunto cotidiano. Delimitados e esclarecidos os conceitos, emergiram as seguintes falas:

É normal, eu tento falar com elas sempre, acho que todo o pai deve dialogar com seus filhos, tento sempre falar dos dois lados da moeda, você pode ter um namorado hoje e se entregar para ele, mas também pode engravidar (argumentação)...(VALDINETE).

Elas vivem pedindo para sair com as amigas...eu fico com pena de deixar elas em casa, aí eu falo que pode ir, mas contanto que tenham cuidado, principalmente com os gaiatos...(negociação) eu tento sempre dizer que uma noite mal vivida agora pode fazer com que um bucado a mais seja ruim também (caso de gravidez) (argumentação). (EUDINHA).

Um dia ela a de 15 anos veio com uma história que uma amiga tinha usado citotec...fiquei com vontade de ir atrás da amiga e falar umas verdades...mas achei que deveria era conversar com minha filha, falando sobre o aborto que pode colocar a vida da criança e da mãe em risco (Argumentação)...falei para ela que se um dia ela engravidasse iria assumir, porque o aborto não era a solução. (negociação). (FRANCISCA).

Acho que a gente tem que falar com jeitinho sobre isso sim, afinal hoje em dia as doenças e a Aids estão matando todo mundo e essas doenças não tem mais cara. (argumentação). Acho que hoje é preferível pegar uma gravidez do que uma doença. (FATINHA).

Acho que hoje elas sabem o suficiente para um começo, o começo da vida com outra pessoa, e seja ela homem e mulher! (negociação). E eu falo isso não é por nada não, eu sei que hoje existe muita gente namorando com gente do mesmo sexo, o problema é filhos e doença. (argumentação) (EUDINHA).

Falar sobre sexo interessa tudo mundo, mas eu não sei porque é difícil (diálogo), todo mundo faz essas coisas, tem filho, tem neto...mas eu não entendo. Queria descobrir mais sobre isso, e mais sobre as doenças do sexo, para poder me prevenir melhor. (JAQUELINE).

Elas referem que acontecimentos da comunidade também servem como argumentação, porém ligados mais a gravidez precoce, como apresentado no caso a seguir:

Às vezes aparece fulana filha de alguma vizinha grávida que embuxou, eu aproveito para falar sobre o problema da gravidez cedo de mais. Falar de DST é mais difícil porque não é uma coisa que a gente vê nas pessoas, então não dá para falar.(FATINHA).

Ao final, procedemos ao encontro IV, o qual teve como objetivo analisar junto às participantes, processos de comunicação como instrumentos mediadores para a Promoção da Saúde sexual e reprodutiva entre mãe e filha.

Em geral, o grupo ratificou a importância do diálogo com as filhas e concordam que a família deve acompanhar constantemente a interação das filhas nos vários espaços sociais, destacando a escola. O que elas relatam é que existe uma lacuna entre o serviço de saúde, escola e família. A seguir depoimentos que emergiram do último encontro:

Nunca dá pra saber tudo e nunca é tarde de mais para aprender, eu acho que o posto de saúde é um local ideal para isso, o problema é que nem sempre tem palestra interessante, mas no geral é bom, nós, mães, temos que cobrar mais atenção. (LOURDES).

Falar pra se prevenir é fácil, usar a camisinha, faz isso, faz aquilo, mas o que eu me preocupo é na hora do vamô vê, porque ta com um homem é diferente, as vezes dá um medo e se não se cuidar a gente cai nas conversa mesmo e pega DST. Mas eu acho que para ficar preparada só eu não posso ajudar, tem que ser tudo, o colégio, o posto, nos aqui da comunidade é tudo. (EUDINHA).

A família deveria ter mais apoio do centro de saúde, da escola e do centro comunitário. Se eu tivesse mais conhecimento poderia ajudar muito mais e teria a segurança que elas teriam uma vida mais cheia de saúde. Acho que a escola junto do posto devia ajudar mais os pais. Levei uma proposta para o conselho escolar e eles falam que não tem quem ajude, porque os professores já estão lotados e é difícil chamar o posto de saúde para cá. (Fatinha)

Eu posso falar com sinceridade, eu falo, talvez não tão bem quanto aquele povo do posto, mas eu falo com minhas palavras. Eu tenho sorte porque minha mãe me falou algumas coisas comigo quando era adolescente também e ela sempre dizia que nunca queria ser como sua mãe, que era muito calada, eu falo isso para as meninas. (Lurdes)

Os pais devem conversar mais com os filhos sobre sexo e suas conseqüências. Acho que a gente tem que ensinar para eles desde pequenos contra a gravidez e DST, mas desde pequeno mesmo, porque eu comecei tarde e é por isso que minhas filhas tem esse jeito quando falo com elas. Eu acho que devia ter mais apoio para os pais não só na escola mas no posto também. (Valdinete)

As falas ilustram ainda uma problemática que envolve as questões sexuais e reprodutivas no serviço de saúde, visto que, para elas a fim de alcançar o sucesso no processo de orientação e educação sexual das adolescentes, é necessário articular uma rede de cuidado, composta pela família, serviço de saúde e escola, citando ainda o controle social. No primeiro depoimento, as atividades do Centro de Saúde são apontadas como desinteressantes, contribuindo para um afastamento das usuárias no âmbito da saúde sexual.

Outro fator percebido é a importância de mães e filhas dialogarem e transmitirem esses conhecimentos entre gerações, potencializando relações mais saudáveis e promotoras de saúde. O diálogo entre parceiros sexuais também é apontado como estratégia que deve ser fortalecida no enfrentamento das DST/aids.

Pensando em reaver todos os momentos vivenciados, procedemos, no último encontro do grupo, a uma seleção dos depoimentos mais marcantes durante os quatro meses de convivência. A dinâmica consistiu em recuperarmos as fases da história de vida, vivenciadas pelas integrantes e escolha das experiências mais significativas. A estratégia também foi importante fonte de validação dos dados.

Ainda conforme as dificuldades, elas definiram como essencial compreender como funcionam o corpo humano e sua anatomia reprodutora, além de conhecimentos sobre as DST. O requisito mais destacado porém, foi valorizar as histórias de sucesso sobre a comunicação mãe e filhas, discutidas durante os encontros, das quais quatro obtiveram destaque.

Lá em casa desde pequeno tratei de ensinar as crianças a não terem vergonha do corpo. Quando elas eram criança eu sempre dizia que não era para ter medo de mostrar as partes. Quando ia dar banho sempre deixei elas tomando banho comigo e com o pai, para verem que é uma coisa natural. Tem gente que proíbe, mas é pior porque aí quando vem fica tudo doido. No momento em que elas não quiseram mais, eu aceitei e vi que estavam entrando em outra fase, assim como os meninos. (FATINHA).

Uma vez minhas filhas pegaram uma revista com um povo pelado que encontraram lá em casa nas coisas do irmão, elas ficaram tão impressionadas com aquilo tudo. Na hora eu fiquei sem saber o que fazer, mas quando eu parei para pensar achei que tinha que fazer alguma coisa. Quando vi a revista fiz uma cara boa e perguntei a elas se elas reconheciam alguma coisa dali, elas disseram que era o papai e mamãe. Disse que aquela revista não era para a idade delas e que aquilo era normal, e que elas deveriam esperar chegar o momento certo para aquele tipo de coisa. Foi tão tranqüilo, elas fecharam a revista e continuaram brincando, e eu é claro suando frio. Acho que é na infância que a comunicação sobre sexo deve começar. (LOURDES).

O problema é que quando eu vou falar sobre esses assuntos elas se fazem de desentendidas...no início eu ficava chateada...um dia eu peguei uma delas no quarto dando conselho para a amiga do jeito que eu falava, ela dizia para a colega que se caso ela engravidasse agora iria dificultar a vida dela, além de pegar uma DST. Fiquei tão feliz! Eu acho que esse jeito delas é porque meu marido é machão...eu aproveito a novela, os programa para falar sobre essas coisas de Aids, se elas gostam de “Malhação” é um momento que eu posso falar. (FATINHA).

A gente não sabe, mas tem um problema sério: a gente gosta muito de falar, mas nunca escuta o que as nossas filhas sente. Eu sou prova disso, para acontecer o que a gente quer de se comunicar melhor a gente tem que ter mais paciência no dia a dia. (EUDINHA).

As informantes citam ainda que a comunicação deve estar presente desde a infância, estendendo-se até a fase da adolescência. A educação sexual deve ser gradativa e constante de modo que possa acompanhar as especificidades de cada adolescente. Ouvir as filhas adolescentes e suas necessidades foi um dos pontos valorizados pelas participantes e considerado ideal para uma comunicação eficiente.

Outro destaque foi em relação à abordagem por meio de cenas do cotidiano, como as novelas e outros programas de TV. A cena mais relevante para discussão é quando

aparecem adolescentes da mesma faixa etária que suas filhas, citando, por exemplo, a telenovela *Malhação*, veiculada há mais de dez anos pela Rede Globo.

Após feitos os comentários e resgate das experiências mais expressivas, o grupo definiu algumas recomendações para qualquer família que deseje um diálogo efetivo entre mães e filhas. A delimitação dos pontos foi sugestão de duas integrantes, Fatinha e Eudinha, e o grupo aceitou a estratégia. O grupo fez uma síntese para apresentação em plenária das recomendações, conforme figura a seguir:

Figura. 05. Recomendações para promoção da comunicação entre mãe e filha



Ante ao exposto, o quadro simboliza a construção coletiva do grupo após todos os momentos vivenciados. O estabelecimento das sete recomendações ainda não é suficiente para alcançar o processo comunicativo de forma eficaz, segundo as próprias participantes, mas demonstra que essa situação pode ser superada sistematicamente.

Para as informantes, o aspecto mais relevante é relativo à integração dos serviços de saúde, família e escola, em uma perspectiva de fortalecimento da rede social de apoio. Quando se referem à família, destacam principalmente a necessidade de inclusão e

participação dos homens na educação das filhas, visto que, no desenrolar deste estudo, é nítido o fato de que a maioria das mulheres conta apenas com outras figuras femininas para assegurar o cuidado dos filhos.

Além desses pontos o fato de conhecer mais profundamente o corpo, no sentido biológico, e sobre as DST, também é citado como uma estratégia básica para o grupo. A inclusão do tema sexualidade deve estar agregada, é claro, mas não podemos negar que algumas mulheres têm dificuldades relacionadas a sua anatomia e se querem sabem onde localizar os ovários ou útero. Nessa perspectiva, o grupo se questionou e formulou a seguinte fala: “Sem conhecimentos, como as mães vão dialogar com suas filhas?”. Esta é uma indagação que emergiu das próprias informantes e que reflete esse contexto.

A necessidade de se iniciar o diálogo desde a infância é reconhecido pelas participantes, mas, visto que essa realidade não existe na maioria das histórias entre mães e filhas do estudo, o que nos faz investigar: o que realmente está por trás desse processo? Será a influência dos valores socioculturais? Ou uma trama de acontecimentos?

Durante os encontros e reflexão entre nós e grupo de mulheres, emergiu das informantes o seguinte apontamento: “Eu quero mudar essa realidade, mas como fazer, se aqui é sempre feito desse jeito!”, - referindo-se tradição do não-diálogo entre mães e filhas. Esta reflexão transmite um pouco da realidade em que as mulheres estão inseridas e o que nos remete ao próximo capítulo, referente à análise dos dados, observando mais próximo à luz das propostas de Leininger.

6 DISCUSSÃO DOS DADOS À LUZ DO SISTEMA POPULAR PROPOSTO NA TEORIA DE LEININGER

O interesse profissional e científico pela sexualidade humana tem tido ao longo da história motivações diversas: de um lado, a saúde mental, que relacionou a vivência da sexualidade como fonte de felicidade ou de mal-estar pessoal e relacional; de outro lado, a saúde pública, que teve de confrontar-se com problemas importantes relacionados com a sexualidade, nomeadamente o problema da gravidez precoce, aborto, DST, e, nas últimas duas décadas, a epidemia da aids acompanhada por uma feminização e aumento da incidência entre adolescentes e jovens.

A Enfermagem, como área do conhecimento e de cuidado, contribui para uma abordagem significativa, que visa a melhoria na qualidade de vida na população, incluindo no tocante à sexualidade. Conseqüentemente, pensamos que neste estudo não podemos realizar generalizações, nem estabelecer normas ou regras gerais quando o que se preconiza é o Cuidado de Enfermagem, devendo ser valorizadas a intersubjetividade e a percepção dos sujeitos.

Optamos, portanto, por sugerir algumas estratégias, para que o enfermeiro possa atuar com maior proficiência no que concerne à promoção do dialogo entre mães e suas filhas adolescentes, na expectativa de que elas consigam escolher e assumir novos caminhos que possam promover de forma adequada à saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres; entendendo que elas devem ser cuidadas no meio em que vivem, procurando minimizar suas dúvidas, angústias e conflitos existenciais, os quais costumam acompanhar suas escolhas e, conseqüentemente a relação com suas filhas.

Para tecer considerações sobre a temática, buscamos no modelo de Enfermagem, proposto na metodologia do estudo, privilegiar uma abordagem cultural e humanista dos sujeitos do estudo; também que se constituísse como eixo norteador da reflexão nos aspectos específicos da Enfermagem. Ressaltamos que os achados do estudo contribuem para um aporte na área da Enfermagem para trabalhar o cuidado na interface da saúde sexual e reprodutiva de mulheres.

A opção pelo Modelo de Enfermagem, de Madeleine Leininger e seus pressupostos, vêm de total encontro às falas das mães de adolescentes do estudo, no que se refere, em especial, às suas experiências de vida, as quais, segundo as participantes, são frutos do contexto cultural no qual estão inseridas. Leininger destaca que os valores e as crenças de qualquer ser humano devem ser valorizados no Cuidado de Enfermagem, já que o ser humano

vive em relação consigo, com outros e com o mundo, devendo ser visto em um constante processo de mudança.

Assim, o Modelo da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, elaborado por Leininger com base em distintos contextos culturais, demonstra a necessidade da adaptação do Cuidado de Enfermagem à “situação” dos sujeitos. Nesse modelo, o cuidado constitui a essência da Enfermagem e provém do conhecimento de significados e práticas, o qual é produto da experiência humana, das visões de mundo, dos usos da linguagem e dos valores culturais (LEININGER, 1991).

No capítulo anterior, caracterizado como 1ª fase, segundo metodologia proposta pela autora, descrevemos os dados coletados, apresentando as histórias de cada participante e o contexto e que encontram, incluindo os encontros do grupo de mulheres. Neste capítulo, procedemos à identificação e classificação dos descritores identificados nas falas das informantes e nos depoimentos gerados durante os mais de dez meses de convivência. Depois da descrição dos dados, procedemos à elaboração de categorias para discussão e análise, preservando o significado do contexto.

No primeiro momento, o que nos chamou a atenção foi o fato de que acontecimentos ligados à questão econômica e cultural das mães influenciaram suas vidas desde a infância e que na atualidade ainda exercem pressão e dificultam o diálogo. Acontecimentos relacionados ao modo de vida, crenças e valores foram determinantes na definição da 1ª categoria, intitulada *Influência dos fatores socioeconômicos e seu impacto na vida das mulheres do Pirambu*, o que ilustra o contexto em que vivem as mães.

A 2ª categoria é referente às experiências vivenciadas pelas mães e estão diretamente ligadas ao processo de comunicação propriamente dito, e que atuam sobre o diálogo. Tal categoria é referente *A vivência da sexualidade: memórias das participantes*.

Ao passo que desvelamos a vivência da sexualidade feminina, adentramos as dificuldades e facilidades das mães no processo de comunicação. Nesta categoria, definida como a 3ª, a nomeamos como *Tecendo considerações sobre o diálogo, argumentação e negociação na comunicação mãe e filha*.

É nítido nos depoimentos o fato de que as mães entendem que, para que ocorra o diálogo, é necessário maior apoio entre a família e as instituições de saúde e educação. O reconhecimento de que ações intersetoriais devem ser priorizadas é um encaminhamento e percepção provenientes da categoria anterior, que deram subsídios para a 4ª categoria, delineada na perspectiva da *Interface: família, escola e serviço de saúde*.

Ainda em relação ao papel da teoria de Leininger, destacando os pressupostos da Etno-Enfermagem, procedemos à 5ª, descrita como *O Sistema Popular de Leininger*:

apontamentos para a enfermagem no campo da saúde sexual e reprodutiva, e que é caracterizado pelas recomendações e formulações teóricas para o cuidado de Enfermagem.

Na 6ª e última categoria, diante de todos os achados apreendidos sobre a influência dos fatores culturais no estilo de vida das mães de adolescentes, propomos a *Prática de Educação em Saúde como estratégia mediadora da comunicação entre mães e filhas no contexto familiar*.

6.1 Influência dos fatores socioeconômicos e seu impacto na vida das mulheres do Pirambu

Durante os encontros e mediante as entrevistas, as participantes comentaram que em sua maioria são provenientes de famílias de baixa renda e que trabalharam desde a infância, destacando atividades de cunho doméstico para ajudar no sustento da família. Segundo as participantes, este contexto as prejudicou na dedicação aos estudos, visto que seis informantes têm pouca escolaridade, em média quatro anos apenas.

Em relação à profissão das mulheres, Bucher (2002) destaca que as mais carentes, criadas em um meio social conturbado, crescem vislumbrando profissões que tragam retorno financeiro rápido para suprir suas necessidades humanas básicas, e, nessa realidade trabalham muitas vezes como diaristas, empregadas domésticas e outras profissões que são mal remuneradas e muitas vezes exercidas sem qualquer direito empregatício, sendo que muitas vezes, se espelham nos próprios pais para buscar uma profissão.

Nesta perspectiva, acreditamos que o prolongamento da duração dos estudos pode ter papel importante na prevenção da gravidez, fazendo com que haja um retardamento da entrada na sexualidade com o parceiro. Inversamente, a ausência de qualquer perspectiva pessoal ou profissional, ligada a uma escolaridade irregular, não faz com que os sujeitos considerem uma eventual gravidez como uma perturbação maior e, portanto, não há necessidade de ser evitada.

Os depoimentos das mulheres refletem esse contexto, visto que a necessidade de sobrevivência é marcante. Vale ressaltar que, em nenhum momento, elas comentaram sobre o desejo de exercer outra profissão, ou pensaram a respeito, ou seja: o meio em que vivem fez com que as necessidades da família fossem colocadas em primeira instância, ao passo que suas aspirações pessoais ficaram adormecidas em segundo plano.

Assim é possível perceber que as questões ligadas aos fatores sociais e culturais influenciam a vida das mulheres, sendo responsáveis por alguns dos conflitos relacionados

principalmente à dinâmica familiar, fazendo com que as mulheres tenham que abdicar mais de suas vidas para os cuidados com a família e seus integrantes.

No campo da Enfermagem, as interfaces das dimensões socioeconômicas e culturais ligadas ao trabalho na infância e baixa escolaridade oferecem elementos explicativos e mobilizadores do que se conhece sobre os fatores contributivos para barreiras nas questões sexuais e reprodutivas na família. Consoante, Mandú (2006), na identificação das vulnerabilidades, necessidades e novas possibilidades assistenciais, a adoção dessa problemática permite que o enfermeiro reconheça a influência das relações entre a saúde sexual e reprodutiva e os efeitos das assimetrias socioculturais.

Outra situação percebida é a situação de perda dos pais, revelada por uma das participantes, o que a levou a depender de outros parentes. No estudo, outras participantes, ainda que não tivessem sofrido a morte de um dos pais na infância, relataram situação de abandono paterno ou materno.

A ausência das figuras maternas e paternas pode contribuir para que a menina mais rapidamente seja considerada como alguém que deve assumir responsabilidades, o que não tende a ocorrer em famílias com maior poder aquisitivo. Essa responsabilidade atrelada às modificações da adolescência contribui para uma vivência negativa dessa fase o que contribui para maior vulnerabilidade as DST e aids. (CARVALHO, COELHO, 2005).

Diante desse contexto, a falta de recursos econômicos, aliados à baixa expectativa de emprego e estrutura familiar, influenciaram a vivência da sexualidade e reprodução das participantes do estudo. A história de gravidez ainda na adolescência, aliada ao medo posterior de não conseguir oferecer subsídios para o sustento da filha, confirmam esse fato. Atrelado ao papel de mãe, a dificuldade de acesso a bens e serviços é destacada quando referiram a barreiras para deixar as filhas em creches, tendo que submetê-las a cuidadores informais da própria comunidade.

Sobre a o impacto socioeconômico e sua relação com as questões sexuais e reprodutivas, alguns jovens são mais vulneráveis do que outros, pois, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e violência, além da falta de acesso amplo aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção (CASTRO, ABROMAVAY, SILVA, 2004). Os adolescentes nem sempre possuem maturidade para analisar as conseqüências futuras dessa interação, deparando-se freqüentemente com situações de risco, como gravidez precoce e DST/HIV/aids.

Czeresnia e Freitas (2003) abordam o fato de que as condições e os estilos de vida estão diretamente relacionados com determinantes do processo saúde-doença. De acordo

com as autoras, as condições de vida dizem respeito às condições materiais, necessárias para a subsistência, sendo a nutrição, a convivência, o saneamento e as condições ambientais, constituídos basicamente pela capacidade de consumo social. Em termos analíticos, o modo de vida determina certas condições vitais, garantidas indiretamente por meio de políticas sociais, e os estilos de vida, correspondendo ao conjunto de práticas - comportamentos, hábitos, atitudes e percepções.

Outro impasse relaciona-se ao número de mães que sustentam e cuidam da família sem a presença e/ou apoio de um companheiro, apesar de que no estudo, apenas duas mães se encontram nessa configuração; no entanto, isso ocorre também nas famílias em que o companheiro está presente, visto que o desemprego estrutural é presente na localidade, pois três cônjuges se encontram desempregados e não é difícil encontrar, pelo Pirambu, inúmeros homens sentados nas calçadas ou em bares. Essa realidade é evidenciada por meio da fácil inserção das mulheres no mercado, submetendo-se a empregos informais e sem remuneração adequada.

Para Costa e Cabone (2004), o desemprego produz um estresse na família, já que a mulher acumula funções de provedora e o cônjuge pode ter a auto-estima abalada e facilidade de desenvolver depressão e ansiedade. Para as crianças, esta situação pode levá-las a ser negligenciada dentro do lar ou até mesmo que assumir tarefas domésticas.

A carência de recursos também faz com que muitas famílias habitem áreas carentes de saneamento básico, como é o caso de quatro informantes do estudo. A ausência de saneamento básico, a aglomeração dos domicílios e pessoas dentro de espaços residenciais, bem como o desconhecimento de hábitos de higiene fazem com que a incidência de doenças seja aumentada, incluindo a contaminação pelas DST.

Além dos problemas ligados às condições de vida da comunidade, podemos citar ainda outros entraves relacionados à questão sexual e reprodutiva, o que emergiu na fala de uma das participantes. O tema aborto foi citado e ilustra a realidade vivida na comunidade, visto que a maioria dos abortos confirmados ocorre entre as mulheres mais pobres e de baixa renda, segundo documento da Rede Feminista de Saúde em 2004, intitulado “Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê”. Apesar de aparecer no discurso de forma moralista, a mãe referiu como uma prática aceitável para o “outro” mas não na sua família.

Segundo pesquisa realizada em 2004 em diversas capitais brasileiras junto a adolescentes, 68% relatam que conhece moças ou mulheres que fizeram aborto, realidade essa presente inclusive em Fortaleza. Entre os motivos alegados pelas adolescentes a que recorram ao aborto, comumente, destacam: a falta de aceitação da gravidez pela família ou medo de

comunicá-la; o desejo de não ter o filho; a impossibilidade de tê-lo por motivos econômicos e a desinformação. Deve-se ressaltar que essa situação também apresenta importantes variações, de acordo com as realidades socioeconômicas, culturais e de oferta de serviços de qualidade (ABRAMOVAY, 2004).

Diante do contexto descrito, acreditamos que o enfermeiro deve dialogar abertamente sobre o assunto, não de forma moralista, mas respeitando os direitos sexuais e reprodutivos dos envolvidos e expondo os riscos e repercussões desse ato, incluindo os pais. Sendo a enfermeira integrante da equipe de saúde da família, deve abordar junto a sua clientela as questões sexuais muito além do aspecto biológico. Deve desvendar os hábitos e estilos de vida, visando à Promoção da Saúde, envolvendo não apenas o conhecimento dos fatores de risco para as doenças, mas especialmente a compreensão da dinâmica familiar e da determinação saúde/doença dentro dela. Abaixo, figura representativa dos fatores socioeconômicos que contribuem na vida das informantes do estudo

Figura 06. Influência dos fatores socioeconômicos e culturais na vivência da sexualidade



Diante desses componentes e considerando o contexto de saúde sexual e reprodutiva, não podemos “culpabilizar” as famílias, no caso, as mães de adolescentes, por sua saúde nesse aspecto, seja por uma gravidez precoce ou dificuldade de negociar o preservativo junto ao um companheiro, ou ainda falar com suas filhas adolescentes sobre sexo e sexualidade. Devemos orientá-las a respeito do contexto em que vivem, para que possam ter maior autonomia e poder de decisão. Portanto para atuar dentro da família, modificando seus hábitos relacionados à comunicação, objeto deste estudo, é fundamental não criticar os

componentes indesejados, mas reforçar os aspectos positivos da personalidade de cada mulher e que podem contribuir para o cultivo de hábitos mais saudáveis.

O profissional de saúde deve reconhecer que as mulheres e as famílias, em diferentes contextos, situações de vida e cenários culturais e institucionais, têm expectativas e sensações e adotam práticas, passando por experiências relacionadas à vida e reprodução que se traduzem em diferentes suscetibilidades e necessidades.

6.2 A vivência da sexualidade: memórias das participantes

A vivência da sexualidade e as mudanças corporais ocorridas na adolescência, segundo as participantes do estudo, referem-se principalmente a experiências negativas que focalizavam a reprodução como única finalidade na vida sexual das mulheres. Sentimentos como medo e vergonha são percebidos na maioria dos discursos, seja nas primeiras manifestações dos caracteres sexuais ou em relação às experiências sexuais propriamente ditas.

Em relação ao diálogo com suas mães na juventude, esse foi destacado como superficial, sendo que, para quatro informantes, os conhecimentos foram considerados insuficientes e sem profundidade, pois as mães tinham barreiras para concretizá-lo. Apenas uma das mães do estudo referiu ter recebido conhecimentos, segundo ela, suficientes, de sua mãe na infância e adolescência.

De acordo com Giddens (1993), a vergonha é uma característica mais acentuada na educação das mulheres. Já na infância, a menina incorpora a idéia de que os eventos relacionados ao seu corpo precisam ser encobertos. Falar sobre sua sexualidade é torná-la evidenciada, o que deve ser evitado. Sem as informações necessárias, muitas mulheres identificam as transformações em seu corpo como vergonha, o que dificulta a busca de esclarecimentos sobre tais assuntos junto aos seus familiares. Trabalhos realizados com grupos de mulheres na maturidade confirma esse fato (DINIZ, COELHO, 2005). O desconhecimento e o constrangimento da mulher em relação ao seu corpo atravessam as etapas do ciclo vital (Mori, Coelho e Estrella 2006), o que tende a contribuir para o aumento de dúvidas, receios e sofrimentos acerca do lugar que passa a ocupar na sociedade à medida que envelhece.

Neste contexto, é evidente que na localidade a sexualidade é afetada pelas influências familiares. A maioria das pessoas não se dá conta do poder que as relações no espaço familiar exercem sobre a vida emocional das filhas. Segundo Marconi (2004), é importante que os pais reconheçam que proibições excessivas na juventude podem acarretar atitudes medrosas e inibir

mais tarde qualquer manifestação de prazer que a sexualidade possa proporcionar. No estudo é perceptível que as mães, em sua maioria, foram submetidas a uma educação excessivamente repressiva, o que, acreditamos, pode bloquear a expressão das emoções e, conseqüentemente, a sexualidade.

Outra situação revelada por seis das entrevistadas foi relativa ao fato de não terem conhecimentos prévios das metamorfoses corporais e que quando aconteceram ficaram assustadas, com vergonha ou não se sentiram bem com as mudanças.

Em relação às modificações que ocorreram com o corpo, o grupo destaca que o conhecimento prévio da menarca é importante para encarar como um acontecimento normal. Apesar dessa realidade, duas participantes referiram um sentimento de satisfação e felicidade ante as transformações do próprio corpo durante a puberdade, pois significava que estavam se tornando mulher.

Falando especificamente acerca de adolescentes, Teitelman (2004) refere que a reação ao início dos ciclos menstruais está diretamente associada ao tipo de relações que elas estabeleceram previamente e ao preparo que recebem na família. Para a autora, receber informações adequadas antes do início da menstruação tende a evitar que este evento seja vivido de forma traumática.

Teitelman acrescenta que a família influencia diretamente na menarca e esse acontecimento pode definir a futura sexualidade da adolescente. Meninas que aprendem menos com suas mães percebem a menstruação como evento negativo. Acrescenta ainda que quando as adolescentes não têm conhecimentos suficientes sobre a menarca, têm baixa auto-estima, podendo associar o corpo ao medo e vergonha. Conclui-se que a menarca é um dos principais acontecimentos na vida das mulheres e que tem repercussões em todo o ciclo vital.

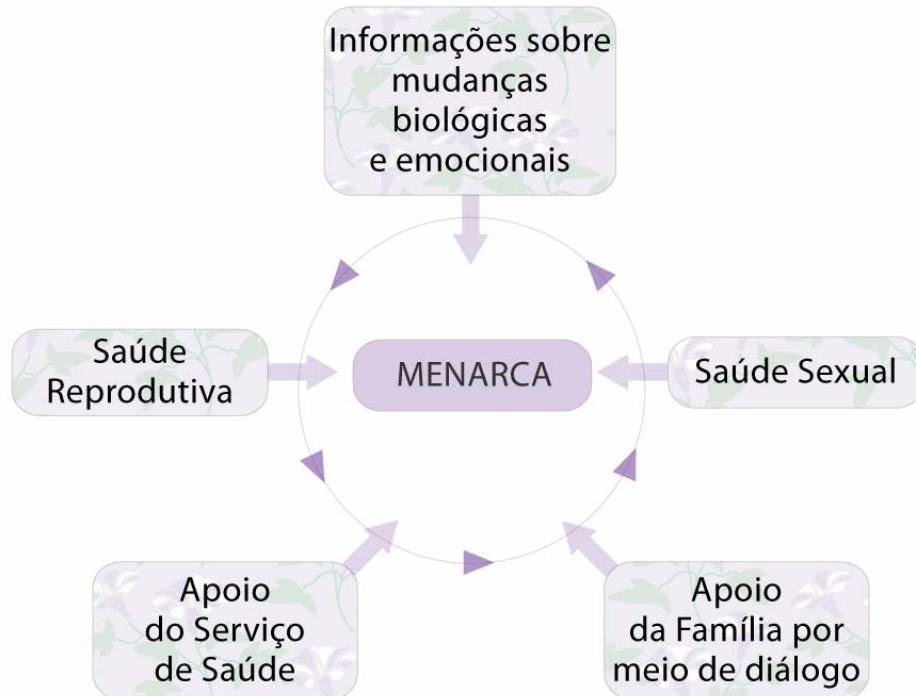
A menarca e suas implicações devem ser esclarecidas de forma adequada para as adolescentes e as mudanças biológicas e emocionais devem ser acompanhadas constantemente pelo enfermeiro. Esclarecer às meninas desde o início da manifestação dos primeiros caracteres sexuais é importante, pois terá repercussões ao longo de sua vida, e, não obstante, a família deve ser adicionada nesse processo, com esclarecimentos e apoio.

Parece-nos ser ideal que os programas de educação sexual, dirigido às jovens, comecem antes do aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Assim, quando as modificações corporais iniciarem, os adolescentes estarão mais tranquilos e “empoderados” diante da puberdade e suas manifestações.

Essa realidade choca-se às experiências das mulheres/mães informantes, visto que, em sua maioria, possuíam entraves quando vivenciaram a menarca. No estudo, é nítido o fato

de que as mulheres informadas dialogam mais com suas filhas do que as que não tiveram qualquer esclarecimento nessa fase. A seguir, figura representativa da influência da menarca na vivência da sexualidade.

Figura 07. A menarca e sua relação com a saúde sexual e reprodutiva



Ainda sobre as experiências ligadas ao corpo e à sexualidade, quando indagadas sobre as primeiras experiências sexuais, definiram como pouco prazerosas e não planejadas. Acrescentam ainda que os parceiros eram adolescentes. Uma das entrevistadas refere ter tido sua primeira relação com um parente e que por esse motivo sente ainda hoje vergonha em seus relacionamentos amorosos e sexuais.

A primeira relação sexual não é um evento sistematicamente planejado com antecedência. A maioria dos jovens, quando indagados sobre suas primeiras expectativas no momento do primeiro intercuro sexual, divergem claramente em suas opiniões. Os homens adotam a ideologia da masculinidade e as mulheres da passividade, ou seja, a mulher não espera que a primeira relação sexual ocorra tão precocemente (BOZON, 2004).

Essa divergência entre homens e mulheres, características da interiorização dos papéis de gênero, na qual o homem deve representar um papel ativo e a mulher não deve pensar muito na sexualidade, contribui para uma representação espontaneísta do sexo, convertendo em uma dificuldade de negociar e se prevenir das DST, pois o sexo é relegado a algo que não precisa ser discutido, muito menos planejado. Nos discursos das participantes

essa realidade é confirmada, sendo que uma entrevistada engravidou já em decorrência do primeiro ato sexual, demonstrando a vulnerabilidade das participantes.

Heilborn (2006) demonstra que o principal sentimento da mulher na primeira relação é o amor, seguido da curiosidade, e, por último, o prazer, sobretudo entre as adolescentes de 15 anos ou menos. A autora defende a trilogia feminina medo-dor-nervosismo, sugerindo que as mulheres têm pouco ou nenhum controle sobre o acontecimento, correspondente aos homens ao nervosismo-excitação-satisfação, que exprime uma realidade inteiramente diferente. O medo é mencionado pelas mulheres de comunidades menos privilegiadas em mais de um terço dos casos, sendo citada da mesma forma tanto pelas mulheres que começam sua vida sexual relativamente tarde quanto por aquelas que o fazem cedo.

Outro ponto importante na primeira relação sexual é a atitude do homem, que pode ter repercussões profundas. Conforme Beauvoir (1980), se o desejo masculino é violento, a mulher sente-se transformada em simples coisa; se o amante é inábil, poderá fazer com que surja um complexo de inferioridade, de desprezo, que resulta na frigidez feminina; por outro lado, se o amante se revestir de ardor e ternura, poderá desenvolver na mulher uma sensação de confiança em si mesma.

É importante considerar que a sexualidade feminina, quando constituída numa perspectiva moralista de sexo/gênero, como impura e passiva, só pode ser exercida “livremente” com a sanção do amor e a partir do desejo do outro. Isto traz como uma das conseqüências a dificuldade de incorporação de uma idéia preventiva, pois neste sentido o sexo feminino adquire um forte sentido de negação de si mesma em função do outro.

Sob esse aspecto, as dificuldades na vida sexual das mulheres apontam para a necessidade de se aprimorar o diálogo entre os parceiros sexuais. Em um dos discursos, “estar com um homem” é visto com medo, principalmente por não terem coragem de socializar com o parceiro seus reais desejos e barreiras, inclusive negociar o preservativo.

Teixeira (2007) relata que diferentes pressões socioculturais, como a falta de perspectiva de auto-realização, independente de uma relação amorosa, sua conseqüente idealização e um padrão de comunicação entre os parceiros, pautado em silêncios parciais e não-valorização da sua fala, entre outras razões, limitam a autonomia da maioria das mulheres, fazendo um trajeto no qual o HIV se dissemina rapidamente, permeado pela submissão.

Ainda corroborando essa realidade, a gravidez precoce é um fator presente nos discursos das mulheres/mães e quando se referem as suas filhas adolescentes, essa realidade se repete, ou, segundo elas, encontram-se susceptíveis para que isso ocorra. Sob essa óptica,

acreditamos que a história de vida das mulheres pode incidir diretamente sobre a gravidez precoce e que o fato de as mães terem vivenciado a gestação durante a adolescência não significa que seus conhecimentos e experiências influenciem a filha a não engravidar precocemente.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil sobre a saúde sexual e reprodutiva exprime que o aumento da taxa de fecundidade entre mulheres jovens é um importante aspecto a ser considerado. Se entre mulheres como um todo se assistiu nas quatro últimas décadas a um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passa a 2,3 filhos), entre adolescentes e jovens, o sentido é inverso. Desde os anos 1990, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%. A gravidez na adolescência é um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento. Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao impedir a continuidade de estudos e acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASIL, 2006).

A repetição de nova gestação ainda na adolescência de uma em cada cinco jovens no Brasil reflete que nem a vivência da gestação e suas conseqüências são efetivas para o desenvolvimento de um comportamento sexual responsável, capaz de romper um círculo vicioso (BOZON, 2004).

É importante notar que as mulheres do estudo, apesar do cenário no qual estão inseridas, principalmente numa perspectiva de gênero, têm conhecimentos a respeito das DST e informações quanto à prevenção pelo uso do preservativo, entretanto, isso não faz com que relacionem alguns sintomas físicos com a possibilidade de haver contraído uma DST nem faz com que se achem vulneráveis a essas doenças.

Ainda concordando com essa situação, quando questionadas sobre os conhecimentos de suas filhas adolescentes, referem que elas possuem informações sobre gravidez, no entanto sobre DST ainda são despreparadas.

Acreditamos que os profissionais de saúde devem acrescentar a perspectiva de gênero e seu contexto político e social, no cuidado à saúde da mulher. Romper com as limitações de modelos de intervenção propostos como “educativos”, pautados somente na prevenção das DST/HIV/aids e gravidez precoce como únicas atividades, é necessário, incluindo nesse processo o contexto em que as mulheres estão inseridas. Eles devem considerar novas abordagens e reconhecer aquilo do que realmente a comunidade necessita,

ressignificando e propondo novos conhecimentos sobre a sexualidade como expressão natural e social e não apenas como algo ameaçador causador de doenças e desestruturação social.

6.3 Considerações sobre o diálogo, argumentação e negociação na comunicação mãe e filha.

Iniciamos o capítulo analisando o perfil socioeconômico das participantes e a visão da sexualidade com arrimo nos discursos. Entraves relacionados aos conhecimentos sobre assuntos ligados ao sexo, sexualidade e reprodução foram evidenciados, o que nos impulsiona a desvelar, com respaldo no contexto exposto, como se processa o diálogo entre mãe e filha e, conseqüentemente, como ele é utilizado, valorizando a argumentação e negociação junto às adolescentes.

Nas histórias de vida das mulheres, os conhecimentos e experiências adquiridos no campo sexual e reprodutivo constituem-se como significativos para que concretizem ou não o processo de comunicação junto às filhas, considerando que esse processo pode influenciá-las a agir de forma diferente em relação a sexualidade.

As transcrições demonstram que as mães referem com frustração quando não obtiveram informações suficientes nessa área, nas fases da infância e adolescência, aumentando a vulnerabilidade das participantes diante das DST/HIV e gravidez precoce. Na voz das mães, o diálogo é caracterizado como difícil e essa barreira emerge do medo de expor a própria sexualidade e sentimentos internalizados na infância, além de temerem reproduzir a mesma criação que experimentaram.

Em relação ao início da comunicação entre mães e filhas, elas referem não saber ao certo quando começar, no entanto, já existe nas falas de algumas participantes o reconhecimento de que as orientações ocorrem tarde demais, mas que deve ser debatido desde o início da adolescência. As participantes entendem essa realidade, o que as impulsiona a iniciar um diálogo mais aberto com suas filhas, porém o medo e a vergonha são sentimentos presentes que prejudicam sua concretude.

Sob tal perspectiva, e recuperando o conceito de educação e orientação sexual, proposto pelo *Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*, produzido no ano de 2004, nos EUA, a educação sexual não é algo que os pais possam dar quando bem entendem, em fases específicas; algo que, em determinada época, devam comunicar, esclarecer os filhos. Enquanto a educação sexual é automática, acompanhando o desenvolvimento infantil desde o

nascimento, a orientação sexual é deliberada, comunicada aos filhos quando os pais acreditam que é chegada a hora de iniciar o diálogo.

Nesse sentido, a educação sexual é inconsciente e transmitida para a criança de forma despercebida pelas mães. São as atitudes delas e da família envolvida no cotidiano que educa sexualmente a criança e que influencia as futuras atitudes sexuais. Não se pode explicar assuntos de sexo a uma criança de um ano de idade, mas não podemos negar que ela está sendo educada sexualmente pelos pais, por meio das atitudes que adotam com relação ao aspecto sexual.

Assim pensamos que as atitudes apreendidas no dia-a-dia da comunidade pelas mães e suas filhas contribuíram para as concepções sobre sexo e sexualidade que hoje possuem, ou seja, o medo e a vergonha são frutos dessa realidade vivenciada.

Além da relação com a figura materna, desde muito cedo, as crianças ouvem e observam como os pais se relacionam. Percebem se o corpo é encarado de maneira natural, ou se a nudez é um tabu. Sentem se há ou não manifestações de afeto, ou seja, se trocam carícias, se expressam palavras carinhosas, se há acolhimento, incentivo e respeito. Essas informações ficam registradas na memória afetiva e serão ativadas quando começarem a se relacionar, mais tarde, na esfera social e amorosa (DUNKER, 2004).

Essas informações, referidas como exemplos é que podem influenciar na sexualidade dos adolescentes e que pensamos ter influenciado as participantes do estudo e a relação com suas filhas. Informalmente em alguns dos encontros do grupo, as mães relataram que nunca viram os pais ou parentes nus quando eram crianças, e que raramente viam uma troca de carinhos entre seus pais, e que muitas vezes presenciavam situações de violência em casa.

Além das informações recebidas pelas mulheres no convívio familiar, acreditamos que os exemplos também são determinantes na sexualidade, visto que em sua maioria as informantes comentaram que suas mães eram rígidas e não tinham manifestações de carinho para com elas. A literatura menciona que uma boa parcela do que conhecemos sobre sexualidade ocorre pela observação dos demais. A base do erotismo saudável, ou não, inicia-se nos primeiros anos, por meio do convívio dos pais com o bebê (GREEN, 2005).

No que concerne à argumentação junto às filhas, as mães utilizam principalmente o tema gravidez. A gestação é percebida pelas mães como um acontecimento marcante e de conseqüências negativas, se ocorrido na adolescência, ligado especialmente a entraves no desenvolvimento social e profissional das filhas.

A gravidez é descrita como conseqüência de uma vida sexual mal vivenciada e que pode atingir as filhas se essas não seguirem os conselhos e argumentos indicados por elas.

Segundo Beauvoir (1980), a ameaça da gravidez constitui “um freio sexual”, que pode fazer com que muitas jovens se mantenham castas. Quando esta argumentação não é suficiente, e os cuidados para evitar a gravidez não são tomados, a entrega ao parceiro é acompanhada de pavor, de medo do perigo a que se submeteram.

Nas falas das mães, percebe-se a reprodução das relações de gênero como argumentação. Para três informantes do estudo, as filhas irão aprender sobre sexo e sexualidade quando tiverem um companheiro, principalmente por meio do matrimônio e que por isso acham que será suficiente.

Pensamos que este fenômeno pode ocorrer de forma inconsciente e involuntária e que está arraigado nas práticas morais conservadoras que as próprias mães receberam na infância e adolescência e que hoje repassam para suas filhas. Outra perspectiva é a responsabilização do “outro”, não que seja especificamente o companheiro da filha, mas isso significa que as mães necessitam de ajuda, seja da família, escola, serviço de saúde. O desejo de uma união estável para as filhas é observado em três depoimentos, o que de certa forma surge como possibilidade de mobilidade social e segurança.

Reishus (2006) descreve que a mãe, ao transmitir para a filha a idéia de que um marido deve ser um grande objetivo de vida, faz inferência à idéia de que a mulher é um objeto sexual. Nesta concepção, o sexo existe para o prazer do homem, fazendo com que o prazer feminino fique em segundo plano. A mãe que repassa esse sentimento para a filha não se sente confortável com suas manifestações físicas nem mesmo as da filha, passando a mensagem de que o contato físico não é importante. A filha, com medo ou vergonha de fazer perguntas à mãe ou de compreender o sexo de uma forma saudável, seu propósito e sua relação com o corpo, fica sem saber como lidar com esses assuntos por conta própria. Ao fim de tudo isso, desenvolve uma idéia de sexo confusa e reprimida.

Dentre os discursos, a questão religiosa foi abordada e é citada como um meio de influenciar no modo de viver a sexualidade. As falas das informantes condizem com esta realidade e vão ao encontro também do que refere Rohden (2004), acerca da religião: as jovens que professam determinadas crenças tendem a postergar as relações sexuais para depois do casamento; refere também que essas mulheres podem vir a adquirir uma visão negativa e fantasiosa do ato sexual, relacionado-o ao “pecado” e esses sentimentos podem levar a mulher a desenvolver vaginismo e outras disfunções sexuais.

Sob a argumentação, as mães utilizam a TV como estratégia de prevenção. Na verdade, elas justificam que a negociação também está presente, assegurando, por exemplo, que as filhas possam assistir aos seus próprios programas. Em relação à TV como tecnologia educacional, Fávero e Abraão (2006) descobriram em sua pesquisa intitulada “Malhando o

Gênero: o grupo focal e os atos da fala na interação de adolescentes com a telenovela”, que, para as adolescentes, é evidente que a televisão exerce a função de educadora. Essa função, porém, é vista numa perspectiva dualista, segundo a qual a TV, assim como educa, também pode deseducar. Foi reconhecida também pelas jovens como espaço de educação informal, possibilitado pelos meios de comunicação, e não apenas o espaço da educação formal, desempenhado pelas instituições escolares.

Escorada no estudo citado anteriormente e nos achados do ensaio, no que diz respeito à influência da TV nos conhecimentos sobre temáticas ligadas à sexualidade, essa realidade nos impulsiona a rever, neste estudo, que a área da comunicação tem um conhecimento que pode ser útil à Enfermagem. As próprias mães participantes do estudo foram enfáticas ao destacar a TV como estratégia que facilita a comunicação. Com tal abordagem, poderíamos unir conhecimentos pertinentes a enfermagem e comunicação, podendo atuar em programas de emissoras de rádio, de televisão, em editoras de revistas, em *websites*, dentre outros meios.

Também devemos estar mais atentos, como enfermeiros, para a dimensão sexual de nossas clientes, e a mídia pode ser um facilitador. Como referiram as mães, em alguns programas veiculados, o diálogo poderia fluir normalmente e contribuir para minimizar certos tabus e preconceitos. Sob nosso ponto de vista, essa parte positiva da mídia poderia ser intensificada, ou seja, exercer uma função educativa. Dessa forma, reconhecemos que a mídia é um espaço de negociação, argumentação e debate de temas-chave, como, por exemplo, a sexualidade.

Ainda no que diz respeito a argumentação, o tema DST também é utilizado, porém com menor frequência do que a gravidez. As DST são discutidas numa perspectiva de risco à vida, não esclarecendo muito sobre sinais e sintomas, o que dificulta a visão dos adolescentes a cerca da questão preventiva.

Estudo realizado em Fortaleza em 2007, junto a 26 pais de adolescentes e seus filhos sobre as barreiras no diálogo, revelam que as conversas entre pais e filhos são pautadas em torno de dar exemplos de pessoas conhecidas da comunidade, que passaram por situações de gravidez indesejada. Não há maior esclarecimento sobre medidas preventivas de DST/HIV/aids ou como evitar claramente uma gravidez. O estudo revela ainda que o diálogo pautado na gravidez pode resultar da baixa escolaridade dos pais e, conseqüentemente, no pouco acesso a meios informativos para esclarecer os filhos adolescentes sobre a temática (BARBOSA, 2007).

Já quando se referiram à negociação, o principal aspecto foi “sair com amigos”, seguido da aceitação de um relacionamento amoroso com “qualquer pessoa”, no entanto que se previna da gravidez e DST, mesmo que este seja um relacionamento homossexual.

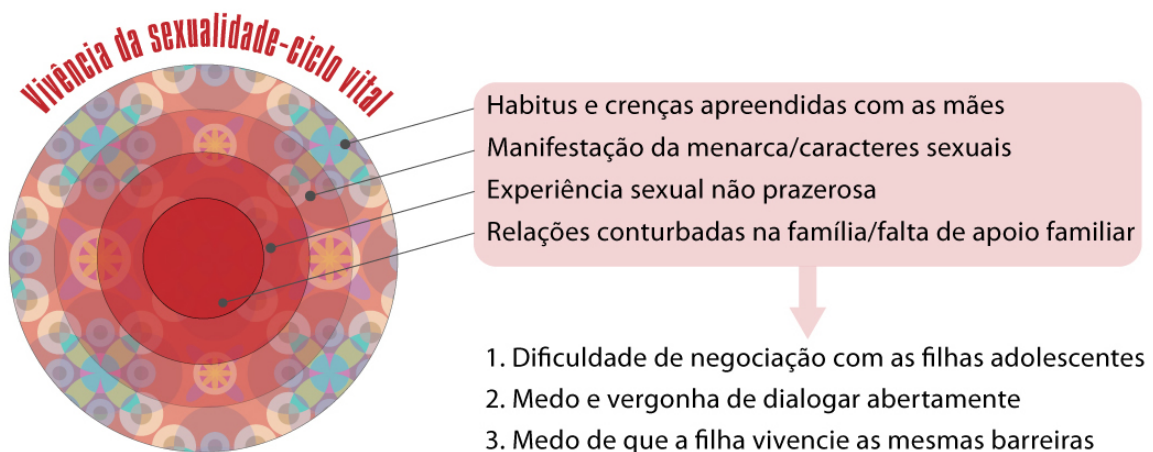
Diante de todo o contexto apresentado, o modo de educar para a sexualidade, segundo as participantes do estudo, sem utilizar muito o diálogo, ainda permanece como pano de fundo no contexto social das mães e suas interações com as adolescentes.

O diálogo parece ocorrer nas participantes que tiveram um contato próximo e significativo com suas mães. Aquelas que vivenciaram um anti-diálogo, no entanto, travado e de forma ineficiente, não conseguem manter bons níveis de comunicação com suas filhas, negociar ou argumentar com propriedade.

O desejo de dialogar sobre sexualidade e reprodução por parte das mães participantes do estudo constitui-se como um progresso no campo da Promoção da Saúde sexual e reprodutiva na família, pois é possível visualizar para os próximos anos um repensar da realidade em que vivem e as incentive a rever conceitos, práticas e atitudes que tinham até então com suas filhas e possam, com a intervenção proposta, dialogar com suas filhas e netas com maior abertura e segurança.

É preciso que a enfermeira esteja presente e junto com a família, para descobrir meios que possam impulsioná-la no alcance de seu próprio equilíbrio e bem-estar, ultrapassando o aspecto biológico de seus membros. Junto com ela, descobrir estratégias que facilitem o desenvolvimento de suas tarefas diárias, sejam elas relacionadas ou não diretamente com a saúde. Ao mesmo tempo, faz-se necessário unir-se à família para apoiá-la no exercício de seu papel educativo, ressaltando seu valor e sua capacidade de educar e, acima de tudo, na importância de seu papel na formação de valores e referenciais dos filhos (MARCONI, 2004). Abaixo figura que representa as influências vividas pelas mães e que influenciam o processo de comunicação, representando o ciclo de barreiras do diálogo entre mães e filhas.

Figura 08. Fatores culturais/experiências de vida e a influência no diálogo mães e filhas



6.4 Interface: família/ escola/ serviço de saúde

A mães informantes do estudo são unânimes em assegurar que o adolescente deve ser educado no que diz respeito à sexualidade, mas, nos dias atuais, a tarefa é árdua, pois, segundo elas, recai somente para as mulheres, ou essas não conseguem encontrar uma rede social de apoio adequada. Reconhecem, no entanto, que sozinhas não estão conseguindo modificar essa realidade e que, para melhorarem o diálogo, impõe-se maior articulação entre família, escola e serviço de saúde.

O desejo de articular uma rede de cuidado integral surge do reconhecimento de que as próprias mães não possuem conhecimentos e atitudes suficientes para tratar das questões ligadas ao sexo, sexualidade e reprodução junto às filhas adolescentes, e, por outro lado, evidencia que elas almejam melhorias na qualidade de vida da família, o que pode ser alcançado no intuito de romper barreiras, com apoio em subsídios da escola e centro de saúde.

O centro de saúde é percebido pelas participantes como lugar ideal para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, porém as atividades de Educação em Saúde são consideradas desinteressantes e pouco privilegiam o que as mães realmente necessitam. O que querem, segundo as falas, é um maior apoio do serviço de saúde.

Moura & Sousa (2002), analisando atividades de Educação em Saúde em um município cearense, concluem que o modelo tradicional curativo, associado a disponibilidade insuficiente de material educativo, despreparo e desmotivação dos profissionais, dificultam o processo educativo e infelizmente ainda é uma realidade no Ceará. Reconhecem ainda que a Estratégia Saúde da Família oferece oportunidade ímpar para o desenvolvimento de atividades dessa natureza e recomendam a sistematização do componente Educação em Saúde, pelas equipes da ESF, sugerindo a aplicação de uma metodologia de educação popular, formando grupos de interesses comuns, ensejando discussões com a comunidade e promovendo a aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.

Nesse sentido, nas estratégias de educação voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, é preciso considerar sua rede de relações, não apenas na família como fonte de informação e diálogo, mas, também, os profissionais de saúde, professores e outros adolescentes. Além do mais, tanto os profissionais de saúde quanto os professores necessitariam ser capacitados a iniciar discussões e incitar reflexões acerca da sexualidade como dimensão socialmente constituída; cobrindo as perspectivas físicas, psicológicas, emocionais, culturais e sociais; evitando, contudo, o reducionismo biológico, no intuito de estar mais próximo do adolescente e sua família (BRASIL, 2005).

Esta realidade evidencia o fato de que a atenção integral direcionada aos adolescentes, e que considere as mudanças biopsicossociais pelas quais eles passam neste momento de suas vidas, constitui num desafio. As condições de trabalho a que os enfermeiros da ESF estão submetidos, muitas vezes, são precárias: faltam materiais educativos, estrutura física adequada para os atendimentos e para as atividades educativas; associados a esses fatores, estão os inúmeros programas que eles devem desenvolver dentro da Unidade de Saúde, o que impossibilita o desempenho pleno voltado aos adolescentes e sua família. Acreditamos, porém, que essas barreiras podem ser superadas em vista de um cuidado integral, na medida que integra o tema na família, colocando-se como suporte de apoio educativo; indagando, conduzindo a família para o conhecimento, reflexão e comportamento positivo de saúde.

Não obstante e reconhecendo suas vulnerabilidades, o setor saúde não está se preocupando somente com sua atividade curativa no âmbito da ESF, mas principalmente com a preventiva e de Promoção à Saúde, ainda que melhorias sejam necessárias em relação ao trabalho educativo sobre sexualidade, acrescentando a fusão dos profissionais da saúde com os da educação, para que o objetivo seja alcançado.

Compete, então, aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, refletir sobre o tipo de assistência a ser prestada à família no sentido de ajudá-la no desempenho desta importante tarefa de cuidar da saúde de seus membros. Cada situação deve ser entendida como oportunidade de colaborar adequadamente na expansão do referencial adotado pelas famílias em situações de saúde ou doença (MARCONI, 2004).

Acrescentamos ainda que a escola é expressa na vida do jovem como instituição de grande significado, por proporcionar o exercício de sua identidade ultrapassando a família, em contatos com diferenças sociais, e por criar condições para a produção e o acesso a novos saberes. Para que esta consiga alcançar, porém, seu objetivo primordial, é preciso que a família se aproxime da escola e sinta-se parte do processo de educação do adolescente.

A escola é também um espaço privilegiado para a Promoção da Saúde num enfoque ampliado, na perspectiva de conquista de cidadania e de envolvimento dos diversos agentes que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001).

A insuficiência de programas de saúde voltados para adolescentes e jovens e a falta de um projeto nacional de educação sexual nas escolas, que incluam a família no processo educativo, aumentam a vulnerabilidade sociocultural daqueles que dependem dos serviços públicos e de educação em nosso País. Por um lado, políticas públicas como o

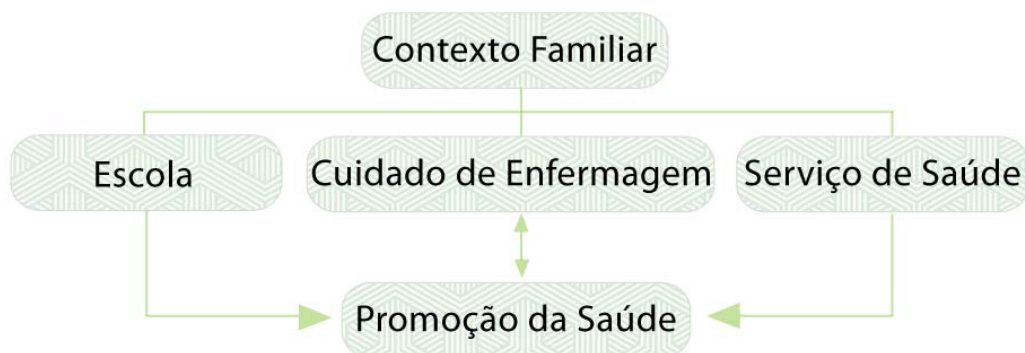
Programa Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, impulsionam melhorias nesse setor, no entanto a política apesar de inovadora, ainda não engloba a família em sua metodologia, ficando pautada na escola e tentando articular-se aos profissionais de saúde.

Neste sentido, e acreditando no potencial da escola, o Ministério da Educação propôs nos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN a orientação sexual como tema transversal para o ensino fundamental. Abordar o assunto da sexualidade, porém, não é tarefa das mais fáceis. O trabalho de orientação sexual demanda uma prática de reflexão sobre valores e crenças acerca da sexualidade, pois sua abordagem causa desconforto e embaraço, uma vez que o sexo é um dos grandes tabus da cultura ocidental. São assuntos difíceis de trabalhar, como o prazer, a virgindade, a primeira relação sexual, a fidelidade, as relações de gênero, as dificuldades do uso da camisinha, dentre outros.

Concordamos com Althoff (2004), quando acentua que a Enfermagem está próxima da família em diferentes momentos e eventos da vida humana. No ciclo vital de seus membros, na saúde e na doença, nas instituições sociais e no domicílio, a Enfermagem está presente onde a família se encontra, por meio das ações do cuidado. Compreender os significados que as famílias, destacando as mulheres, formam nas interações de seus membros possibilita um melhor entendimento de como vivem e convivem, e mostre caminhos para a atuação da Enfermagem na Promoção da Saúde.

Reconhecendo a necessidade de aproximar família, escola e serviço de saúde, em vistas a melhorias na qualidade de vida da população, no que concerne a Promoção da saúde sexual e reprodutiva, cremos que o cuidado de enfermagem deve ser congruente primeiramente com o contexto familiar e que este, interligado aos equipamentos sociais, como a escola, pode concretamente promover a saúde da população, diante dessa realidade, esquematizamos essa reflexão, conforme figura a seguir.

Figura 09. A interface: família/escola/serviço de saúde na perspectiva da Promoção da Saúde



6.5 O Sistema Popular de Leininger: apontamentos para a enfermagem no campo da saúde sexual e reprodutiva

Segundo Leininger, o *Sistema Popular* refere-se aos cuidados não orientados pelos profissionais, os quais as pessoas e comunidades desempenham, visando conhecimentos ou experiências, culturalmente aprendidos e transmitidos; destacando as experiências pessoais das mães, suas vivências de sexualidade como adolescentes e influências culturais procedentes da família, compartilhadas ou transmitidas à suas filhas adolescentes.

Considerando a categoria Sistema Popular, entendemos que as mães de adolescentes, moradoras do Pirambu, estão inseridas em uma cultura específica, visto que percebem, conhecem e praticam cuidado de maneiras diferentes, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado em outras comunidades. A não-comunicação predominante entre essa população é uma cultura transmitida de geração em geração.

Podemos citar, por exemplo, as condições socioeconômicas que influenciaram as escolhas em relação à sexualidade e reprodução das mulheres. A exposição precocemente ao mercado de trabalho, a falta de apoio da família, o relacionamento conturbado com suas mães, com certeza, esses acontecimentos contribuíram para que essas mulheres formassem uma percepção específica da sexualidade, o que, no contexto vivido por elas, prejudica consideravelmente a comunicação entre mães e filhas na atualidade, visto que experiências positivas foram encontradas apenas junto a duas participantes do estudo.

Nesse caso, se o enfermeiro não levar em considerações essa nuances, pode não alcançar as reais necessidades das mulheres. Como falar de prevenção das DST se a usuária pode estar sofrendo psiquicamente por problemas familiares, como desemprego, falta de condições de vida e moradia? É preciso que o cuidado de Enfermagem seja coerente, proveitoso e satisfatório, o que parece ser facilitado quando os valores, crenças, práticas culturais, visão de mundo, linguagem e contexto do sujeito são conhecidos e compreendidos pelos profissionais da Enfermagem. Assim, reconhecer que a comunidade Pirambu possui entraves na concretização do diálogo é perceber que diversos fatores atuam e colaboram para esse contexto e que não é simplesmente o desejo das mães do estudo.

Assim, o cuidado de Enfermagem não pode ser linear, nem generalizado, muito menos estabelecer regras, mas deve ser elaborado na convivência, ao longo das experiências vividas, e se constituir cuidado cultural coerente. Isso significa que uma atitude considerada ideal para a comunidade não seja bem-vista por outra. Ao prestar um cuidado de Enfermagem às mães/mulheres, a enfermeira necessita conhecer e compreender o que se passa com essa população inserida num âmbito específico.

Assim, acreditamos que a educação sexual, conforme depoimentos das participantes, é um processo e, como tal, precisa ser iniciado na infância, priorizado pela família e não somente pela mãe. Instituições como centro de saúde e escola devem estar integradas, e com elas os profissionais da Enfermagem necessitam interagir e atuar.

Em relação ao papel do enfermeiro, devemos fazer o que está legalmente ao nosso alcance: auxiliar na reflexão e na compreensão das características, necessidades e demandas desta fase da vida das mães, e não lhes negar o diálogo, as informações e o apoio de que necessitam, se formos convidados a fornecê-los. Tal fato independe de nossas posturas éticas e ideológicas, não cabendo, portanto, o julgamento ou a proposição de determinada conduta.

Trabalhar com sexualidade é refletir sobre inúmeros conceitos, formulados ao longo da vida e que são abstraídos desde o nascimento, ou seja, o aprendizado da sexualidade existe pela observação dos demais. Então, concluímos que o cotidiano da comunidade influencia as habilidades, atitudes e práticas realizadas pelas mães, incluindo o não-diálogo, ou a comunicação superficial com suas filhas adolescentes.

Ao final, acreditamos que as mulheres possuem barreiras no conhecimento, tanto em relação à sexualidade como um processo natural da vida, como no referente a prevenção às DST/aids, mas que podem ser superadas, principalmente quando elas absorverem a idéia de que possuem habilidades para modificar o meio em que vivem, adequando-o para suas necessidades específicas tendo em vista a Promoção da Saúde.

O potencial das mães precisa ser valorizado; é conveniente que os profissionais da Enfermagem procurem descobrir, juntamente com elas, formas de viver a sexualidade com prazer e responsabilidade. Assim, consideramos necessário envolver as mães em projetos de Educação para a Saúde, não só que abranjam a temática da sexualidade, mas, também, a da motivação, elevação da auto-estima, da oportunidade, da ascensão profissional e dos projetos de vida e felicidade.

A relação enfermeira/mãe de adolescente precisa ser dialógica, na qual o diálogo crítico propicia a mãe tirar as próprias conclusões e realizar as escolhas mais adequadas a sua estrutura familiar. A enfermeira, como profissional integrante da equipe de Saúde da Família, deve contribuir nesse caminho, seja nas atividades educativas de grupo ou mesmo no atendimento individual ou durante a visita domiciliária.

O cuidado de Enfermagem propicia o acolhimento e o respeito à privacidade e, paralelamente, dá oportunidade de trabalhos grupais, já que, dentro da ESF, esta atividade é considerada de suma importância. Ainda oferece subsídios para a mudança de comportamento, por intermédio do conhecimento dos sujeitos envolvidos, tanto os usuários da ESF, quanto os profissionais de saúde. Corroborando essa realidade, para as participantes do

estudo, a vivência do grupo favorece o diálogo, argumentação, compartilhamento de dúvidas e de possíveis soluções para suas necessidades, já que vivem a mesma realidade.

Poderia ser uma sugestão para o trabalho da enfermeira, no contexto da saúde sexual e reprodutiva, promover grupos educativos que favoreçam a troca de saberes entre mães de adolescentes e outros parentes que convivam com eles. Essa atividade, mediante sistematização e discussão de temas ligados à sexualidade e outros que emergissem da própria comunidade, potencializariam experiências positivas de mães da comunidade, já que, como encaminhamentos das participantes desse estudo, a valorização das histórias de vida de mães que obtiveram sucesso no diálogo com suas filhas são eficientes no apoio a outras mulheres.

Para o alcance do sucesso nesse âmbito, acreditamos que o contexto interdisciplinar, no qual enfermeiro, educadores, entre outros profissionais, têm objetivos comuns e estão dispostos a compartilhar os saberes entre si e junto às mães de adolescentes, seria mais adequado para o desenvolvimento de propostas que envolvam a temática da sexualidade humana.

Considerando o contexto exposto, cremos que, ao propor ações em saúde sexual no âmbito da ESF, devemos, juntamente com as mães e adolescentes, ter como base suas necessidades e expectativas, seus direitos - sexuais, reprodutivos e humanos -, considerando ainda os dados sócio-epidemiológicos do território que habitam; e levando em consideração todas as informações que retratem a saúde sexual de adolescentes em níveis local, regional e nacional.

Utilizar metodologias participativas, que permitem a atuação efetiva das participantes no processo educativo, valorizando seus conhecimentos e suas experiências, envolvendo-as na discussão, identificação e busca de soluções para problemas ou dúvidas que emergem do seu viver. Assim, conseguimos realizar um cuidado congruente, específico para o contexto estudado (BOEHS, 2002).

É mister, ainda, que os profissionais atuantes as questões sexuais e reprodutivas precisam estar preparados para tal, necessitam conhecer a realidade em que vivem e o processo histórico-social da população a ser atendida, compreendendo as influências geradas na comunidade através dos tempos. Assim, remetendo-se a comunidade do Pirambu, reconhecer a comunidade como um local de lutas e movimentos sociais em quase 50 anos de história permite que entendamos a realidade desta população.

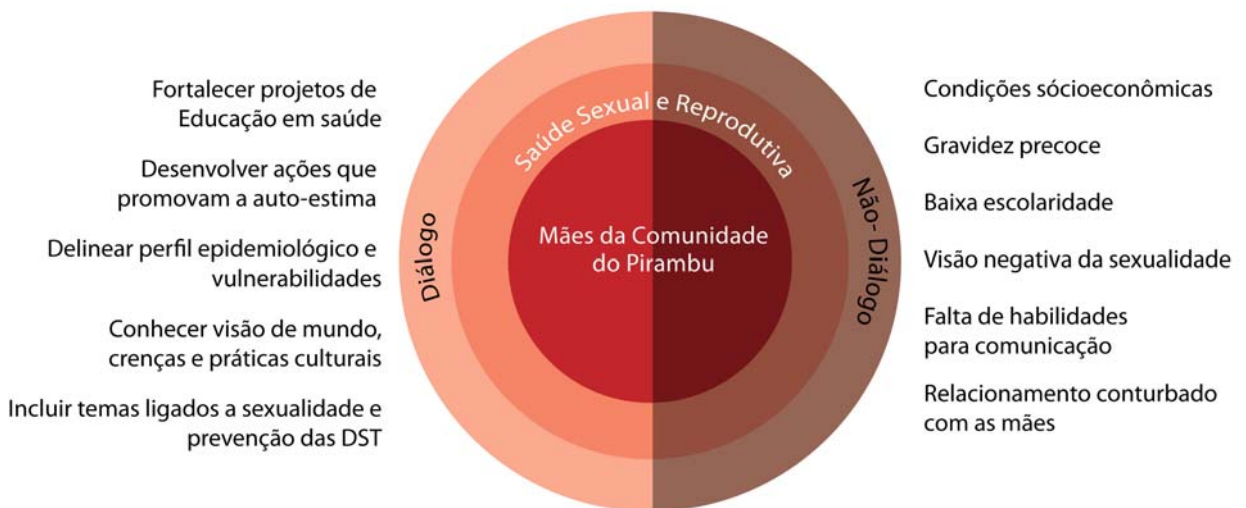
O enfermeiro deve perceber o corpo além do biológico, reconhecendo que ele não está desligado de uma história de vida, e que não é a determinar hierarquizações. Dessa forma, não é interessante continuarmos a abordar a sexualidade de forma biologicista, mas como uma elaboração social que permeia de formas diferentes a vida de cada sujeito,

incluindo a nossa. Não podemos pensar, conforme dizia Paulo Freire, que somos determinados, mas que podemos ser socialmente transformados, o que se aplica totalmente à dimensão sexual de cada sujeito.

É preciso termos consciência de que não é de um dia para o outro que o diálogo ocorrerá entre mães e filhas, principalmente nas comunidades mais pobres e com menor acesso a bens e serviços, mas é importante considerar que já existem indícios de que o processo de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva tem tudo para se aprimorar e ocorrer com naturalidade. Para isso respeitar os “pré-conceitos” e crenças da população é demonstrar que o cuidado de Enfermagem não é apenas uma ciência, mas uma arte, que busca acima de tudo a qualidade de vida dos sujeitos, considerando o contexto no qual estão inseridos.

Frente a esta realidade, pensamos que por meio da categoria Sistema Popular, proposta por Leininger, é possível compreender fatores que colaboram para a manutenção do não-diálogo, bem como favorecer a criação de estratégias que podem ser utilizadas para romper com os determinantes negativos, que dificultam a comunicação entre mãe e filha. Nessa perspectiva, a figura a seguir demonstra essa trama de acontecimentos e possibilidade de ruptura dessa realidade, por meio de estratégias que facilitem o processo comunicativo.

Figura. 10 A categoria Sistema Popular e sua contribuição para o cuidado de enfermagem



6.6 Educação em Saúde como estratégia promotora da comunicação entre mães e filhas no Programa Saúde da Família

A respeito da definição do conceito de Educação em Saúde, Naido e Wills (1994) refere ser esta, uma aprendizagem sobre saúde, que envolve a capacidade permanente ou disposição para mudança de cada sujeito. A Educação em Saúde também é compreendida como atividade principal da Promoção da Saúde para desenvolver autonomia, responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde (LEVY, 2000); como prática social crítica e transformadora (VIEIRA, 1998). E também como capacidade de autonomia da pessoa e sua liberdade de tomar decisões com base no conhecimento crítico, sem persuasão, coerção ou medo (CANDEIAS, 1997).

É importante salientar ser no âmbito da ESF que a Educação em Saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, destacando o enfermeiro. Atividades educativas voltadas para as mulheres são, muitas vezes, pautadas no ciclo gravídico-puerperal, ou no planejamento familiar, que se restringe a prevenção da gravidez, não se atendo à sexualidade como um todo.

É desejado que o profissional da ESF esteja capacitado para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita de seu território, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 2005).

Na ESF, a principal crítica às atividades educativas, entretanto, refere-se a não-consideração dos determinantes psicossociais e culturais dos sujeitos envolvidos. A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos sujeitos, destacando as mulheres, principais usuárias do serviço, insere-se no discurso emergente de Educação em Saúde mediante um modelo participativo e dialógico.

Ao tomar as usuárias da ESF como objeto das práticas educativas e carentes de um saber relacionado à sexualidade e reprodução, perde-se de vista a noção de que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre saúde-doença. Neste sentido discute-se a respeito da consideração dos determinantes psicossociais e culturais nas práticas de Educação em Saúde (AMORIM et al 2006). Propõe-se que estas sejam sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários. Para tanto, é reconhecida a necessidade de abandonar estratégias comunicacionais informativas e a adotar uma comunicação dialógica.

Nessa perspectiva, entendemos que a Educação em Saúde possa ser uma combinação de experiências de aprendizagem, delineadas e estruturadas, com vistas a facilitar ações voluntárias que conduzem à saúde. A Educação em Saúde distingue-se de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem e se apresenta como uma atividade planejada com vistas a desenvolver a autonomia dos sujeitos envolvidos (CANDEIAS, 1997).

Para tanto, acreditamos que, para alcançarmos esse processo educativo sistematizado, é preciso adotar uma abordagem positiva da saúde sexual e reprodutiva, além da visão biológica e reducionista, que desde a PAISM buscamos romper.

Em razão de todo o contexto vivenciado pelas mulheres, a Educação em Saúde é a forma apropriada para realizar intervenções nas questões relativas ao exercício da sexualidade, considerando principalmente a comunicação entre mães e filhas. Pensar que somente atividades como palestras contingentes, ou apresentação de vídeos sem discussão e reflexão, possam romper com o círculo de iniquidades que permeiam a vida sexual e reprodutiva de mulheres, incluindo as mais jovens, é ver com ingenuidade a questão feminina. Acreditamos que a enfermeira responsável e comprometida com o SUS entende essa realidade e procura novos caminhos para alcançar melhorias na qualidade de vida de mulheres de todo o Brasil.

Dessa forma, a Educação em Saúde voltada para o exercício sadio e também responsável da sexualidade, na óptica da Promoção da Saúde, requer o conhecimento do próprio corpo, explorando as subjetividades que envolvem, como os conceitos de mundo de cada um, expectativas em relação à vida que levam. Entre outros temas, os métodos de contracepção e prevenção das DST/aids devem ser abordados, porém, reconhecendo as experiências do outro sobre esse assunto. Assim, esse processo, voltado para a família, no que se diz respeito à vivência da sexualidade, deve preparar as mulheres na busca da autonomia e na melhoria da relação com os outros membros da família.

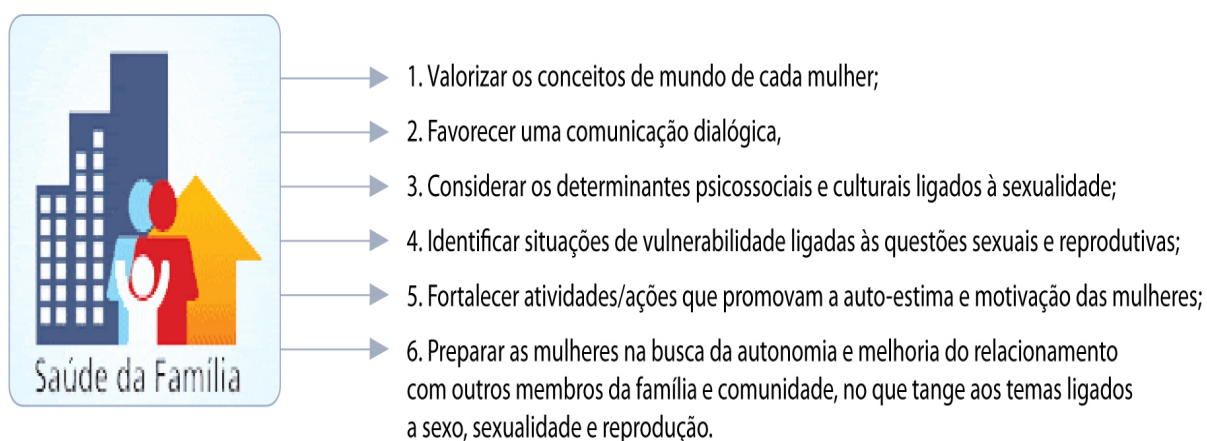
Com adoção da metodologia do estudo, numa abordagem de Promoção da Saúde, utilizando como eixo norteador os pressupostos da Educação em Saúde e o sistema popular de Leininger, o trabalho educativo com base em uma metodologia participativa colabora para a aproximação do grupo e elaboração de mais conhecimentos, valores e práticas.

Creemos que a atenção primária à saúde, apesar de alguns percalços, reconhece a importância da família como peça integrante do sucesso da ESF, destacando seu cuidado “informal”, o qual deve ser compreendido como uma parte da cultura e que não devemos descartar esse conhecimento, valorizando o conhecimento popular e em conjunto com o saber acadêmico, trocar experiências com o objetivo maior que é a saúde humana. É claro que não

devemos desconsiderar o conhecimento científico, mas, ao mesmo tempo, devemos ter uma visão mais humanista, considerando os pressupostos baseados nos conhecimentos da própria comunidade, formulados ao longo do tempo.

Diante da complexidade dos determinantes da saúde que atuam sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres do estudo, acreditamos que há necessidade de maiores investigações nesta área de conhecimento, pois, reavendo Barroso, Vieira e Varela (2003), é a partir daí que poderemos promover ações educativas capazes de agir sobre o indivíduo, ampliando suas potencialidades para, então, atuar no grupo, família e redes sociais; abrindo-se para experiência coletiva pelo diálogo e a comunicação intersubjetiva, estabelecendo uma consciência coletiva que impulse mudanças e exercendo seu papel no controle social. Acreditando nessa realidade, propomos a seguir, um esquema resultante dos achados deste estudo, e que, acreditamos, serem essenciais para melhorias no cuidado da saúde sexual e reprodutiva das usuárias dos serviços de saúde.

Figura 11. Educação em Saúde na Promoção da Saúde sexual e reprodutiva na ESF



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Haja vista todos os momentos vivenciados junto às mulheres da Comunidade do Pirambu, os resultados nos subsidiam a repensar o cuidado de Enfermagem sensível às necessidades de mães de adolescentes do sexo feminino. No que se refere à saúde sexual e reprodutiva das participantes, é possível refletir na idéia de que cada uma possui sua própria visão de mundo, resultado de uma elaboração histórica e cultural que se integra a uma rede de significados da própria comunidade, possibilitando a manifestação de toda e qualquer expressão relativa à sexualidade nesse meio.

Ao observar o contexto situacional das informantes, percebemos que as questões ligadas aos fatores sociais e culturais contribuem para a visão da sexualidade que as mulheres possuem hoje, sendo responsáveis por alguns conflitos relacionados, principalmente, à dinâmica familiar, fazendo com que as mulheres tenham que abdicar mais de suas vidas, para prover os cuidados com a família e seus integrantes.

Notamos na caracterização do grupo uma série de dificuldades, desde fatores socioeconômicos, por procederem de famílias de baixa renda, e social, por vivenciarem o trabalho na infância para o sustento familiar. Outro fator é relativo à ausência, física ou presencial, da figura materna e/ou paterna, o que contribuiu para que a assumissem desde a infância grandes responsabilidades e o que necessariamente não influenciou na prevenção da gravidez precoce e DST. Essa situação parece permanecer até a vida adulta, visto que o número de mulheres da comunidade que sustentam e cuidam da família sem a presença e/ou apoio de um companheiro é uma realidade gritante.

Ficou claro que esses fatores atuam sobre a qualidade da saúde sexual e reprodutiva do grupo, sendo que, das sete participantes, apenas duas dialogam com suas filhas e conseguiram sobrepor esses entraves sofridos na infância e adolescência. Essa realidade nos faz refletir que a estrutura biofísica e social do indivíduo é produto das influências socioculturais e ambientais.

Quando recordamos as experiências das mães na puberdade e adolescência, reavendo as memórias do ciclo vital, por meio da metodologia sugerida, sentimentos como medo e vergonha são percebidos na maioria dos discursos, seja nas primeiras manifestações dos caracteres sexuais, relacionamento com suas mães na adolescência, ou, ainda, em relação às experiências sexuais propriamente ditas.

Observamos que, em relação ao diálogo com suas mães na juventude, esse foi destacado como superficial, visto que boa parte as caracterizou como autoritárias, no sentido

moral. Para quatro informantes, os conhecimentos foram considerados insuficientes e sem profundidade, pois as mães tinham barreiras para concretizá-lo.

Nesse contexto, restou claro que, entre as mulheres pesquisadas, a sexualidade é afetada pelas influências familiares e que as relações de poder no espaço familiar podem exercer forte pressão sobre a vida emocional das filhas. Assim, é nítido nos discursos o fato de que as mulheres que não mantêm bom nível de comunicação com suas filhas tiveram em suas histórias de vida uma relação na família pautada na submissão e no distanciamento acerca das questões da sexualidade, o que, segundo elas, é fruto da criação que receberam na família.

Vimos que as modificações que ocorrem com o corpo, segundo os depoimentos, citando o conhecimento prévio da menarca são importantes para encarar a sexualidade como sentimento natural da vida e positivo. Essa realidade é percebida tanto nas mães que dialogam com suas filhas quanto nas que não o fazem. Parece-nos que a menarca é o principal acontecimento na vida das entrevistadas e que para elas foi um momento traumático, quando não acompanhado de conhecimentos prévios.

Em virtude de todos esses pontos, a enfermeira deve esclarecer sobre a menarca e suas implicações de forma adequada para as adolescentes e que as mudanças biológicas e emocionais devem ser acompanhadas constantemente por esse profissional. Esclarecer as meninas desde o início da manifestação dos primeiros caracteres sexuais é importante, pois isto terá repercussões ao longo de sua vida, e, não obstante, a família deve ser adicionada nesse processo, por meio de esclarecimentos e apoio.

Ainda sobre as experiências ligadas ao corpo e à sexualidade, as participantes do estudo definiram as primeiras experiências sexuais como pouco prazerosas e não planejadas. Esse fato, agregado à visão distorcida que estabeleceram ao longo da puberdade, contribui para uma vivência restrita da sexualidade junto a um parceiro. A dificuldade de comunicação e negociação entre os companheiros, citada pelo grupo, comprova essa realidade.

Ainda corroborando a vivência da sexualidade e suas implicações no diálogo com suas filhas adolescentes, a gravidez precoce é um fator presente nas histórias de vida das mulheres/mães e, quando projetam esse fato para suas filhas, a gravidez já ocorreu, ou referem ainda que suas filhas se encontram susceptíveis a engravidar precocemente.

Sob essa óptica, acreditamos que a história de vida das mulheres pode incidir diretamente sobre a gravidez precoce de suas filhas, e que o fato de as mães terem vivenciado a gestação durante a adolescência não significa que seus conhecimentos e experiências influenciem a filha a não engravidar nessa fase. Inversamente, parece-nos é que essa vivência, fruto de uma elaboração social, cria barreiras, que, sozinhas, as mulheres não conseguem

superar, e o que ocorre é a continuação de um ciclo, no qual as relações de não-diálogo entre mãe e filha são reproduzidas ao longo das gerações.

Estamos cientes de que estas mulheres não são determinadas pelos fatores que atuam sobre suas vidas, mas que alguns determinantes sociais, como pobreza, desemprego, baixa escolaridade, problemas familiares e violência, em conjunto, colaboram para que esse ciclo seja repetido.

Em contrapartida, parece-nos haver uma motivação, que pode ser representada pela rede social de apoio, como no caso das duas participantes que dialogam com suas filhas, o que se tornou essencial para que rompessem com esse ciclo.

A história de vida de Fatinha, ao referir o apoio do cônjuge, que teve uma história de vida marcante parecida com a sua, e no caso de Lourdes, apoiada por sua mãe. Esses agentes foram decisivos para que as mães vislumbrassem melhor qualidade de vida no âmbito da família, o que certamente contribuiu para a ocorrência do diálogo entre elas e suas filhas.

Nessa realidade, muitas vezes as mulheres, inseridas em um determinado panorama cultural, possuem pouco ou nenhum grau de motivação da família ou da comunidade. Acreditamos que a intervenção da enfermeira como integrante da equipe de Saúde da Família pode contribuir para a melhoria da auto-estima e percepção do mundo de mulheres; ou seja, mediante um cuidado sensível às necessidades de mães e filhas, podemos fomentar estratégias que contribuam para o “empoderamento”, incentivando as mulheres a um maior grau de autonomia e poder de decisão ante as questões sexuais e reprodutivas.

Apesar das dificuldades percebidas no cotidiano das mulheres, certamente as atitudes apreendidas no dia-a-dia da comunidade por mães e filhas contribuíram para as concepções sobre sexo e sexualidade que possuem, ou seja, o medo e a vergonha são frutos desse emaranhado de vulnerabilidades e necessidades no campo da saúde e da sexualidade.

Em relação ao diálogo, argumentação e negociação entre as mulheres participantes do estudo e suas filhas, este é caracterizado como difícil. Sobre a argumentação, utilizam principalmente o tema gravidez como razão para prevenir. Para elas, a gravidez precoce está ligada especialmente a futuros entraves no desenvolvimento social e profissional das filhas. Em relação às DST, essas são pouco discutidas como argumento de prevenção, e apontadas numa perspectiva de risco à vida, porém não esclarecendo muito sobre sinais e sintomas, o que dificulta a visão dos adolescentes acerca da prevenção.

Nas falas das mães, percebe-se ainda a reprodução das relações de gênero como argumentação. Para três informantes do estudo, as filhas irão aprender sobre sexo e sexualidade quando tiverem um companheiro, principalmente por intermédio do matrimônio. Dentre os discursos, a questão religiosa foi abordada e é citada como um meio de influenciar

no modo de viver a sexualidade baseado em certos ensinamentos religiosos que podem retardar o início da vida sexual das adolescentes.

Sobre a argumentação, as mães utilizam a televisão como estratégia de prevenção. Na verdade, justificam o fato de que a negociação também está presente, assegurando, por exemplo, que as filhas possam assistir aos seus programas.

Essa realidade nos impulsiona a rever, com este estudo, a idéia de que a área da Comunicação tem um conhecimento que pode ser útil à Enfermagem. As próprias mães participantes do estudo foram enfáticas nessa afirmação. Nessa abordagem, poderíamos unir conhecimentos pertinentes a Enfermagem e Comunicação, podendo atuar em programas de emissoras de rádio, de televisão, em editoriais de revistas, em *websites*, dentre outros meios.

Vimos que no quesito negociação, o principal aspecto foi o “sair com amigos”, seguido da aceitação de um relacionamento amoroso com “qualquer pessoa”, na condição de que as filhas posterguem a gravidez e previnam-se das DST, mesmo que este seja um relacionamento homossexual.

Diante de todo o contexto apresentado, o modo de educar para a sexualidade, segundo as participantes do estudo, sem utilizar muito o diálogo, ainda permanece como pano de fundo no contexto social das mães e suas interações com as adolescentes.

Pensamos ainda que a reflexão das vivências ante a saúde sexual e reprodutiva das mães, por meio das memórias do ciclo vital, metodologia utilizada no estudo, pode incentivá-las ainda, a pensar em novos projetos para suas vidas, que poderão ser concretizados ou que podem permanecer na memória das participantes, mesmo que não sejam executados.

Mesmo que muitas vezes todas as vulnerabilidades não possam ser de todo eliminadas e as necessidades superadas na comunidade, as participantes reconhecem a necessidade de aprimorar ou iniciar o diálogo junto às filhas adolescentes. Esse sentimento é importante, visto que o reconhecimento e a compreensão sobre o contexto no qual se encontram é relevante, uma vez que pode nortear e dar mais resolubilidade às ações de Promoção à Saúde sexual e reprodutiva, sendo essencial para o cuidado de Enfermagem.

Consideramos, ainda, que a proposta utilizada por este estudo, engloba uma forma de cuidar baseada na categoria *Sistema Popular*, proposta por Madeleine Leininger, ou seja, no cuidar informal que as mães do estudo praticam no contexto familiar. Então, entendemos que seus pressupostos foram essenciais para o estudo, visto que não é possível trabalhar neste contexto reproduzindo meros padrões, normas e rotinas empregadas em outras realidades.

Devemos atentar para o fato de que cada mulher, a família, toda comunidade e seus significantes são singulares. Por conseguinte, cada novo contato é único, assim como cada ato de adentrar uma casa, uma família e seus componentes. Não existe nada pronto. Esta

proposição busca ao respeitar essa singularidade e especificidade, e ao estarmos realmente interessada em conhecer as diferenças e ao mesmo tempo a algumas semelhanças - levar-nos a perceber que cuidar em Enfermagem é mais do que meramente procedimentos, que são importantes, mas que cuidar-cuidado realizado pelo enfermeiro é aquele que ocorre quando ele utiliza seu “*self*” e considera o do outro, vendo-o mais do que como ser somente “biologizado”, mas um ser apreciado em todas as dimensões humanas. Portanto, consideramos que este estudo traz ricas contribuições para a assistência no âmbito da Estratégia Saúde da Família, o ensino e o saber da Enfermagem.

▪ **ASSISTÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Com assento nas considerações expendidas, podemos dizer que este estudo:

- contribui para uma visão renovada no campo da saúde sexual e reprodutiva no contexto familiar, que considera a dimensão relacional da sexualidade, sexo e reprodução, com vistas a contribuir para a promoção do diálogo entre mães e filhas;
- compõe uma abordagem transcultural, que reconhece o conhecimento popular e oferece subsídios para maior aproximação entre o enfermeiro, o cliente e sua família, na relação de cuidar-cuidado;
- possibilita a aplicação de uma metodologia, baseada no respeito à cultura dos envolvidos, que facilita a prática de cuidar entre o cliente, a família e o enfermeiro, em um contexto específico para a Promoção da Saúde sexual e reprodutiva;
- promove a discussão sobre a necessidade de maior articulação entre os serviços de saúde e as escolas de ensino fundamental e médio da área adscrita do território, para que se organizem projetos consistentes e adequados ao olhar de toda a comunidade escolar;
- levanta a necessidade de maior aprofundamento nas questões sobre sexualidade, sexo e reprodução entre mães e filhas, o que torna mais claras as deficiências nesse contexto; e
- apresenta um objeto de estudo ainda pouco aprofundado na Enfermagem, servindo como exemplo de estudo metodológico, dentro de uma abordagem qualitativa e como referencial a investigações que envolvem a influência da cultura na qualidade de vida dos sujeitos no âmbito da Saúde da Família.

- **PARA O ENSINO**

Neste campo, o trabalho oferece subsídios no sentido de que:

- colabora para a discussão, aplicação imediata e desenvolvimento nos conteúdos dos currículos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, sobre a orientação e educação sexual, que promova tanto a saúde sexual dos profissionais de saúde quanto dos sujeitos com barreiras na comunicação sobre esses temas;
- concorre para o desenvolvimento de marcos referenciais próprios da Enfermagem que guiem os professores no ensino da sexualidade humana e suas repercussões na vida dos sujeitos;
- permite aos alunos dos cursos de graduação e pós-graduação o conhecimento da aplicação de marco referencial na prática da Enfermagem junto à Estratégia Saúde da Família, bem como noutros cenários de atuação da enfermeira;
- suscita a necessidade nos programas de formação de pessoal de Enfermagem, da inclusão de temáticas relativas a Educação em Saúde como estratégia promotora da interação enfermeira e usuários dos serviços, no trato aos temas ligados à saúde sexual e reprodutiva, a fim de privilegiar em suas atividades de cuidado as necessidades da população; e
- defende a importância da implementação da disciplina Educação em Saúde nos cursos de Enfermagem de todo o Brasil, na perspectiva de que é a forma apropriada para realizar intervenções nas questões relativas ao exercício da sexualidade e o desenvolvimento de respeito mútuo nas relações, valorização da vida, da comunicação e das relações interpessoais e a geração de prazer nessas vivências.

- **PARA A PROMOÇÃO DO DIÁLOGO ENTRE MÃES E FILHAS NO CONTEXTO FAMILIAR**

Consideramos que este trabalho abre horizontes próprios ao estímulo e desenvolvimento da pesquisa, uma vez que o grupo de mulheres reconhece essa realidade. Nessa contextura, defendemos as idéias de que este estudo:

- demonstra que, mesmo com dificuldades, o diálogo entre mães e filhas pode ocorrer, considerando que nunca é tarde para o aprendizado. Mesmo que as mães não consigam concretizá-los com suas filhas, podem iniciá-lo com suas netas, sobrinhas e outras adolescentes da comunidade;

- busca uma solução prática e inovadora de cuidar para a vivência da sexualidade, com suporte nos conhecimentos de mães de adolescentes. Assim, para as mães, o processo de comunicação deve ser iniciado na infância e prosseguir por toda a vida de suas filhas;
- explica que a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva pode ser bem aplicada quando presente uma boa argumentação, e negociação, principalmente no que concerne à prevenção das DST e gravidez precoce, visto que acontecimentos da própria comunidade facilitam essa compreensão;
- destaca o fato de que a dificuldade na comunicação é uma realidade entre as mulheres da comunidade do Pirambu, mas que pode ser aos poucos modificada. Para isso ações que promovam a interação de família, escola e serviço de saúde são urgentes e acima de tudo que ocorra a interação, o carinho e a confiança entre mães e filhas;
- confirma a noção de que, para subsidiar as mães na comunicação com suas filhas, conhecimentos sobre o corpo humano, função reprodutiva, sexualidade e DST, precisam ser continuamente discutidos, a fim de otimizar esse processo.

Com tais considerações e apontamentos desvelados no estudo, é notável que a realidade das mulheres participantes do estudo ainda continua em um contexto sociocultural e econômico que pouco se alterou no decorrer de suas vidas, sendo permeado por processos coletivos e individuais que promovem conseqüências na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Assim, acreditamos ser necessário investir em um cuidar com responsabilidade, valorizando o conhecimento do outro e seu modo específico de cuidar, e, juntos, utilizando o conhecimento da Enfermagem em busca de um cuidado repadronizado que vise à autonomia e à livre escolha entre as mulheres.

São necessários, além do compromisso, investimentos e apoio públicos amplos e de qualidade, que alcancem muito mais do que a saúde sexual e reprodutiva dessa população; é preciso promover a SAÚDE como um todo, alcançando as dimensões sociocultural, subjetiva, comportamental e orgânica do processo que envolve a sexualidade humana. Quando essas dimensões foram consideradas e priorizadas na agenda da saúde, minimizaremos expressivamente a produção de problemas e sofrimentos que fazem adoecer mulheres em todo o País, e nós, profissionais de Enfermagem, somos guerreiros dessa luta, na busca de um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

Abramovay M. Juventude e sexualidade / Miriam Abramovay, Mary Garcia Castro e Lorena Bernadete da Silva. Brasília: UNESCO; 2004.

Althoff CR. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In.: Else, I.; Marconi, S.S.; Silva, M.R.S. (org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2^a ed. Maringá: Eduem; 2004.p. 45-65

Amorim VLA, Vieira NFC, Monteiro EMLM, Sherlock MSM, Barroso MGT, Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção à saúde do adolescente. Revista Brasileira de Promoção da Saúde [internet]. 2006 [cited 2008 out 10]; 19(04):123-35. Available from: http://www.sumarios.org/pdfs/247_393.pdf

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc. & Saúde Coletiva [internet]. 2002 [cited 2008 set 04];7(4):925-934. Available from: <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes.sociais.pdf>

Ávila MH, Toney SV, Liguori, A.L. Enfoques de Investigación obre YIH/SIDA em salud reproductiva. México (DF): Instituto Nacional de Salud Publica; 1995.

Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn. Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEn; 2001.

Baptista SMS. Maternidade e profissão: oportunidades de desenvolvimento. São Paulo: Casa do Psicólogo;1995.

Barbosa SM. O comportamento dos pais em relação à comunicação com os filhos adolescentes sobre prevenção de HIV/aids. [Monografia de graduação em Enfermagem]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará/UFC; 2007. 112p.

Barros ML. Sobre Gerações, famílias e políticas sociais. In:Família e Gerações.. Org; Myran Lins de Barros.Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 164-178

Barroso MG, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em Saúde no contexto da promoção humana. Barroso M.G, Vieira N.F.C, Varela Z.M.V (org); Rosendo Freitas de Amorim - Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003. p.45-49

Beauvoir SO. Segundo sexo: a experiência vivida. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980.

Boehs AE. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da Teoria de M. Leininger. Rev latino - am enfermagem [internet] 2002 [cited 23 jul 2008]10(1):90-6. Available from: www.eerp.usp.br/rlaenf

Bolívia, Ministério de salud Y desortes. Programa Nacional de ITS-SIDA;. Centro de Integración de Médios de Comunicación Alternativa. La Paz: OPS; 2003.

Borges ALV, Nichiata LYI, Schor N. Conversando sobre sexo: A rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. Rev. Latino-am Enfermagem [internet] 2006 [cited 26 de ago 2008]14(3):422-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a17.pdf>

Bozon M. Sociologia da sexualidade. Colaborador Maria de Lourdes Menezes. São Paulo:FGV Editora; 2004

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 12º ed. São Paulo: Editora São Paulo; 2002.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Séries CNS cadernos técnicos. pg. 84 .2002.

_____. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (c)

_____. Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. O trabalho com grupos de mulheres e a elaboração de material educativo em conjunto com a população: as DST/aids no cotidiano das mulheres/ Margarita Silva Diecks e Renata Pekelman- Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/ UNESCO, 56p, 2001

_____. 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, 82p, 2004

_____. Programa Nacional de DST e AIDS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). [uptade 2007 oct 18, cited 27 dez 2007]. Disponível em: URL: <http://www.aids.gov.br/> acessado em 12/11/2007. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos. Available from: <http://aids.gov.br>

_____. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1989

_____. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de mega Países, Declaração do México, Brasília, 112p, 2001(a)

_____. Ministério da Ação Social, justiça, trabalho e educação. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF), 1990.

_____. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. 48p, 2007

_____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/ Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 104p, 2003

Bucher JSNF. A mulher e o trabalho. In: Promoção da Saúde - Saúde da Mulher Brasileira. ano 3, n.6, p. 14-16 , Out, 2002

Candeias NMF. Conceitos de educação e de Promoção da Saúde: Mudanças individuais e organizacionais. Revista de Saúde Pública [internet] 1997 [cited 23 jul 2008] 31(2):2009-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>

Cano MAT, Ferriani MGC, GOMES R. Sexualidade na Adolescência: um estudo bibliográfico. Rev. Latino-am Enfermagem [internet] 2000.[cited 30 nov 2007]8(2):18-24. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413.pdf

Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [internet]. 2008 [cited 02 nov 2008]. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414>

Cardoso OR. O trabalho do antropólogo. 2ª ed. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora UNESP; 2000.

Carmona, J. Linha cruzada: a comunicação entre pais e filhos sobre sexualidade[Dissertação] Porto Alegre: Universidade Pontifica do Rio Grande do Sul/PUCRS; 2000.150 p.

Carvalho IS, Coelho VLD. Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. Estud. psicol. [internet] 2005 [cited 29 set 2008] 10(2): 223-254. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200010>

Castro MG, Abromavay M, Silva LB. Juventude e Sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.

Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria do Trabalho e Ação Social. Projeto Amor á Vida. Saude Sexual e Reprodutiva.Manual do Multiplicador. Saude Reprodutiva.1997.

Clawson CL, Reese WM. [The amount and timing of parent-adolescent sexual communication as predictors of late adolescent sexual risk-taking behaviors]. Journal of sexuality and reproduction. 2003; 40 (3):256-65.

Corrêa S, Ávila MB. Direitos sociais e reprodutivos - pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó E, organizadora. Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas (SP): Editora da UNICAMP; 2003.p. 17-34.

Costa EMA, Carbone MH Saúde da Família. Uma abordagem Interdisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Rúbio; 2004.

Czeresnia D, Freitas CM. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.39-53.

Dias ACG, Gomes WB. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. Estudos de Psicologia [internet]. 1999 [cited 2008 jan 12]; 4(1): 79-106. Available from: www.scielo.br/pdf/epsic/v4n1/a06v04n1.pdf

Dias ACG, Oliveira VZ, Gomes WB. A experiência de ser gestante adolescente. Revista de Ginecologia & Obstetrícia. 1997; 8(3):161-67.

Dilorio C, Kelley M, Hockenberry EM.[Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends]. Journal Adolescent Health. 1999; 24 (3):181-9.

Diniz G, Coelho V. A história e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família. In: T. Feres-Carneiro (Org), Família e casal: efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Editora da PUC; 2005.p 137-158.

Dunker CIL. Teorias da sexualidade em psicanálise. *Psicologia Clínica*. 2004; 16(1):117-129.

Else I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Else I; Marconi SS, Silva MRS. (org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2^a ed. Maringá: Eduem; 2004. p.76-81.

Fávero ML, Abrão L.G.M. “Malhando o Gênero”: O Grupo Focal e os Atos da Fala na Interação de Adolescentes com a Telenovela, *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [internet] 2006 [cited 03 de set 2008]. 22(2):175-182. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a07v22n2.pdf>

Fende JM, Boehner CW, Biro FM, Mills L, Rosenthal SL. [A preliminary examinations of adolescents girls' perceptios of the parental]. *Journal of pediatric and adolescent Gynecology*. 2001;14 (3), aug:113-7.

Ferreira MA, Alvin NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes dos Adolescentes: Estilo de Vida e cuidado à Saúde. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis. 2007;16(2): 217-224.

Ferreira NSA. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. *Educação e Sociedade*. 2002; ano XXIII, ago:34-42.

Galvão L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: Galvão L, Diaz, J. Organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo. Editora HUCITEC;1999. p.165-79.

George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Giddens A. A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: UNESP; 1993.

Green HH. [Parent peer education: Lessons learned from a community-based initiate dor teen pregnancy perceptions]. *Journal Adolescent Health*. 2005;37 (3), sep:100-7.

Guimarães AMDA, Vieira ML, Palmeira JA. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2003;11(3): 293-8.

Guidelines for Comprehensive Sexuality education. Siecus Publications: New York, NY; 2004.

Hammersley M, Atkinson P. Etnografía: métodos de investigación. Barcelona: Ediciones Paidós; 1994.

Heilborn ML. Família e Sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

_____ O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Editora Garamond, 534p [internet]. 2006 [acesso 02 ago 2008]. Available from: books.google.com/books?id=2atSW6KG7U0C&dq=heilborn&lr=&hl=pt-

Hera, Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação [internet] 1999 [acesso 23 out 2008] HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. Available from: www.iwhc.org/hera

Hermanson RLH. Mulher e maternidade. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2000.145p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, 337p. 2006

Jesus MCP. Educação Sexual: o cotidiano de Pais e adolescentes. Juiz de Fora: FEME; 1999.

Kao TA, Guthrie B, Cherry CL. [Intergenerational Approach to Understandig Taiwanese American Adolescent Girls´and Their Mothers´Perceptions About Sexual Healh.] Journal of Family Nursing. 2007;13:p313-331.

Kelly PJ, Lesser J, Smoots A. [Tailoring STI & HIV prevention programs for teens] Matern Child Nurs. 2005;30 (4): 237-42.

Klein JD, Sabaratnam P, Pazos B. Auerbach MM, Havens CG, Brach MJ. [Evaluation on the partents as primary sexuality educators program]. Journal Adolescent Health. 2005;37 (3):94-9.

Laplantine F. Aprender Antropologia. Tradução Marie Agnes Chauvel. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Leão ME, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. Promoção da Saúde: A Saúde da mulher brasileira. Revista Promoção da Saúde – Brasília. 2002; ano 03(6):31.

Lei de diretrizes e bases da educação nacional. [internet]. [update 24 mar 2007]. Available from:<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>

Leininger MM. Transcultural nursing:concepts, theories and practices. New York: John Wiley;1978.

_____ Cultural care diversity e universality: a theory of nursing. New York: National Legue for Nursing Press; 1991.

_____ Qualitative Research Methods in Nursing. Philadephia: Saunders Company; 1985.

Leiva VM. [Compartitiendo conocimientos con amigos y amigas para disfrutar de uma vida mejor]. Matagalta: IXCHEN; 2002.

Levy S. O programa de educação em saúde.[internet] 2000.[cited 23 set 2008] Available from:<http://www.gov.br/programaseprogetos>>.

Lightfoot C, Valsiner J. Parental belief systems under the influence: social guidance of construction of personal cultures. In I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy de Lisi, & J. J. Goodnow (Org.), Parental belief systems: the psychological consequences for children. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 2002. p. 84-117.

Lima MJ. Linha da vida ou grupo de autoconsciência: uma reflexão sobre a ótica feminista. In: Coletivo Fempress (coord). Como trabalhar com mulheres. Petrópolis: Vozes; 1988. p 40-46.

Littlejohn SW. Fundamentos Teóricos da Comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.

Lopes G, Maia M. Desinformação sexual entre gestantes adolescentes de baixa renda. Revista Sexologia. 1993;v.2(1):30-33.

Mandú ENT. Saúde reprodutiva: abordagens para o trabalho de Enfermeiros (as) em atenção básica: Organizadora: Neuci Cunha dos Santos. Cuiabá; Ed. UFMT;2006.

Marconi SS. Criando os filhos e construindo maneiras de cuidar. In.: Else, I.; marconi, S.S.; Silva, M.R.S. (org). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004.

Mendes IAC. Enfoque Humanístico à comunicação em enfermagem. São Paulo: Savier; 1994

Moraz M, Gianfaldoni MHTA. O processo de pesquisa: iniciação. Brasília: Plano editora; 2002

Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [internet] 2006.[cited 12 jan 2008].22(9)set:1825-33. Available from: www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/06.pdf

Moura ERF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? Cadernos de Saúde Pública [internet] 2002.[acesso 30 set 2008]10(06).Available from:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Naidoo J, Wills J. Health Promotion – foundations for practice. London: Baillière Tindall;1994.

Oguisso T, Shmidt M.J. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. São Paulo: LTr, 1999, p.232

Oliveira TC, Carvalho LP, Silva MA. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN. 2008; 61(3):306-11.

Organização Mundial da Saúde - OMS. Catalogue of health indicators. Genebra: OMS; 1996.

Paiva V. É difícil se perceber vulnerável. In: Paiva V. Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de aids. São Paulo (SP): Ed. Summus; 2003. p. 106-40.

Parker R. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34; 2000.

Peña R, Quintanilla M, Navarro K, Martinez J, Castillo V, Pérez W, Källestal C. [From among girl friends to among mothers-baseline research adjusts a health promoting intervention in Nicaragua]. *AM Journal Health Promotion*. 2007; 21 (4), mar-apr:278-83.

Pizza, G. *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci; 2005.

Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research*. Califórnia: Sage Publications; 2000.

Rede Feminista de Saúde. *Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê*. – Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004

Reishus S. *I've become my mother: recognizing and outwitting the mom gen in sex, love and aging*. Tradução: Vera Whately, Rio de Janeiro: Carpe Diem; 2006

Rohden, F. *Religião, valores e comportamentos afetivo-sexuais entre jovens no Brasil*. Comunicação apresentada no Simpósio Especial "Sexualidade e Religião"; 2004; Recife: Sociedade Brasileira de Antropologia.

Roper JM, Shapira J. *Ethnography in nursing research*. California-USA: Sage Publications; 2000.

Rosenthal DA, Feldman SS, Edwards D. [Mum's the Word: mother's perspectives on communication about sexuality with adolescents]. *Journal Adolescent*. 1998;21 (6), dec:727-43.

Sanchez BM. [Entre la experimentación, el amor y el riesgo: El camino de la negociación sexual entre adolescentes sexualmente activos]. *Revista Profamilia*. 2002;vol 01: 12-32.

Serapioni M. O papel da família nas redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet] 2005.[cited 23 mai 2008]. 10 (sup): 243-253. Available from:www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-

Shouten BC, Putte B, Pasmans M, Meeuwesen L. [Parent-adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control]. *Patient Educ. Couns*. 2007;66(1), april: 75-83.

Silvaram S, Johnson S, Bentley ME, Latkin C, Srikrishnan AK, Celentano DD; Solomom S. [Sexual health promotion in Chennai, Índia: Key role of communication among social networks], *Health Promotion Int*. 2005;20 (4), dec:327-33.

Simanski JM. [The birds and the bees: an analysis of advice given to parents through the popular press]. *Journal Adolescent Health*. 1998;33 (129):p.33-45.

Somers CL, Paulson SE. [Students' perceptions of parent-adolescent closeness and communication about sexuality: relations with sexual knowledge, attitudes, and behaviors]. *Journal adolescent*. 2000;23 (5), oct:629-44.

Teixeira E. *Práticas educativas em grupo com uma tecnologia sócio-educativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém*. Esc. Anna Nery. [internet] 2007. [citado 13 Novembro 2008] vol.11(1):155-159. Available from:

<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100023&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-8145.

Teitelman AM. [Adolescent Girls' Perspectives of Family Interactions Related to Menarche and Sexual Health]. *Qualitative Health Research*. 2004; vol. 14, n^a 9, nov:1292-1308.

Teri A, Rachel E, Rennells T, Erin T. [Heterosocial Behaviors in Early Adolescent African American Girls: The Role of Mother-Daughter]. *Journal of Family Nursing*. 2005;11; 122:124-129.

Trad LAB, Bastos ACS, Santana E, Nunes M. O. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciênc. & Saúde Coletiva* [internet] 2001.[cited 23 jan 2008]v.7,3:581-589. Available from: www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf

Vieira NFC. Issues in the Implementation of a School-Based HIV/AIDS Education Project in Fortaleza, Brazil. [tese]. Inglaterra: Universidade de Bristol; 1998.

Wagner A, Carpeneudo C. Estratégias de Comunicação Familiar: A perspectiva dos filhos adolescentes. *Rev. Psicologia; Reflexão Crítica*. 2005;18 (2):277-282.

____Falcke D, Silveira LMBO, Mosmann CP. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*. 2002;v.7, jan-jun,n.1:75-80.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Nome: _____
2. Estado Civil: _____ 3. Idade: _____
4. Renda: _____ 5. Escolaridade: _____
6. Ocupação: _____ 7. N° filhos: _____
- 8 Fale sobre sua adolescência?
- 9 Como foi o nascimento de sua filha(s), o que você sentiu?
- 10 E a infância de sua filha? Teve algum acontecimento marcante?
- 11 Como é falar com sua filha adolescente sobre sexo, DST/AIDS e modos de evitar a gravidez? Como você se sente sobre isso?
- 12 Você acha que sua filha sabe o suficiente sobre esses assuntos e está preparada para ter uma vida sexual saudável?
- 13 E na sua família, quem participa da educação das suas filhas nessas questões?
- 14 Com quem você tira as dúvidas sobre esses assuntos na comunidade?
- 15 Você tem algo a mais para me dizer sobre isso?

APÊNDICE B

TÓPICOS NORTEADORES PARA O TRABALHO NOS GRUPOS:

Local para a atividade: ACARTES/ Pirambu;

Horário: a combinar;

Total de grupos: 01;

Total de participantes: 06 a 08 participantes, a definir conforme critérios de inclusão.

ROTEIRO 1 (2 encontros)

Nessa fase, os encontros abordam o resgate do nascimento das filhas na óptica das mães e acontecerá em dois momentos, com duração entre 1h e 30 mim a 2h cada:

O primeiro momento já conta com uma metodologia prévia, porém os demais serão pactuados com as participantes, pensando em valorizar os desejos e aspirações do grupo.

1º Encontro

Metodologia: Contará com uma discussão sobre os objetivos de cada participante do grupo. Apresentação das participantes, estabelecimento de confiança, afeto e conhecimento dos participantes através de técnicas que sejam facilitadoras do contato oral e corporal. Iniciar a construção da “linha da vida”, através de discussão sobre o nascimento das filhas. Contrato de trabalho com o grupo (proposta, objetivos, metodologia, duração e acordos entre as mulheres).

Técnica de apresentação: Objetivo: fazer uma apresentação inicial das participantes que revele alguns aspectos da subjetividade das mesmas e que facilite a integração do grupo.

Durante esse momento, abordaremos junto as mulheres os seguintes aspectos, relacionados ao nascimento de suas filhas:

- 1.Sentimentos das mulheres ao saber da gravidez;
- 2.Acontecimentos significativos durante a gestação;
- 3.Apoio Familiar (Aceitação/dificuldades/sentimentos);
- 4.Primeiras experiências com o recém nascido (Cuidado concreto – descrição/ Interação o bebe - descrição)

Encerramento: Resgate dos objetivos abordados, pactuação para próximos encontros.

ROTEIRO 2 (2 encontros)

Resgate a Infância das filhas através de dois encontros com duração entre 1h e 30 mim à 2h cada:

A partir desses encontros, as metodologias serão negociadas com as participantes, abordando as seguintes questões:

1. Acontecimentos marcantes nessa fase;
2. Início da comunicação sobre sexo, sexualidade, reprodução (Sentimentos presentes no diálogo/negociação/argumentação).

ROTEIRO 3 (2 encontros)

Resgate da puberdade das filhas na visão das mães, através de do encontros em dias distintos, com a mesma duração dos anteriores:

1. Memórias das mães envolvendo recordações e sentimentos presentes nessa fase da vida das participantes em relação a suas filhas;
2. Reação frente as manifestação dos primeiros caracteres sexuais das filhas;
3. Descrever junto ao grupo, processo de comunicação entre mães e filhas, focalizando as dificuldades/facilidades

ROTEIRO 4 (4 encontros)

A partir de quatro encontros aborda-se com maior ênfase questões ligadas à adolescência, tanto das participantes quanto de suas filhas. Duração de 1h e 30 mim à 2h cada:

Encontro 1: Resgate das memórias das mulheres na adolescência. Abordaremos os seguintes questionamentos:

Como foi a adolescência de cada participante;

Quais acontecimento mais marcantes dessa fase;

Como era vivida a sexualidade nessa época/ Comparar com atualidade;

Se quando adolescentes, tinham o mesmo tipo de diálogo que hoje mantém com suas filhas.

Encontro 2: Sentimentos da mãe frente a filha adolescentes.

Questionar se a mãe conversa com sua filha(as) sobre assuntos relacionados a reprodução e a sexualidade. Justificar;

Que assuntos às mães conversam ou não com suas filhas;

Quais temas são mais fáceis de dialogar;

E os mais difíceis/ O que gera essa dificuldade nas conversas?

Que informações, na opinião das participantes, as filhas possuem sobre métodos contraceptivos/ Doenças sexualmente transmissíveis/ HIV/aids / Como elas obtiveram essas informações na opinião do grupo?

Vivência da primeira menstruação e/ou relação sexual das filhas;

Como a sexualidade é vivida hoje? Existem semelhanças e/ou diferenças em relação à história de vida do grupo na mesma fase?

Encontro 3. Definir junto ao grupo como dialogam, negociam e argumentam junto a suas filhas.

Encontro 4. Analisar junto as participantes, processos de comunicação, como instrumentos mediadores para a Promoção da Saúde sexual e reprodutiva entre mãe e filha.

Nesse encontro haverá uma síntese de todo os momentos vivenciados. Através do processo pedagógico baseado no diálogo, na escuta, na compreensão e na busca de significados, procederemos à elaboração de um material educativo, através de metodologias a serem pactuadas pelo grupo.

Ao final, participantes e pesquisadoras poderão ser capazes de analisar os processos de comunicação, favorecendo a co-produção de metodologias participativas que facilitem e aprimorem o diálogo sobre saúde sexual e reprodutiva entre mães e filhas adolescentes.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Eu _____, tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo: **Promovendo a Saúde Sexual e Reprodutiva através da Comunicação entre mães e filhas no contexto familiar responsável**, recebi da Sra. Fabiane do Amaral Gubert, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, responsável por sua execução, as seguintes informações me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina à possibilidade de melhorar a Comunicação entre mães e suas filhas adolescentes sobre assuntos ligados à sexualidade, métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis e outros temas que poderão surgir durante os encontros. E também contribuir para melhorias no cuidado a Saúde da mulher, incluindo as adolescentes.
- Estou ciente de que o estudo terá início em março, quando a pesquisadora irá até a minha residência para me entrevistar e conhecer mais sobre a comunicação entre mim e minha filha. Também tenho conhecimento que depois da visita eu e outras mulheres iniciaremos encontros na ACARTES para discutirmos sobre os temas já citados anteriormente pela pesquisadora. Sei que os encontros terão duração de 1(uma) hora e 30 (trinta) minutos, uma vez na semana e o dia e o horário serão conforme minha disponibilidade e das demais participantes do grupo. Também autorizo a gravação da minha participação nos encontros.
- Estou ciente de que os encontros terão início em abril desse ano e terminarão em julho. Serão 11 encontros, os quais durante esse tempo poderei recusar a continuar participando e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora também me esclareceu que sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;
- Também me foi esclarecido que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades e dos riscos que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da responsável pela pesquisa

Fabiane do Amaral Gubert. Endereço: Rua Justiniano de Serpa, 463, Apto 302, B. Farias Brito, Fortaleza-CE. Tel: 85-32434354

Local da Pesquisa: Academia de Ciências e Artes-ACARTES

Endereço: Rua Nossa Senhora das Graças, 994, Pirambu, Fortaleza-CE. Tel: 85-32362884

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE. Telefone: 85-33668338

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão
digital da participante

Responsável pelo estudo:
Fabiane do Amaral Gubert

APÊNDICE D

A história de vida das mulheres do pirambu

Matutina

O primeiro encontro com Matutina foi em uma caminhada pela Ecologia no Pirambu, em setembro de 2008. Era um dia de sábado, cerca de 9h da manhã, toda a comunidade se reunia para passear pelas ruas e dialogar com a população sobre a importância da reciclagem do lixo. No ensejo, plásticos e garrafas foram recolhidos e muitos moradores vestiam-se a caráter (trajavam roupas verdes e corpo coberto de barro).

É nesse contexto que avistamos Dona Matutina. Ela tinha cerca de 1,50 m de altura, pele morena queimada pelo sol, cabelos compridos e amarrados, olhos castanhos escuros e no ensejo trajava um vestidinho de chita. Nos apresentamos e imediatamente ela chamou sua filha mais nova, de 15 anos de idade, envergonhadas, ambas se ofereceram a apresentarem a comunidade. Durante a caminhada, Matutina mostrava-se simpática a todas as moradoras e não se dirigiram a nenhum homem, apenas as mulheres do grupo de oração.

O encontro seguinte com Matutina aconteceu em sua casa, fomos com D. Lurdes convidá-la oficialmente para as atividades do projeto. A casa era de taipa, pequena, apenas quatro cômodos e era de propriedade de uma tia. A fachada de sua casa era bem conservada, com diversas plantas. Sobre a arborização, a informante fez questão de falar sobre a dengue, que os agentes de saúde da comunidade já haviam falado sobre o perigo da doença.

Nesse instante já ficamos constrangidas e ao mesmo tempo contentes, pois a visita parecia uma “fiscalização” e não um simples encontro, mas a impressão logo se desfez. Após falarmos sobre os objetivos da pesquisa, apresentamos o termo de consentimento e Matutina aceitou participar.

Matutina tem 40 anos e é natural do interior do estado, solteira, vive com uma renda de R\$ 200,00 proveniente do Programa Social Bolsa Família e uns “bicos” que faz para ajudar no orçamento. Na infância trabalhou desde os oito anos para ajudar a mãe que era viúva.

Na adolescência diz ter aproveitado pouco e estudado apenas dois anos, o suficiente para poder ler e escrever. Também nessa fase conheceu um rapaz, com quem mais tarde teve um filho. Matutina criou com a ajuda da mãe, três filhas, hoje com 22, 18 e 15 anos respectivamente. Nunca se casou e não teve nenhuma relação conjugal estável, conheceu alguns namorados, mas segundo ela, era apenas para matar a solidão. Aos 19 anos veio para

Fortaleza morar com uma tia e tentar uma nova vida, trazendo consigo a primeira filha e sua mãe.

Na capital, demorou a encontrar um emprego e suas esperanças de uma vida melhor logo foram decaindo. Depois de alguns meses arranjou um emprego de empregada doméstica. Nesta fase sua filha já estava com três anos e acabou engravidando novamente.

Esses e outros acontecimentos, segundo ela, influenciaram na criação das filhas, porque a necessidade de colocar comida em casa era maior do que o tempo para lhes dar atenção suficiente, deixando a carga da tia e da mãe.

Em relação à comunicação com suas filhas, destacou com semblante envergonhado que quando era criança jamais teve qualquer ensinamento por parte da família sobre sexualidade, DST ou outro tema. Fato que para ela repercuti atualmente no ensino de suas filhas sobre esses temas, já que aprendeu tudo sozinha.

Matutina contou que quando começou a desenvolver seu corpo, sentia-se bem, no entanto quando entrou na menarca sentiu vergonha e não sabia o que fazer diante daquela situação. Pediu para uma amiga sobre o que fazer e a partir daí sentiu que virou mulher, mas não comentou nada com a mãe.

A primeira relação sexual de Matutina ocorreu quando tinha entre 16 e 17 anos com um namorado, diz não lembrar muito bem, mas com face corada diz não ter sido uma experiência prazerosa. Segundo ela o parceiro também tinha a mesma idade mas era meio “bruto”.

Em relação às filhas, disse que na infância era muito bom, pois elas ainda estavam “debaixo do rabo de saia da mãe” e a respeitavam mais. Também nessa época os “porquês” das filhas como “como é que nasce menino mãe?”; “o que é transa?”. Esses questionamentos faziam com que ela acabasse não discutindo com as filhas, pois o medo e a vergonha eram sentimentos presentes, que lhe acompanham desde a infância.

Como lazer costuma ir para o grupo de oração da comunidade e ver novelas. Em relação a sua saúde, diz procurar o Posto de Saúde frequentemente, principalmente para agendar consultas para sua família. Em alguns casos procura rezadeiras próximas.

Sobre a relação com as filhas, na maioria das visitas não contamos com a presença das mesmas. Matutina comentou que elas passavam muito tempo fora, pois a mais velha trabalha e deixa a filha para ela cuidar, e que a outra, saía com as amigas. Também acrescentou que devido à residência em que moram não ser delas, elas não se sentiam à vontade.

Seu maior desejo é ter uma casa própria, para morar com as filhas e dar uma boa educação para sua neta, já que segundo ela, queria que a netinha tivesse oportunidades

diferentes. Em relação a comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva, ela diz ser importante, porém acha que a filha mais nova ainda não precisa saber sobre esses assuntos e a mais velha, mãe de uma menina, já é “madura o suficiente”. Em geral ela relata que em relação à prevenção da gravidez, as filhas estão capacitadas, mas já frente às DST necessitam de mais conhecimentos.

Fatinha

A primeira vez que encontramos Fatinha foi numa atividade da Acartes, em outubro de 2007. Sempre sorrindo, facilmente pudemos nos aproximar. Ela aparentava ter mais de 40 anos, pele morena, cerca de 1,60 cm de altura, tinha cabelos pretos, curtos e encaracolados, trajava uma saia comprida e blusa, bem gastas pelo tempo. No primeiro encontro fez questão de relatar seus vários problemas de saúde, dentre eles, uma mastectomia radical.

Durante toda a oficina falava muito com todas as participantes e sua gargalhada muito alta era marca registrada. Naquele mesmo dia, ao final da oficina, conversamos e convidou-nos a irmos até sua casa. Após um mês de tentativas, conseguimos marcar o encontro. A visita foi adiada várias vezes, porque segundo suas filhas, ela sempre estava à procura de atendimento médico.

A casa da informante era de tijolos apenas na frente e o restante de taipa, possuía cinco cômodos, era pintada e muito bem limpa. A rua em que se localizava era asfaltada e com saneamento básico.

Finalmente quando encontramos a informante e depois de esclarecido o propósito da visita, ela também aceitou participar de todas as etapas do estudo. Fatinha tem 40 anos é casada com Pedro, com quem tem quatro filhos. A renda mensal familiar é de cerca de um salário mínimo e atualmente trabalha como empregada doméstica.

Fatinha é natural de Fortaleza e nos contou que sua infância foi marcada pelo abuso de álcool por parte dos pais, os quais morreram precocemente, obrigando-a a morar com tios. Apesar de terem proporcionado alimento e abrigo para ela, não tinham o mesmo “carinho”. Na infância e pré-adolescência não teve orientação sobre sexo em casa, e muito menos sobre a prevenção, e o pouco que sabia era no colégio onde estudou até a 4^o série primária.

Com o passar do tempo conheceu Pedro, que na época também estava sofrendo com conflitos familiares, pois sua mãe era “mulher da vida”. Para ela o trauma que ambos sofreram, contribuiu para que se casassem e segundo ela, deu a sorte grande, pois é apaixonada pelo marido e ele lhe dá muito apoio.

A adolescência foi marcada pelo nascimento dos filhos, hoje com 23, 20, 17 e 15 anos respectivamente, segundo ela passou a adolescência do “fogão para o tanque, lavando coisa de menino”. Após a adolescência teve mais duas filhas, hoje com 17 e 15 anos, respectivamente.

Seu lazer é visitar os parentes em outros bairros, participar do grupo de oração, missas, ir para os forrós com seu marido, assistir televisão e ir ao “médico”.

Sobre o diálogo com suas filhas adolescentes diz que todo o pai deve dialogar com o filho, mesmo que o filho não demonstre interesse. Na sua residência ela é quem mais fala sobre esses assuntos. Para ela, a comunicação deve começar desde a infância e não se limitar somente à adolescência e manifestação do desejo sexual dos filhos.

Em casa, Fatinha tenta dialogar freqüentemente com os filhos, e para isso usa cenas do cotidiano para ilustrar essa realidade, no entanto diz que seus conhecimentos ainda são insuficientes.

Sobre suas expectativas em relação à vida, dar uma boa educação para os filhos e para os netos é seu grande sonho. Além de manter uma relação estável com o marido.

Valdinete

O primeiro encontro com Valdinete também foi em uma das atividades da Acartes enquanto socializávamos com as participantes à vontade de realizar um grupo de mulheres.

Mesmo tímida Valdinete demonstrou interesse em participar do estudo, porém ao contrário das outras participantes, não fez qualquer pergunta. Apenas indagou quando eram os encontros e quanto tempo iam durar, pois tinha que pegar as filhas no colégio.

Valdinete era uma mulher bonita, tem 32 anos de idade, pele branca, cerca de 1,65 cm de altura, magra, tinha cabelos pretos e lisos. Moradora do Pirambu desde seu nascimento, sua principal atividade na comunidade é o trabalho como doméstica, porque o marido está desempregado há dois anos.

Na primeira visita à casa de Valdinete, a encontramos rezando na sala, pois sua religião é evangélica, enquanto as filhas brincavam, e por lá mesmo ficamos conversando sobre sua vida. Ela é nascida e criada no Pirambu e diz ter tido uma infância e adolescência normal. Referiu ter tido oportunidade de estudo e que concluiu o ensino fundamental. Em relação à família, diz ter sido muita “presa” e que a autoridade e rigidez de sua mãe a motivou a casar cedo com 16 anos, na esperança de que a vida entre marido e mulher fosse mais feliz.

Na adolescência contou que com 11 anos teve a primeira menstruação e que esse foi um momento constrangedor em sua vida, pois a família dizia “agora já pode ter menino!”. A idéia de ter um filho naquela idade lhe parecia insuportável e decidiu não conversar mais

nada relacionado à sexualidade na família com medo de ser envergonhada. O medo aliado à vergonha contribuiu para algumas frustrações no início de sua vida sexual, tais como: medo de não satisfazer o companheiro, de não conseguir engravidar e de ser boa mãe. Para sua alegria aos 18 anos teve sua primeira filha e foi um momento de grande realização.

Quando relembra do casamento, diz ter feito uma boa escolha, mas que sente falta dos tempos de criança, onde apesar de não ter muita liberdade, tinha ao menos o desejo que a vida seria melhor. As normas da religião aliadas à relação com sua mãe, segundo ela, influenciaram a ser uma mulher “passiva”.

Em relação a suas filhas, que atualmente têm 11 e 14 anos respectivamente, refere ter acompanhado de perto o desenvolvimento das duas. E que mesmo hoje, elas estando na adolescência, considera essencial participar da vida das filhas, seja na escola ou na vida social.

Para Valdinete, apesar de as filhas estarem na adolescência, as considera imaturas e distantes de ter uma vida sexual e reprodutiva consciente, pois para ela, as filhas ainda são “crianças”. Sua filha mais velha já entrou na menarca e sobre isso ela diz ter orientado a filha a usar o absorvente e disse que a partir de agora ela era uma moça e que deveria ter mais cuidado com o corpo. A mais nova, com 11 anos, já apresenta alguns caracteres sexuais evidenciando a maturação do corpo, mas Valdinete diz que quando estiver próxima da menarca falará sobre as implicações da menstruação.

Sobre o diálogo ligado à sexualidade, diz que já tentou falar algumas vezes com as filhas, mas acha que elas ainda não compreendem e que apesar das tentativas, fica amedontrada em iniciá-lo.

Para ela é fundamental que as filhas sejam esclarecidas, e que mesmo não dominando alguns assuntos, procura se inteirar para repassar para as filhas, mas acha que a melhor forma de apreender sobre a vida será quando conviverem com o sexo oposto. Na sua opinião gostaria que as filhas esperassem até o casamento para terem a primeira experiência sexual.

Quando questionada sobre o apoio na educação das filhas, referiu que quando se trata de sexo e DST não conta com a ajuda de ninguém, nem mesmo do esposo, o qual refere diz não querer estimular as filhas para uma vida sexual precoce. O esposo de Valdinete comenta que mulheres devem ser educadas por mulheres e homens por homens, portanto se tivessem filhos homens seria mais ativo no papel de educador.

Sobre o futuro, Valdinete diz que as filhas são suas principais alegrias e deseja que elas tenham melhores chances e que vivam uma vida sexual e reprodutiva de uma forma mais

prazerosa do que ela. Dentre seus empreendimentos, guardar dinheiro para a faculdade das duas é prioridade atual.

Eudinha

O encontro com Eudinha deu-se na casa de D. Lurdes, ela queria conselhos sobre como melhorar a relação com suas filhas adolescentes, antes mesmo de saber sobre a intenção da pesquisa. Na ocasião ela aparecia muito transtornada e contou que as filhas estavam freqüentando “forrós” junto à outra mulher mais velha e que tal situação a incomodava, pois não sabia como conversar com as filhas e que aquilo era um “risco” para suas vidas.

Após conversarmos, falamos sobre a pesquisa e prontamente ela aceitou participar. Eudinha tem 35 anos, solteira, mora com a família em um casebre de taipa de três cômodos à beira mar. A faixa litorânea na área do Pirambu é considerada uma das piores áreas da localidade, caracterizada pela falta de saneamento básico e crescimento desordenado.

Depois do primeiro encontro procedemos a visita domiciliária e então ela nos contou sobre sua vida e os conflitos do cotidiano. Apesar de aparentar ter mais idade do que referiu, Eudinha era uma mulher bonita, tinha cerca de 1,50 cm de altura, magra, cabelos loiros e encaracolados. Sempre simpática e receptiva, logo que nos avistou nos convidou a conhecer sua residência.

Era nítida a péssima estrutura sanitária nas redondezas de sua localidade, mas sua parecia limpa, cercada por plantas em jarros que eram de sua mãe, o que deixava o ambiente mais agradável. Eudinha começou sua história contando sobre sua adolescência, sua primeira frase foi “adolescência, eu tenho trauma desse nome!”.

A primeira vista ela falou com expressão engraçada, rindo de si mesma, mas ao decorrer de sua fala parecia estar lembrado de assuntos dolorosos. Ela nos contou que foi “presa” durante a infância e adolescência, e que sua mãe era a provedora de casa, seu pai era viajante e ficava pouco com ela, acrescentou que estudou até a 5ª série.

A participante relatou que para sua “desgraça” e “alegria” engravidou na primeira vez que saiu de casa, disse que foi em um “forrozinho” e que tinha 17 anos na época. Comentou também que tal fato repercutiu em toda a sua adolescência e hoje se sente uma mulher despreparada para uma relação com outros homens.

Apesar de mãe solteira, viveu intensamente a gravidez das duas filhas, hoje com 15 e 17 anos, respectivamente. Referiu ter sido um momento maravilhoso e atuava diretamente na vida das filhas, preocupava-se com a educação e qualidade de vida.

Eudinha relatou que quando as filhas tinham cerca de 7 e 9 anos, abandonou-as e foi morar com um namorado. Ela diz que o acontecimento fez com que as filhas perdessem a

confiança na mãe e que quando “viraram mocinhas” ficou impossível controlar. Nesse período as filhas ficaram com a avó, com quem convivem até hoje. Ela refere com tristeza os momentos em que estava longe das filhas, principalmente em relação às mudanças que ocorreram na adolescência das filhas: “o primeiro sutiã, a menstruação, os primeiros paqueras.”

Em relação a sua mãe, diz que na sua adolescência, nunca falou com ela sobre nenhum assunto ligado a sexualidade e que hoje com suas filhas tem uma melhor abertura, falando principalmente da gravidez precoce com a avó. Fato que segundo Eudinha lhe deixa inconformada, pois a mãe não teve o mesmo cuidado com ela.

Ainda sobre o papel de sua mãe na educação de suas filhas, Eudinha reconhece que ela é a única pessoa que dialoga com suas filhas e que apesar de focalizar apenas no sexo após o casamento e gravidez, tem sua valia. O único problema, segundo ela, é que a mãe não valoriza tanto os estudos e pensa que o casamento é a melhor alternativa.

Sobre o convívio no âmbito familiar, a participante diz estar preocupada com os conhecimentos das filhas sobre prevenção das DST e gravidez, pois sabe que sem um referencial ou um ponto de apoio, suas filhas terão que enfrentar obstáculos muito parecidos com os que vêm tentando superar. A falta de comunicação com os parceiros sexuais, a dificuldade de negociação do preservativo, são vulnerabilidades que para Eudinha prejudicam consideravelmente sua vida como um todo. Ainda em relação a vida sexual das filhas, diz saber que ambas já “transaram” e que esse fato a preocupa muito.

Em relação aos seus projetos futuros, deseja que suas filhas sejam empoderadas para uma vida sexual e reprodutiva saudável e que tenham melhores oportunidades de educação e trabalho. Para ela conversar com os filhos é indispensável para sejam felizes, no entanto, como fazer é uma interrogação que procura elucidar.

Francisca

O primeiro contato com Francisca, foi na reunião da Acartes para discutirmos sobre o início do grupo. Não a conhecíamos, pois naquele dia ela estava apenas ajudando na limpeza da ONG. Quando começamos a explanação, Francisca deixou sua vassoura de lado e sentou-se afastada do grupo ouvindo atentamente o discurso das participantes, até que a convidamos para participar. Nesse dia Francisca concordou em integrar o grupo e comprometeu-se em colaborar na organização do espaço da Acartes para a realização dos encontros futuros.

Após cerca de 15 dias, conseguimos visitar Francisca. O encontro foi adiado por algumas vezes, pois estava com a tia doente. Francisca é uma mulher simpática, tem 46 anos,

nascida no Bairro Pirambu, doméstica, estudou até a 5ª primária e tem 10 filhos. Dos filhos quatro são mulheres, com 12, 14, 23 e 26 respectivamente. Na sua residência conhecemos suas filhas adolescentes de 12 e 14 anos e a de 26, que já tem três filhos, dois concebidos na adolescência. A outra filha de 23 anos também já tem dois filhos e mora com um companheiro.

Sobre sua história, relatou que aos 14 anos se “perdeu” com um primo e após o episódio sentiu-se culpada. Contou que apesar da família não saber de seu romance com o primo, sentia-se mal por ter perdido a virgindade tão cedo. Sobre as mudanças que ocorreram com seu corpo durante a adolescência, diz não se lembrar muito bem, mas contou que quando ficou menstruada aos 11 anos sua mãe a orientou apenas a usar uns “paninhos para não sujar a roupa” e nada mais falou.

Aos 16 anos conheceu Paulo, com quem teve cinco filhos. A relação era conturbada, pois apesar de Paulo ser um bom marido tinha problemas com álcool, fato que a fez pedir o divórcio. Mais tarde, já com 28 anos, casou-se novamente e teve mais cinco filhos, porém a relação durou poucos anos e o marido faleceu.

Hoje Francisca mora com seis filhos e seu ex-marido, apesar de uma configuração fora dos padrões, segundo ela mesma, tem pena de Paulo que está desempregado e há cinco anos o convidou a morar novamente em sua casa, pensando no bem estar dos filhos.

Jaqueline

Jaqueline é cabeleireira e a primeira vez em que a conhecemos estava em seu salão, o local era ponto de encontro de várias mulheres da comunidade, inclusive algumas participantes do estudo. Neste mesmo dia, nos apresentamos e esperamos no salão para conversarmos. Durante o período era possível observar a interação dela e suas clientes, e suas principais conversas: relacionamento com os cônjuges, dificuldade de comunicação com os filhos adolescentes e novidades da comunidade.

Após vislumbrar um pouco do cotidiano de Jaqueline no seu local de trabalho, ela nos levou a sua casa, a qual era de tijolos, revestida, com seis cômodos. Esclarecidos os propósitos da visita, ela aceitou participar e disse que tinha grande desejo de aproximar-se de sua filha, pois ambas viviam em conflito.

Na continuidade da pesquisa, visitamos Jaqueline novamente em seu local de trabalho, era um dia “sem movimento”, ela disse que preferia nos encontrar ali, pois dizia que tinha mais liberdade. Após a saída da última cliente, começou a falar sobre sua vida.

Jaqueline é procedente de Fortaleza, tem 35 anos, casada há 18 anos com José, mesma época em que se mudou para o Pirambu. Ela nos contou que sua infância e

adolescência foram muito tranquilas e que estudou até 6ª série. Disse que depois dos 15 anos seu pai separou-se de sua mãe e que naquela época começou a trabalhar em salão de beleza para ajudar no sustento de casa, situação que a fez afastar-se da mãe.

Aos 17 anos já se sentia madura o suficiente para compor sua própria família e casou-se com Pedro, com quem tem três filhos, dos quais duas são adolescentes, com 12 e 16 anos respectivamente.

Em relação ao nascimento das filhas, diz ter sido tudo planejado, do enxoval até o plano de saúde, além do apoio da família e do esposo. Durante a infância das filhas foi tudo tranquilo, pois ela e o pai estavam sempre presentes e as filhas ficavam sempre em casa, nunca saíam na rua para brincar, pois ela temia assaltos e más companhias.

Já quanto à vivência da adolescência das filhas, diz que nunca perguntaram sobre questões relacionadas à sexualidade e reprodução, até que há cerca de um ano a filha mais jovem começou a perguntar sobre gravidez e DST. Quando questionada sobre essa situação, Jaqueline respondeu que achava que as filhas já tinham conhecimentos suficientes e principalmente a mais velha, mas lembra que na infância da filha, a amedrontou falando principalmente da história da moça que “comeu uma semente de melancia” e que com a filha mais nova, já mais madura, não usou essa abordagem.

Sobre os sentimentos em falar sobre sexo, DST/AIDS e modos de evitar a gravidez, Jaqueline diz não falar muito para não incentivar, acha que pode influenciar as filhas a experimentar situações de risco. Sobre sua visão sobre o assunto, acha ser muito radical, mas pensa que no mundo atual, certas privações devem ser aplicadas para evitar danos futuros, como a gravidez, destacou ela.

Em relação ao apoio da Família, diz que o marido conversa com as filhas e que é mais liberal, no entanto diz falar principalmente com Mateus, o filho mais novo. Segundo Jaqueline o esposo sempre pergunta para as filhas sobre a vida, namorados, e que acha muito bom ele estar à frente. Jaqueline acrescentou que o esposo apenas faz “bicos” na comunidade e por isso tem mais tempo com os filhos.

Sobre sua intimidade, diz não falar com ninguém e acrescenta que apesar de viver em um ambiente altamente feminino que é o salão onde trabalha, diz não se meter em certas conversas, pois acha que tudo que é relativo à sexualidade é pessoal e não deve ser compartilhada.

Era nítida a frustração que ela sentia, ao falar sobre do relacionamento com suas filhas adolescentes. O fato de o esposo ter mais contato com as filhas, do que Jaqueline faz com que ela sinta-se desvalorizada quando ao seu papel de mãe. Seu maior desejo era poder comunicar-se efetivamente na família, no entanto o medo de repetir a criação da própria mãe

é evidente. Para ela os pais deveriam ser mais preparados para abordar os temas junto aos seus filhos e que o Centro de Saúde deveria contar com profissionais especializados nesses assuntos.

Lurdes

O encontro com Lurdes foi em sua residência. A casa era de taipa com a frente de tijolos, era pintada e possuía seis cômodos. Apesar da pouca condição de moradia, na sala havia uma televisão grande com parabólica além de DVD. Esclarecidos os propósitos da visita, Lurdes consentiu em participar.

Lurdes tem 40 anos, é uma mulher simpática, com cerca de 1,50 de altura. Nascida em Fortaleza, mora no Pirambu desde seu nascimento e onde conheceu seu esposo Messias, com quem tem quatro filhos, sendo que as filhas adolescentes têm 11, 14 e 17, respectivamente e o filho mais velho tem 21 anos.

Ela nos contou que em sua infância não trabalhou, mais ajudava a mãe nos afazeres domésticos e estudou até o 4^a série do ensino fundamental. Apesar do incentivo da mãe paro de estudar cedo porque ficou doente na infância e depois disso não conseguiu mais voltar.

Ela relatou que sua a mãe era muito dedicada aos filhos e que desde a sua primeira menarca ela comentava sobre gravidez, DST e a importância “gostar de si mesma para poder gostar dos outros”.

Em relação às filhas, desde a infância comenta sobre a importância de cuidado com o corpo, sexualidade e gravidez, tentando reproduzir os ensinamentos de sua mãe, pois tem grande admiração por ela. Desde o nascimento das filhas, tenta expor a sexualidade como algo natural e que sempre instrui as filhas a uma vivência positiva da menarca, conhecendo todas as suas implicações, incluindo a questão reprodutiva, porém na perspectiva de que a vida reprodutiva não é só ter filhos, mas viver a vida de forma saudável. Ela explica para as filhas que existem meios de prevenção da gravidez e DST e fala muito sobre preservativo, Lurdes diz ser esse o único método para viver uma vida prazerosa e de forma saudável.

Para discutir o tema DST esperou que estivessem mais maduras porque segundo Lurdes o assunto exige responsabilidade. Já quando questionada sobre sua rede social de apoio diz ser o esposo seu maior referencial, pois é quem ajuda no sustento da família e quem dialoga com os filhos quando necessário.

ANEXOS

ANEXO A

Protocolo de Entrevista

Apresentação: Eu estou fazendo uma entrevista com adolescentes gestantes e seus pais para conhecer um pouco mais como está sendo a gravidez. Eu quero conhecer mais sobre essa situação para poder auxiliar outras jovens que passarão por essa situação. A tua experiência é muito importante, por isso eu gostaria de conversar contigo. Tu aceitas?

Roteiro:

1. Como está sendo para você (s) a gravidez da sua filha ? (investigar sentimentos e percepções)
2. Como está sendo para os demais membros da família ?
3. Como ficou sabendo da gravidez ? (investigar o momento e os sentimentos)
4. Como a filha está vivenciando a gestação ?
5. Quais foram as mudanças ocorridas na vida familiar devido a gestação ?
6. Como foi a reação do pai da criança ?
7. Que coisas eram mais fáceis de conversar com a filha?
8. Que coisas eram mais difíceis de vocês conversarem?
9. O que gerava essa dificuldade nas conversas ?
10. Que informações você acha que a tua filha possuía sobre métodos contraceptivos?
11. Como ela obteve essas informações?
12. Como foi a vivência da primeira menstruação da filha? E a sua (mãe) ?
13. Que tipo de informação você recebeu na adolescência?
14. Como era vivida a sexualidade na tua época?
15. Como tu acha que a sexualidade é vivida hoje? (investigar semelhanças e diferenças)
16. Há ou houve outros casos de gestação na adolescência na família?
17. Coleta de dados demográficos que não tenham aparecido na entrevista.
(idade/ profissão/ composição familiar/ escolaridade/ renda familiar)

Finalização: Bom, era isso que eu queria conversar contigo. Alguma coisa mais que queira falar que acha importante e que poderia auxiliar outras jovens a passarem por essa experiência? Muito obrigada pela colaboração.

Fonte: DIAS, A.C.G; GOMES, W.B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 4(1), p. 79-106, 1999

ANEXO B

126

ANEXO B



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 83/08

Fortaleza, 15 de fevereiro de 2008

Protocolo COMEPE n° 17/ 08

Pesquisador responsável: Fabiane do Amaral Gubert

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Promovendo a saúde sexual e reprodutiva através da comunicação entre mães e filhas no contexto familiar"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 14 de fevereiro de 2008.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO C

DINÂMICA: GESTAÇÃO E OS PRIMEIROS SENTIMENTOS

Objetivo: Resgatar junto as mães memórias relativas a gestação e parto de suas filhas;

Técnica de apresentação: fazer uma apresentação inicial das participantes que revele alguns aspectos da subjetividade das mesmas e que facilite a integração do grupo.

Processo ou desenvolvimento da técnica: ao som da música relaxante, passa-se a caixa com os objetos entre as participantes, que deverão retirar um para si, cada uma diz o que o objeto tem a ver consigo (ou não) relacionada à temática que estaremos abordando e ao final conversam sobre os significados. Durante esse momento, abordaremos junto as mulheres os seguintes aspectos, relacionados ao nascimento de suas filhas:

- 5.Sentimentos das mulheres ao saber da gravidez;
- 6.Acontecimentos significativos durante a gestação;
- 7.Apoio Familiar (Aceitação/dificuldades/sentimentos);
- 8.Primeiras experiências com o recém nascido

Encerramento: Resgate dos objetivos abordados, pactuação para próximos encontros.

Duração: 30 a 45 minutos.

Observação: esclarecer os objetivos para o grupo; estimular o senso criativo das participantes esclarecendo que as frases estão abertas e que quando forem responder deve ser mentalmente. Os comandos devem ser falados lentamente e acompanhados com movimentos de respiração, os quais devem ser lembrados continuamente a fim de promover o relaxamento dos participantes.

Comandos:

1. Como eu me senti quando descobri que estava grávida
2. Como me senti quando vi minha barriga crescendo
3. Quando fiquei grávida tinha medo de ...
4. Quando minha filha nasceu eu me senti
5. Na época em que minha filha nasceu tenho saudade de...
6. Conforme minha filha foi crescendo senti dificuldade quando ela...
 1. Conforme ela ia crescendo o que eu mais gostava era quando...
 7. Quando vejo alguém grávida eu penso que...
 8. Quando vejo uma mãe com uma criança no colo eu lembro de quando...
 9. Quando eu vejo uma adolescente grávida eu penso que....

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. O trabalho com grupos de mulheres e a elaboração de material educativo em conjunto com a população: as DST/aids no cotidiano das mulheres/ Margarita Silva Diecks e Renata Pekelman-Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/ UNESCO, 56p, 2001

ANEXO D

DINÂMICA: EDUCAÇÃO SEXUAL NA INFÂNCIA: CERTO OU ERRADO

Objetivo: debater sobre duas experiências relativas ao diálogo sobre saúde sexual e reprodutiva na infância; provocar a opinião do grupo.

Processo ou desenvolvimento da técnica: esclarecemos o grupo sobre os objetivos da dinâmica, pedir que cada integrante escute atentamente cada caso e em seguida de suas considerações. No primeiro momento discute-se o caso 1 e em seguida o caso 2.

Duração: 40 a 50 minutos.

Estudo de caso 1: Maria era uma mãe muito dedicada. Quando sua filha nasceu sentiu-se muito feliz em poder dar todo o carinho do mundo, pois Maria tinha problemas para engravidar e ela e o marido achavam impossível que um dia teriam um filho. Apesar de amar o marido, tinha dificuldade de falar com ele sobre assuntos ligados ao sexo, às vezes não sentia prazer e tinha medo de ter problemas sexuais, o fato é que Maria nunca falou nada sobre sexualidade ou gravidez com ninguém. Passados 8 anos conseguiu engravidar e hoje tem uma filha que começou a fazer perguntas sobre sexo e ela não sabe o que fazer. Essa semana enquanto tomavam banho ele perguntou porque ela e o pai eram diferentes e Maria não soube novamente o que responder, disse apenas que cada um é diferente. Hoje a filha chegou em casa da escola e pediu para a mãe o que era “sexo” e ela envergonhada novamente disse que mais tarde lhe daria uma explicação. O que vocês acham dessa história? O que a Maria deveria responder? Você já passou por uma história parecida? Como você se sentiu? Você acha que a falta de comunicação na infância pode afetar a adolescência de sua filha?

Estudo de caso 2: Joana tem uma relação muito forte com sua mãe e desde pequena lembra-se dela falando sobre DST e sexualidade. Sua mãe sempre lhe dizia isso fazia parte da vida e que era uma coisa muito prazerosa, mas que deveria ser vivida com responsabilidade. Hoje Joana tem 32 anos e tem duas filhas de 7 e 9 anos. Apesar de alguns problemas familiares ela comentou que não tem nenhum problema para falar com as filhas sobre temas ligados a saúde sexual. Joana comentou que sempre descreveu a sexualidade de forma natural. Quando as filhas chegaram perguntando sobre o pênis, imediatamente trouxe um livro adequado para a idade e demonstrou uma figura com as principais estruturas. Para ela conhecer o corpo humano é importante. Ela diz também que o ambiente familiar é o local mais adequado para a aprendizagem. Joana conta que esta semana as filhas pediram com nasciam os bebês e ela fez questão de levá-las a maternidade porque acha que histórias como a da “cegonha” confundem as crianças. Joana é criticada por algumas vizinhas que acham seu método muito moderno. Você acha que Joana agiu certo em relação à comunicação com as filhas? Na sua opinião qual o melhor local para as crianças aprenderem sobre a sexualidade e reprodução? E a idade ideal para o diálogo iniciar?

Fonte: Grupo Hospitalar Conceição, Serviço de Saúde Comunitária. O trabalho com grupos de mulheres e a elaboração de material educativo em conjunto com a população: as DST/aids no cotidiano das mulheres/ Margarita Silva Diecks e Renata Pekelman-Porto Alegre: Coordenação Nacional de DST/AIDS/ UNESCO, 56p, 2001

ANEXO E

DINÂMICA: JOGOS DO “MITO OU REALIDADE”

Objetivo: Refletir sobre os mitos relacionados à anatomia, fisiologia, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis (DST).

Duração: 30 a 45 minutos.

Material: Tiras de papel com frases escritas (ver as frases na Folha de Recursos do Coordenador) e quadro-negro ou folhas grandes de papel.

Observação: Leve em conta a sensibilidade dos participantes. Se o grupo rir da resposta de algum deles, lembre que todo mundo acredita num mito.

Desenvolvimento:

1. Diga aos participantes que vocês vão participar de um jogo que os ajudará a saber a verdade sobre os mitos relacionados com a sexualidade. Esclareça que, embora sexo e sexualidade estejam presente em todas as áreas de nossa sociedade (televisão, livros, revistas e filmes), raramente a informação correta é fornecida. Explique que os mitos, boatos e superstições frequentemente são aceitos como realidade.
2. Apresente as tiras com as frases viradas para baixo. Peça a um voluntário que escolha um dos papéis e leia o que está escrito em voz alta. Os membros do grupo podem falar entre si durante algum tempo para determinar se a frase é um mito ou uma realidade. O voluntário deve dizer se a leitura é um mito ou uma realidade e assim por diante até que todos os integrantes participem.
3. Em seguida, o coordenador fala se a resposta está correta.
4. Continue com os demais voluntários, até que todas as frases tenham sido discutidas.
5. Marque um tempo para a discussão de cada frase. Aproveite esse tempo para dar informações adicionais, caso necessário.
6. Comente os pontos de discussão.

Sugestões para reflexão:

- Pergunte ao grupo se tem perguntas sobre alguns dos mitos.
- Diga ao grupo que muitas pessoas acreditam em alguns mitos, e que estes variam de acordo com época e a cultura.
- De onde provêm? Onde adquirimos informações sobre a sexualidade? É correta a informação que adquirimos? Onde podemos obter informações corretas?
- Questionar se o grupo vê diferenças na época em que foram adolescentes e hoje em relação a suas filhas adolescentes.

Atividades opcionais: Peça aos integrantes que discutam os mitos sexuais com seus filhos. Além disso, que verifiquem os mitos em que acreditavam quando eram jovens. Marque cinco minutos para discutir os mitos dos filhos na sessão seguinte.

Mito ou realidade?

A seguir, apresentamos algumas frases, com instruções para utilização no jogo de mitos e realidade. Leia cuidadosamente cada uma das frases para ver se são adequadas à sua

comunidade e crescente informações relevantes sobre as políticas e as leis que regulam a saúde reprodutiva dos jovens (quando escrever as frases, não escreva "Mito" ou "Realidade"):

Mito 1 - Quase todos os adolescentes já tiveram relações sexuais ao completar 19 anos. Pesquisas indicam que muitos adolescentes brasileiros tiveram relações sexuais antes dos 19 anos, mas, por outro lado, uma grande percentagem deles escolheu não ter relações sexuais durante a adolescência, ou antes do casamento.

Realidade 2 - Uma vez que uma menina tenha tido sua primeira menstruação, poderá ficar grávida. Quando uma menina começa a ter os períodos menstruais, significa que seus órgãos reprodutores começaram a funcionar e que, por isso, pode ficar grávida. Entretanto, isso não quer dizer que esteja pronta para ter um filho, nem que seu corpo esteja maduro para tê-lo.

Realidade 3 - Antes de ter sua primeira menstruação, a menina pode ficar grávida. Como os ovários podem liberar um óvulo antes de seu primeiro período menstrual, é possível, mas não freqüente, que fique grávida antes da primeira menstruação.

Mito 4 - Não é saudável para a menina lavar a cabeça ou nadar durante o seu período menstrual. Não há razão nenhuma para que uma mulher restrinja suas atividades durante a menstruação. Atividade física diminui cólicas menstruais.

Mito 5 - Sem penetração e ejaculação vaginal não há risco de gravidez. Pode ocorrer a gravidez sem penetração, caso o rapaz ejacule próximo a vagina (sexo nas coxas).

Mito 6 - Um adolescente precisa da autorização dos pais para solicitar métodos anticoncepcionais num serviço de planejamento familiar. Os serviços de planejamento familiar geralmente asseguram o sigilo de seus atendimentos.

Realidade 7 - os jovens podem ter doenças sexualmente transmissíveis sem manifestar sintomas. Algumas doenças sexualmente transmissíveis manifestam sintomas facilmente reconhecíveis, outras não. A gonorréia, por exemplo, geralmente não apresenta sintomas na mulher. É importante consultar um médico se há suspeita de infecção, ou contato sexual com pessoa infectada.

Mito 8 - Uma moça não pode engravidar se teve poucas relações sexuais. Uma mulher pode ficar grávida sempre que mantém relações sexuais, inclusive na primeira vez.

Realidade 9 - Uma moça pode ficar grávida se tiver relações sexuais durante a menstruação. É possível que uma moça fique grávida durante seu período menstrual. Se os ciclos menstruais são curtos e o período menstrual longo, a ovulação pode ocorrer no final da menstruação.

Mito 10 - As pílulas anticoncepcionais causam câncer. As pílulas, na realidade, protegem as mulheres contra dois tipos de câncer dos órgãos reprodutores (câncer endometrial e câncer dos ovários). Entretanto, a pílula é um dos métodos anticoncepcionais mais seguros e eficazes e quaisquer que sejam os efeitos colaterais e riscos, estes são menores que as conseqüências da gravidez e do parto.

Mito 11 - A ducha previne a gravidez. A ducha vaginal não é um método anticoncepcional e deve ser evitada, pois pode provocar infecções vaginais e após a relação ajuda a levar o sêmen para dentro do útero.

Mito 12 - Uma vez que se tenha curado da gonorréia, não se volta a contraí-la. Uma pessoa pode adquirir gonorréia tantas vezes quanto tenha relações sexuais com um parceiro infectado. Por isso, é importante que qualquer pessoa que tenha sido tratada de gonorréia (ou de qualquer outra doença sexualmente transmissível) certifique-se de que seu parceiro sexual também seja tratado.

Realidade 13 - As camisinhas ou preservativos ajudam a prevenir a propagação das doenças sexualmente transmissíveis. As camisinhas são um método anticoncepcional efetivo, e também um modo eficaz de prevenir a propagação de muitas doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a aids.

Realidade 14 - os adolescentes podem receber tratamento para doenças sexualmente transmissíveis sem permissão dos pais. Como no caso de fornecimento de métodos anticoncepcivos, os enfermeiros e os médicos geralmente não exigem permissão dos pais para o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. (Observação ao coordenador: verifique as leis ou políticas atuais).

Mito 15 - O álcool e a maconha são estimulantes sexuais. Têm exatamente o efeito contrário. O álcool e a maconha podem aumentar o desejo e reduzir as inibições, mas dificultam o ato sexual por reduzir o fluxo de sangue da área genital.

Mito 16 - Uma moça pode saber sempre exatamente qual é o seu período fértil, a fim de evitar a gravidez. Ninguém pode estar absolutamente segura de quando ovula. Embora os métodos não naturais (Billings, tabela, temperatura) possam funcionar com alguns casais, são muito seguros, e implicam em muitas regras rígidas sobre quando o casal pode ter relações sexuais. Esses métodos podem ser de difícil utilização pelos jovens.

Mito 17 - Há tratamento para o herpes. Existem drogas para evitar os sintomas do herpes, mas não há cura para essa doença.

Mito 18 - Um homem com o pênis maior é sexualmente mais potente do que um homem com pênis pequeno. O tamanho do pênis não tem relação alguma com a potência sexual.

Realidade 19 - Uma moça pode ficar grávida na primeira vez em que mantém relações sexuais. Uma moça pode ficar grávida na primeira vez ou em qualquer das vezes em que tenha relações sexuais, a menos que utilize um método contraceptivo eficaz.

Mito 20 - A masturbação pode causar doenças mentais. A masturbação não causa nenhuma doença física ou mental.

Mito 21 - Se um jovem ou uma jovem mantém qualquer tipo de relação sexual com uma pessoa do mesmo sexo, significa que é e sempre será homossexual. Muitos adolescentes tem experiências homossexuais durante seu desenvolvimento, mas isso não quer dizer que são homossexuais.

Mito 22 - Se uma pessoa tem um parceiro e se masturba, é sinal de que tem problemas com o parceiro. Muitas pessoas se masturbam de vez em quando, até mesmo as pessoas casadas, e isso não significa que existem problemas entre o casal

Fonte: Projeto Amor à Vida. Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST-AIDS. Governo do Estado do Ceará- Secretaria de Ação Social, 1997