



sexualidade planeamento familiar



ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº 50/51



PARA A HISTÓRIA

PLANEAMENTO FAMILIAR APF

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA
N.º 1. SETEMBRO 1978 • PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL • PREÇO 15\$00

ESTATUTO EDITORIAL

NOTA DE ABERTURA

A Direcção Nacional congratula-se por poder pôr finalmente em prática um projecto já tão antigo desta Associação e decidiu incluir nesta realização, uma pequena homenagem aos sócios fundadores da APF que tanto lutaram pela legalização do Planeamento Familiar em Portugal. Entre eles o dr. Albino Aroso, autor do despacho que instituiu o Planeamento Familiar, as valências materno-infantis, hoje um direito de todos os cidadãos portugueses, consignado na Constituição da República. Inclui também aqui, a Direcção, o seu reconhecimento à actual Secretária Executiva Maria Eugénia Moura, pela sua constante dedicação à Associação desde os primeiros tempos. Finalmente, a Direcção Nacional não pode deixar de aproveitar a oportunidade para manifestar a esperança de que a edição deste Boletim contribua para o avanço do Planeamento Familiar em Portugal.

1—O Boletim da Associação do Planeamento para a Família é uma publicação periódica orientada pelos objectivos, expressos no artigo 2 dos Estatutos da Associação e destina-se a contribuir de maneira decisiva para a divulgação quer no que concerne a investigação e discussão teórica dos problemas que o envolvem.

2—O Boletim da Associação do Planeamento para a Família orientar-se-á pelos princípios básicos de uma informação e formação ao serviço das populações, do pessoal médico e paramédico, propondo-se constituir um importante ponto de apoio para todos os que se interessam pelo Planeamento Familiar e por todas as questões (sociais, políticas, psicológicas, médicas, etc.) que a sua actividade levanta.

A responsabilidade da edição do Boletim é da Associação do Planeamento para a Família, através da sua Direcção Nacional que, mandatou, em reunião do Executivo, um dos seus membros, como garantia do cumprimento dos objectivos da APF. A nomeação do Chefe de Redacção é igualmente da responsabilidade do Executivo.

O Boletim da Associação do Planeamento para a Família será de periodicidade trimestral, nesta primeira fase, de distribuição gratuita aos sócios e de venda ao público em geral. A colaboração do Comité de Informação da APF será solicitada com a regularidade possível, bem como de outros elementos interessados que constituam uma espécie de Conselho Consultivo. Em caso de divergências sobre a inclusão ou não de artigos ou outro material de redacção, só a Direcção Nacional é soberana.

30 ANOS DA REVISTA



sexualidade planeamento familiar

| | |
|---------------------------|--|
| Director | José Pacheco |
| Coordenadora | Elisa Guerreiro |
| Conselho Editorial | Ana Nunes de Almeida (Sociologia) António Manuel Marques (Sociologia) Conceição Brito Lopes (Direito) David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia) Duarte Vilar (Sociologia) Dulce Morgado Neves (Sociologia) Francisco Allen Gomes (Sexologia) Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia) João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia) |
| Propriedade | APF - Associação para o Planeamento da Família |
| Redacção e Sede | Rua da Artilharia Um 38 - 2ª dt, 1250-040 Lisboa Tel. 21 385 39 93 Fax 21 388 73 79 apfportugal@mail.telepac.pt |
| Design e Produção | Ideias Virtuais Rua Acácio de Paiva, 16 - 2ª esq, 1700-006 Lisboa Tel. 21 845 13 90 Fax 21 845 13 91 ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt |
| Registo | 106 347 |
| Depósito Legal | 74683/94 |
| ISSN | 0872 - 7023 |
| Tiragem | 3200 exemplares |
| Preço de Capa | €2,5 |
| Assinatura Anual | €9 - Particulares €15 - Instituições |

Sumário

n.º 50/51 • Julho/Dezembro 2008

Editorial

- 1 *José Pacheco*

Actual

- 3 Apontamentos vários - *Duarte Vilar*
- 6 30 Anos de História – Revista Sexualidade & Planeamento Familiar (1978 – 2008) - *Ana Inácio, Elisa Guerreiro*
- 16 Heterossexuais-em-progresso: A construção mediática da “adolescência” - *Pedro Pinto, Conceição Nogueira*
- 23 Carta de Princípios para uma Parentalidade Positiva - *Conselho Consultivo das Famílias, Grupo Trabalho Parentalidade Positiva*
- 29 Fazer ondas – A adolescência e o sexo - *Dominique Roynet*
- 34 Literacia e práticas contraceptivas masculinas - *Ana Nunes de Almeida, Duarte Vilar*
- 43 Infecções Sexualmente Transmissíveis - *Jacinta Azevedo*
- 46 Mudanças no SNS e Implicações na Saúde Sexual e Reprodutiva - *Ana Henriques*
- *João Carlos Barreiros*

10 anos da sexualidade em linha

- 52 A propósito de um aniversário... - *Manuela Sampaio*
- 54 A “Sexualidade em Linha” fez 10 anos no dia 1 de Junho de 2008 - *Duarte Vilar*
- 55 10 Anos sobre a Sexualidade em Linha - *Sandra Gil e Equipa Técnica da Sexualidade em Linha*
- 57 Testemunhos - *Sandra Gil, Conceição Brito Lopes, Lisa Ferreira Vicente, José Pacheco*

Internacional

- 59 Organismos das Nações Unidas assinam declaração conjunta para pôr fim à mutilação genital feminina

A revista Sexualidade e Planeamento Familiar publica artigos e notas de investigação ou debate nos domínios ligados à saúde sexual e reprodutiva e à actividade da APF. Os originais podem ser enviados em disquete ou por email, não devendo ultrapassar os 19 500 caracteres. Os artigos deverão ter indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), referência ao seu estatuto profissional e contacto para correspondência.

As referências bibliográficas (apenas as citadas no texto) deverão ser indicadas por ordem alfabética no final do texto, obedecendo às seguintes normas:

López, F.; Fuertes, A. (1999) *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.

Gomes, F. A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In F. Allen Gomes; Afonso de Albuquerque; J. Silveira Nunes (Coords.) *Sexologia em Portugal*, vol I (pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.

Savin-Williams, R. C.; Diamond, L. M. (2000) Sexual identity trajectories among sexual minority youths: gender comparisons. *Archives of Sexual Behaviour*, 29 (6), 607-627.

A equipa editorial reserva o direito de, com conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto ou das figuras e quadros dos artigos para publicação.

Editorial

José Pacheco [Vice-Presidente da APF, Director da Revista "Sexualidade e Planeamento Familiar"]

Este número apresenta um excelente fresco sobre dois momentos históricos a todos os títulos significativos para a APF. De um lado, a celebração do trigésimo aniversário da revista da APF (...) De outro, uma apresentação dos resultados, sob o pretexto de recordar o seu décimo aniversário, da Sexualidade em Linha no campo da prestação de informações e aconselhamento rigorosos, através da sua linha telefónica ou de contactos via e-mail no campo de todas as dúvidas que assaltam, os mais novos e também os mais velhos, sobre assuntos da sexualidade humana.(...)

Este número apresenta um excelente fresco sobre dois momentos históricos a todos os títulos significativos para a APF. De um lado, a celebração do trigésimo aniversário da revista da APF reflectida no artigo que Ana Inácio e Elisa Guerreiro elaboraram de forma precisa e minuciosa, permitindo-nos assim recordar e reconhecer o significativo papel que esta tem desempenhado ao longo deste tempo que lhe permite, hoje, evoluir para uma fase de maior maturação. Gradualmente evoluiu de um ponto de partida que o título *Boletim Planeamento Familiar* justificava a sua relevância para um ponto, mais actual, em que se pretende que evolua para uma revista mais centrada no rigor científico e na reflexão sobre questões relacionadas com o planeamento familiar e com a sexualidade. De outro, uma apresentação dos resultados, sob o pretexto de recordar o seu décimo aniversário, da *Sexualidade em Linha* no campo da prestação de informações e aconselhamento rigorosos, através da sua linha telefónica ou de contactos via e-mail, no campo de todas as dúvidas que assaltam, os mais novos e também os mais velhos, sobre assuntos da sexualidade humana.

João Carlos Barreiros, a propósito das mudanças em curso no Sistema Nacional de Saúde, no Algarve, evidencia que algumas áreas relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva apresentam um funcionamento bastante bom ou pelo menos razoável, como o rastreio do cancro da mama e do colo do útero, as consultas de planeamento familiar e de saúde materna, a interrupção voluntária da gravidez. Esperemos, pois, que pelo menos assim se mantenham ou melhorem no muito que ainda há a melhorar.

No entanto, a subnotificação das infecções sexualmente transmissíveis ou a quase absoluta ausência de resposta para os problemas sexuais e para a infertilidade mostram que o sistema de saúde apresenta graves lacunas na área da saúde sexual e reprodutiva. Infelizmente, como se sabe, nestes dois últimos casos, em grande medida extensível a todo o país, ainda que, nos grandes centros, se possa afirmar que existe alguma oferta, quase sempre bloqueada pela falta de recursos materiais e humanos.

Destaque ainda para a *Carta de Princípios para uma Parentalidade Positiva*, na certeza de que, num tempo marcado pela complexidade do exercício da própria parentalidade, pode representar um guia orientador para muitas mães e muitos pais, nem sempre cientes do que fazer relativamente à educação dos filhos.

E para finalizar, uma breve referência aos restantes artigos que compõem este número da revista e que, de algum modo, são marcados pela originalidade ou raridade com que as temáticas são abordadas. A heterossexualidade (Pedro Pinto & Conceição Nogueira) é um assunto tão pouco questionado que nem sequer o dicionário do Word reconhece a palavra, remetendo-nos para a hipótese de homossexualidade. As representações e práticas dos homens em relação à contraceção (Ana Nunes de Almeida e Duarte Vilar) é uma questão raramente abordada, num mundo em que os meios contraceptivos são quase sempre femininos. Os restantes, sobre a sexualidade na adolescência (Dominique Roynet) e sobre as infecções sexualmente transmissíveis (Jacinta Azevedo), correspondem a áreas temáticas muito frequentemente mencionadas mas, infelizmente, muito pouco estudadas de forma aprofundada, sobretudo no último caso.

Apontamentos vários

Duarte Vilar [Sociólogo, Director Executivo da APF]

AINDA OS 30 ANOS DA REVISTA

Sem medo de repetições, começamos por saudar o 30^o aniversário da Revista, hoje designada por “Sexualidade & Planeamento Familiar” e que desde 1978 é editada pela APF.

Ao longo destes 30 anos, as matérias publicadas na Revista foram consultadas e utilizadas por muitas centenas de profissionais e de investigadores, como ferramentas para a sua intervenção e reflexão nas áreas da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A perenidade e a maturidade desta publicação são, naturalmente, um reflexo da organização que a produz.

De facto, uma das características da actuação da APF tem sido sempre a preocupação de estudar e de falar com rigor sobre as realidades e problemas em que intervém, e a de reflectir e divulgar as boas práticas de intervenção nestas matérias, reflexão esta que, por sua vez, tem sido sempre partilhada e aberta com profissionais e decisores das áreas da Saúde, Educação, Intervenção Comunitária, Justiça, Cooperação para o Desenvolvimento e outras. Foi assim quando nos anos 70 se começava a desenvolver o planeamento familiar, foi assim nos anos 80, quando por um lado as problemáticas dos jovens e, por outro, as questões da sexologia foram constituindo matérias cada vez mais relevantes na vida e na intervenção da APF, ou nos anos 90, durante os quais ganharam relevo as questões do HIV/SIDA, da violência e dos abusos sexuais, ou se colocaram de novo os debates em torno da IVG.

A Revista foi sendo um espelho da APF, mas também uma caixa de ressonância das jornadas, das diversas iniciativas científicas promovidas pela APF e das colaborações internacionais de autores de elevado prestígio científico. Ultimamente, a nossa Revista tem dado voz, de forma crescente, aos muitos investigadores nacionais que têm realizado estudos diversos nas nossas áreas, à medida que estas foram sendo também mais relevantes no panorama da investigação científica em Portugal.

Parabéns aos seus fundadores e a todos os colaboradores e colaboradoras que lhe têm dado alma ao longo destas três décadas.

A EDUCAÇÃO SEXUAL DOS JOVENS PORTUGUESES – UM ESTUDO DA APF E DO ICS

Em Outubro de 2008, foram apresentados os resultados de um estudo promovido pela APF e pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa – ICSUL intitulado “A Educação Sexual dos Jovens Portugueses – Conhecimentos e Fontes”. Este estudo abrangeu mais de 2 600 jovens de 63 escolas secundárias de todo o território. Pretendeu-se conhecer a amplitude, a qualidade e o impacto da educação sexual nas escolas, vista pelos seus principais destinatários – os jovens.

Em primeiro lugar, queremos sublinhar a importância desta parceria com o ICSUL que já vem do início da década de 90 e que se materializou já em 4 estudos: o primeiro, sobre os jovens portugueses, que foi coordenado pelo Professor José Machado Pais, o segundo realizado nos últimos anos do Século XX, coordenado

pela Professora Ana Nunes de Almeida, sobre a Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas, o terceiro também coordenado por esta investigadora sobre a Saúde Reprodutiva dos Homens Portugueses (do qual se publica neste número um artigo) e o último, de que falamos agora, realizado por mim e pelo Professor Pedro Moura Ferreira.

Uma parceria que se insere no esforço que atrás foi referido, de falar e conhecer com rigor as realidades e os problemas com que trabalhamos, utilizando estes novos conhecimentos quer na formulação e justificação de propostas políticas, quer na formação e apoio a profissionais, quer na melhoria da qualidade das intervenções realizadas com os diversos grupos alvo da intervenção em Saúde Sexual e Reprodutiva.

Os dados que este estudo nos proporcionou – e que serão em breve publicados – são bem reveladores dos progressos ainda limitados que as escolas foram fazendo na promoção da educação sexual e da distância a que ainda estamos em atingir uma situação satisfatória nestas matérias.

Se, em termos gerais, a maioria dos jovens afirma ter já abordado diversos temas de educação sexual, e se em temas como o uso do preservativo ou a SIDA os conhecimentos eram já satisfatórios, verificámos, por outro lado, uma preocupante má qualidade da informação e conhecimentos em questões essenciais como os outros métodos de contraceção e os locais onde poderão obtê-los se necessitarem; por outro lado, os conhecimentos sobre as outras infecções sexualmente transmissíveis eram bastante deficientes, assim como eram também insuficientes os conhecimentos sobre

outros aspectos básicos da sexualidade humana. Donde, concluímos, não nos basta estudar a existência ou não de educação sexual nas escolas (a questão mais frequentemente colocada pelos jornalistas, por exemplo), torna-se igualmente necessário estudarmos a consistência, qualidade e sucesso das actividades e programas que são realizados pelas escolas e pelos professores.

No entanto, do ponto de vista do impacto e da relevância da educação sexual nos comportamentos sexuais dos jovens, o estudo reconfirmou associações já referidas em investigações realizadas noutros países, nomeadamente, nos EUA: melhores conhecimentos relacionam-se com um ligeiro adiamento do início das relações sexuais, com a vivência mais gratificante das relações sexuais, uma maior adopção de comportamentos preventivos e um maior recurso a serviços e a profissionais.

Um reduzido recurso aos serviços e profissionais de saúde, é também um indicador do muito que ainda há a fazer na promoção da saúde dos jovens e nas necessárias parcerias a estabelecer entre as escolas e os centros de saúde.

BUSH VS OBAMA

Há algum tempo atrás tivemos a oportunidade de abordar nesta rubrica da revista, as concepções e práticas da Administração de George W. Bush nas nossas áreas de trabalho.

A Administração Bush foi sempre porta-voz de grupos ultra conservadores de forte influência religiosa (al-

guns com filiais em Portugal). Mas não se trata só ou principalmente de terem estas ideias, mas também de as tentarem impor ao resto da sociedade americana, revelando um pensamento totalitário, muito típico deste grupos fundamentalistas, para quem os seus valores e a sua moral são os únicos socialmente aceitáveis.

A nível interno, estas políticas traduziram-se, por exemplo, na adopção exclusiva do modelo de educação sexual conhecido por “abstinence only” (em que se tenta adiar o início das relações sexuais entre dois jovens para depois do casamento e se exclui a abordagem da contracepção por se considerar que a mesma pode promover comportamentos sexuais - onde é que nós já ouvimos isto pelas nossas bandas...), na crítica e consequentes cortes financeiros em programas de investigação sobre células estaminais, e na exclusão de outros projectos e centros de investigação “moralmente divergentes” dos valores morais da Administração Bush, nas sucessivas tentativas de ilegalizar a IVG (legal nos EUA desde 1973), ou na tentativa de elevar o chamado “Criacionismo” a teoria científica.

A nível externo, esta política teve a sua expressão principal no chamado “Global Gag Rule”, através do qual os EUA cortaram o financiamento ao Fundo das Nações Unidas para a População – UNFPA – e à IPPF – International Planned Parenthood Federation, unicamente pelas suas posições divergentes em matéria de aborto. Não se tratava de programas sobre aborto mas tão só de programas de promoção do planeamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva que se traduzem na promoção do bem estar e no evitar de muitas mor-

tes relacionadas com a gravidez indesejada ou mesmo com a ausência da vigilância e acompanhamento da gravidez desejada.

As campanhas para as eleições presidenciais nos EUA foram um momento extremamente interessante de debate sobre todos estes temas, relevando-se mais uma vez a diversidade moral existente na actualidade.

Uma das bandeiras de Obama foi a crítica a esta política dogmática e a esta acção totalitária, não em nome de uma qualquer outra moral restritiva, mas em nome da aceitação democrática da diversidade moral, característica das sociedades modernas. A abolição do “Gag Rule” foi uma das primeiras medidas de Barack Obama, dando assim um sinal claro ao mundo de um novo posicionamento político e moral da nova Administração.

30 Anos de História

Revista Sexualidade & Planeamento Familiar (1978 – 2008)

Ana Inácio [Coordenadora do CRC, APF]

Elisa Guerreiro [Resp. Informação & Publicações Técnicas, APF]

SETEMBRO DE 1978 - A GÉNESE

“A Direcção Nacional congratula-se por poder pôr finalmente em prática um projecto já tão antigo desta Associação e decidiu incluir nesta realização, uma pequena homenagem aos sócios fundadores da APF que tanto lutaram pela legalização do Planeamento Familiar em Portugal. Entre eles o Dr. Albino Aroso, autor do despacho que instituiu o Planeamento Familiar nas valências materno-infantis, hoje um direito de todos os cidadãos portugueses (...), manifestando, mais adiante (...) a esperança de que a edição deste Boletim contribua decisivamente para o avanço do Planeamento Familiar em Portugal, proporcionando uma informação democratizada e extensiva a todos os sectores sociais, desejando vivamente que através de uma informação sistemática e acessível se diminuam as discriminações sociais ainda existentes. É igualmente desejo desta Direcção, expressar aqui neste primeiro número, a importância crescente do papel da mulher na sociedade e a convicção de que, sendo embora um direito de todos os cidadãos, tem sido a mulher a maior vítima da ausência de um Planeamento Familiar conseqüente e que a ela cabem portanto as maiores responsabilidades no exercício de um direito que constitui elemento importante do seu processo de emancipação social.”¹

Em Setembro de 1978 era publicado o primeiro número do Boletim “**Planeamento Familiar**”, propriedade e responsabilidade da Associação do Planeamento para a Família. Esta publicação, que actualmente conhece-

mos por “Sexualidade & Planeamento Familiar” iniciou-se com uma periodicidade trimestral, uma tiragem de 3 000 exemplares, sendo de distribuição gratuita aos sócios e de venda ao público em geral (preço unitário de 15\$00). Do corpo de responsáveis mais directos faziam parte um elemento responsável da Direcção Nacional da Associação (Maria Antónia Fiadeiro), um Chefe de Redacção (Miguel Oliveira da Silva) e uma Secretária de Redacção (Hortense Almeida).

Através do **Estatuto Editorial**, publicado no primeiro número do Boletim da APF e que abaixo transcrevemos nas suas linhas essenciais, a Direcção Nacional dava a conhecer os objectivos e princípios orientadores da publicação, tendo por base, conseqüentemente, os Estatutos da própria Associação.

1. O Boletim da Associação do Planeamento para a Família é uma publicação periódica orientada pelos objectivos, expressos no artigo 2 dos Estatutos da Associação e destina-se a contribuir de maneira decisiva para a divulgação do Planeamento Familiar em Portugal, quer no que diz respeito à situação existente quer no que concerne a investigação e discussão teórica dos problemas que o envolvem.
2. O Boletim da Associação do Planeamento para a Família orientar-se-á pelos princípios básicos de uma informação e formação ao serviço das populações, do pessoal médico e paramédico, propondo-se constituir um importante ponto de apoio para to-

(1) Excerto da Nota de Abertura, in Planeamento Familiar nº 1 (Setembro 1978), p. 1

dos os que se interessam pelo Planeamento Familiar e por todas as questões (sociais, políticas, psicológicas, médicas, etc.) que a sua actividade levanta. (...) Como expressão da APF nacional, o Boletim deverá reflectir colaboração das diversas delegações regionais e servir de elo de ligação entre as suas respectivas actividades.

São objectivos estatutários da APF e consequentemente do seu órgão informativo:

- a) Ajudar as pessoas a fazerem uma escolha livre e consciente quanto ao número de filhos que desejam ter e na altura que acharem mais conveniente, e desta forma contribuir para uma melhoria da saúde materno-infantil;
- b) Permitir à mulher o controle da sua fecundidade e assim contribuir para a sua emancipação;
- c) Orientar as pessoas na resolução dos problemas de contracepção, da esterilidade e contribuir para um melhor esclarecimento no campo da educação sexual; (...) ²

A 2ª SÉRIE (1994) E A REVISTA NOS DIAS DE HOJE

Enquanto Boletim “Planeamento Familiar” e entre a data da sua criação e o ano de 1993 foram publicadas 62 edições (nº 61/62, Julho – Dezembro 1993). A partir de 1994, procurando uma maior dinamização e actualização, a APF procedeu a um esforço de renovação gráfica e de estrutura temática do qual resultou uma nova série (Série 2) iniciada com o nº 1 - Janeiro/Março 1994 e uma nova designação, que se mantém até aos dias de hoje – “Sexualidade & Planeamento Familiar”.

Este esforço no sentido da actualização e da adaptação a novos tempos e novos temas, está bem patente nas palavras que Luísa Portugal, então Directora da Revista, nos deixa no Editorial do nº1, Série 2:

“Ontem (e sempre), o homem e a mulher; a sua biologia e os papéis que desempenham em sociedade. O que partilham e o que os torna diferentes; tempos cíclicos na mulher, tempos contínuos no homem. Mas a reprodução começa a ser controlada de forma eficaz. (...) A modernidade trouxe mudanças inevitáveis que não voltam para trás e as adaptações são por vezes difíceis. A APF mantém a exigência dos direitos reprodutivos e sexuais, adaptando-se à especificidade dos

tempos e dos temas da actualidade. (...) Amanhã (e sempre), as mudanças vão continuar. A APF será o que as suas delegações, os seus voluntários e os seus sócios quiserem. A revista Sexualidade e Planeamento Familiar pretende ser o seu espelho, aberto à participação de todos.”

Ao longo da Série 2, que irá do nº 1 - Janeiro/Março 1994 ao nº 23/24, Julho/Dezembro 1999, é já visível alguma preocupação pelo carácter temático patente em algumas edições, que procuraram trabalhar e dar especial enfoque às grandes questões dos anos 90 - promoção da educação sexual nas escolas, comunicação pais – filhos adolescentes, VIH/SIDA, problemática dos abusos sexuais em crianças e jovens, contracepção e contracepção de emergência, sexualidade dos jovens, gravidez na adolescência, projectos de intervenção comunitária, espaços de atendimento para jovens...

Como mais adiante é referido (Anos 90), também os assuntos relacionados com a população e o desenvolvimento são agora trabalhados e publicados com mais frequência enquanto o conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva vai ganhando contornos cada vez mais amplos.

Em 30 anos de existência, a “Revista da APF” conheceria, em finais da década de 90, um novo ciclo de transformações e uma nova reestruturação, cujo resultado surge com o nº 25/26 - Janeiro/Junho 2000, dedicado ao tema “Jovens, Sexualidade e Riscos”. Tratou-se, aparentemente, de uma reestruturação de carácter mais técnico e gráfico, com uma nova apresentação e uma nova imagem. No entanto esta era apenas a

“(...) Por fim, o mais evidente: a nova apresentação da Revista. É uma outra imagem que, esperamos, se venha a reflectir, também, na constante procura de adequação às necessidades dos leitores e às aspirações colectivas da Associação. Esta renovação da forma representa, de certa maneira, a motivação para concretizar alguns dos desejos que este projecto ainda não

(2) Excerto do Estatuto Editorial, in Planeamento Familiar nº 1 (Setembro 1978) p. 1

conseguiu realizar em pleno. De facto, tentar cumprir o compromisso entre a seriedade da abordagem científica e técnica dos temas, a manutenção da ligação entre os sócios e a divulgação das actividades da Associação junto de diversos profissionais e instituições tem-se revelado como o maior desafio e, cumulativamente, a maior dificuldade deste projecto. Por outro lado, a heterogeneidade dos potenciais leitores, a vastidão dos temas e questões abarcados pelo conceito de saúde sexual e reprodutiva intervêm também nessa relação entre desafio e dificuldade. (...)”³

Este novo ciclo da Revista, que vem reforçar a consolidação já patente na década anterior, acrescenta, à publicação de temáticas já anteriormente desenvolvidas, novas formas de abordagem, novos contextos e novas áreas de trabalho. A problemática da gravidez, maternidade e paternidade na adolescência é trabalhada de forma cada vez mais diversificada, fruto dos projectos regionais desenvolvidos nesta área, tal como sucede para a intervenção comunitária; a IVG permanece uma constante, quer em termos de novas abordagens, quer nos seus aspectos legislativos; as múltiplas questões relacionadas com a contraceção mantêm-se, mas também agora associadas a patologias e doença crónica; o VIH/SIDA e outras IST são temas recorrentes, tal como a sexualidade e deficiência, vista agora e também do lado dos profissionais; a educação sexual em meio escolar surge-nos através das intervenções e experiências no terreno levadas a efeito pelas APF Regionais; retoma-se a problemática da Mutilação Genital Feminina através de um estudo inovador sobre esta prática, da mesma forma que se procuram trabalhar as várias dimensões da família, transformações e relações familiares, bem como os elos complexos entre a sexualidade e os *Media*, as questões da infertilidade, a genética e procriação medicamente assistida e a sexualidade em meio prisional.

Segue-se, ao longo das próximas páginas, um breve retrato da Revista de três décadas. Para cada uma delas, procurámos destacar os principais temas e conteúdos publicados, numa tentativa de espelhar cada

época em termos das preocupações e prioridades de trabalho da APF.

Temas e conteúdos de três décadas

ANOS 70

O início da revista apresenta, sem surpresas, vários artigos sobre o tema do Planeamento Familiar.

O número 1 da publicação ilustra bem a estrutura dos primeiros tempos da mesma. A par da reflexão sobre a situação em Portugal, são descritas experiências estrangeiras, grande parte das vezes retiradas e traduzidas de outras publicações.

O texto inicial do número de lançamento do boletim, que segue a “Nota de Abertura” e o “Estatuto Editorial” chama-se precisamente “Que planeamento familiar em Portugal?” e é escrito por uma socióloga da Universidade de Colômbia, Julieta Almeida Rodrigues. Trata-se de um artigo de reflexão que relaciona o planeamento familiar com as questões culturais e morais da sociedade portuguesa de finais dos anos 70, sobretudo com as atitudes conservadoras que, segundo a autora, continuam a existir⁴.

No mesmo número, David Rebelo, colaborador frequente da revista, descreve a organização, serviços e actividades de duas associações de planeamento familiar norte-americanas⁵.

Na área da investigação, apresenta-se o resultado de um estudo realizado pela IPPF entre 1971 e 1978 sobre necessidades de planeamento familiar não satisfeitas, publicado no nº 3 da revista “Povos”, originalmente em espanhol⁶.

O tema é ainda abordado num artigo específico sobre o papel das enfermeiras de saúde pública na área de planeamento familiar como elemento de orientação, motivação e esclarecimento junto das famílias⁷.

Por outro lado, a história da Associação também não é esquecida neste primeiro número, bem como a sua ligação à IPPF. Na introdução do artigo, lê-se: “A Associação para o Planeamento da Família nasceu em

(3) António Manuel Marques, *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 2ª série, nº 25/26 (Janeiro/Junho 2000), p. 1

(4) *In* *Planeamento Familiar*, nº 1 (Setembro de 1978), pp. 2-3

(5) *Idem*, pp. 6-7

(6) *Idem*, pp. 10-11

(7) *Idem*, p. 5

1967 de um grupo de pessoas (médicos, padres, casais católicos) preocupados com o problema do planeamento familiar por terem verificado na prática diária as implicações que a questão tem na harmonia do casal e na sua saúde física e psíquica. Em resumo: no bem-estar das famílias e da população em geral”⁸.

É de salientar ainda neste primeiro número, o esforço de actualização de informação que se irá repetir ao longo de toda a história da publicação; apresentam-se mais de 15 notícias breves, de carácter internacional.

O número de Dezembro, insiste na temática do Planeamento Familiar⁹, mas traz assuntos novos. É o caso da contracepção, com um texto sobre a utilização da pílula¹⁰, da Educação Sexual, num artigo original de Philipe Lecorps, em que este explicita os benefícios da mesma¹¹ e o Ano Internacional da Criança, com o tema dos direitos das crianças, especificamente os maus-tratos¹². Este tema seria retomado, em 1989, com uma entrevista ao Juiz Armando Leandro¹³.

O ano de 1979 reforça obviamente a temática do Planeamento Familiar e da Contracepção. Nos quatro números deste ano saem cerca de uma dezena de artigos sobre o assunto. Os conteúdos são diversos: a contextualização do Planeamento familiar na sociedade, a importância da sua prática para a saúde mental dos indivíduos, a formação dos técnicos em Portugal, os métodos naturais de contracepção e os intra-uterinos, o planeamento familiar e os adolescentes, entre outros.

A Educação Sexual é novamente abordada, com o re-

lato da experiência de trabalho prático de José Teixeira de Sousa e António Pacheco Palha, num artigo que apresenta a lista geral de um grupo de perguntas sobre educação sexual¹⁴.

Neste ano final de década, surgem – por outro lado – dois temas que irão ser presença assídua em toda a história da publicação. São eles: a gravidez/maternidade na adolescência, com a análise de Miguel Oliveira da Silva¹⁵, e o aborto, com dois artigos, um sobre a aceção médica e conceptual do tema¹⁶, e outro com a apresentação da tradução da brochura “Aspectos éticos do aborto” publicada no ano anterior pelo Comité Executivo Regional da Europa da IPPF¹⁷. O resultado do julgamento de Maria Antónia Palla suscita ainda uma entrevista à jornalista¹⁸ e a publicação de uma tomada de posição da Direcção da APF a este respeito¹⁹.

E é ainda neste ano que, pela primeira vez, surge o tema da sexologia, no texto “Do Planeamento Familiar à Sexologia”²⁰.

ANOS 80

É também com o tema da Sexologia que, curiosamente, se inicia em termos de revista os anos 80, mais especificamente com um artigo de Francisco Allen Gomes sobre orgasmo feminino, intitulado “A alienação da vagina”²¹; no final do ano, o mesmo autor apresenta “O início da Sexologia em Portugal”²². O tema irá repetir-se mais algumas vezes durante este período.

(8) “Para a História da A.P.F.” in Planeamento Familiar, nº 1 (Setembro de 1978), p. 8

(9) É o caso do texto assinado por Maria Eugénia Galvão Cruz, “Planeamento Familiar não é só resposta clínica” in Planeamento Familiar, nº 2 (Dezembro de 1978), p. 2 ou da entrevista a Maria da Purificação Araújo a propósito de um curso internacional da OMS realizado em Portugal, *idem*, pp. 8-9

(10) Trata-se da tradução e revisão de um folheto editado pela IPPF. *Idem*, pp. 11-13

(11) *Idem*, pp. 3-5

(12) *Idem*, pp. 6-7

(13) In Planeamento Familiar, nº 42 (Janeiro/Março de 1989), pp. 8-11

(14) In “O comportamento sexual do adulto depende da relação afectiva com os pais” in Planeamento Familiar, nº 6 (Dezembro de 1979), p. 8-11

(15) In Planeamento Familiar, nº 3 (Março de 1979), p. 2-5

(16) In Planeamento Familiar, nº 5 (Setembro de 1979), pp. 8-9

(17) *Idem*, pp. 10-11

(18) In Planeamento Familiar, nº 4 (Junho de 1979), p. 10

(19) *Idem*, p. 16

(20) In Planeamento Familiar, nº 6 (Dezembro de 1979), pp. 5-7

(21) In Planeamento Familiar, nº 7 (Março de 1980), pp. 2-3

(22) In Planeamento Familiar, nº 9/10 (Setembro/Dezembro de 1980), pp. 14-15 e 18

Pela primeira vez, aborda-se o acesso dos jovens ao Planeamento Familiar, fazendo eco de uma publicação da IPPF a este respeito.²³

E estando nós cronologicamente no início da década de 80, o primeiro Inquérito Nacional à Saúde é explorado por diversas vezes.

Por outro lado, a APF abre-se a novas áreas de trabalho e a revista reflecte este alargamento.

Os temas da conjugalidade²⁴, (com referências a *desvios sexuais* e a orientação sexual - homossexualidade e transsexualidade) é disso exemplo, bem como a abordagem à terapia sexual, através da tradução de um artigo de Willy Pasini²⁵.

A contracepção masculina é outros dos temas novos que terá uma presença discreta, mas ainda assim marcante durante todo este período. São particularmente curiosos o artigo intitulado “E se o senhor engravidasse?”²⁶ e o artigo prospectivo sobre a chegada da pílula masculina no ano 2000.²⁷ Em 1987, um estudo apresentado revela que 7,2% dos homens vai a consultas de Planeamento Familiar.²⁸

A sexualidade na pessoa com deficiência surge a propósito do Ano do Deficiente, celebrado em 1981.²⁹ Apesar de se prometer no texto apresentado regressar ao tema em próximos números, tal só volta a acontecer realmente em 1987, onde se apresenta uma investigação feita em Bilbao e publicada na revista *Entre Nous*³⁰. A Procriação Medicamente Assistida (ou Fecundação Artificial) é trazida para a revista através da tradução

de um artigo francês³¹ e reforçada com uma entrevista a António Pereira Coelho sobre “O regresso dos bebés proveta”³². Já no final da década, é entrevistada a ginecologista Maria Gil Sampaio a este respeito³³.

A Contracepção de Emergência (Contracepção Pós-Coital) é apresentada, pela primeira vez em 1984, num artigo escrito por David Rebelo³⁴.

No penúltimo número de 1986, surge o primeiro artigo sobre VIH/SIDA, através da publicação das recomendações da IPPF sobre este tema³⁵, e o assunto começa a ser presença assídua na revista. Em 1988, é entrevistada Laura Ayres que, na altura defende que a “Mulher com vírus da SIDA não deve ter filhos”³⁶. É também neste ano que o número de casos começa a ser considerado preocupante³⁷.

As preocupações com o envelhecimento da população e as alterações demográficas são presença nos primeiros anos da década. No mesmo sentido, surgem os primeiros conteúdos sobre sexualidade na pessoa idosa³⁸.

O direito à maternidade é objecto de um número de 1988, onde se defendem os direitos e se apresentam casos concretos³⁹.

No final da década é a vez de surgir o primeiro artigo dedicado exclusivamente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (à época DST)⁴⁰.

E é também nesta década que é relatado pela primeira vez o trabalho de intervenção comunitária da APF, através da apresentação dos resultados do estudo reali-

(23) *In* Planeamento Familiar, nº 7 (Março de 1980), pp. 6-7

(24) “Alargar o trabalho das associações à resolução de problemas conjugais”, *Idem*, pp. 8-9

(25) *In* Planeamento Familiar, nº 8 (Junho de 1980), pp. 2-3

(26) *In* Planeamento Familiar, nº 30 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1986), pp. 8-9

(27) *Idem*, pp. 6-7

(28) *In* Planeamento Familiar, nº 36 (Julho/Agosto/Setembro de 1987), p. 2

(29) *In* Planeamento Familiar, nº 11 (Março de 1981), p. 10-11

(30) *In* Planeamento Familiar, nº 36 (Julho/Agosto/Setembro de 1987), p. 13

(31) *In* Planeamento Familiar, nº 13/14 (Setembro de 1981/Janeiro de 1982), pp. 4-8

(32) *In* Planeamento Familiar, nº 35 (Abril/Maio/Junho de 1987), pp. 8-9

(33) *In* Planeamento Familiar, nº 43 (Abril a Junho de 1989), p. 8-9

(34) *In* Planeamento Familiar, nº 24 (Julho/Agosto/Setembro de 1984), pp. 2-5 e 8-9

(35) *In* Planeamento Familiar, nº 32 (Julho/Agosto/Setembro de 1986), pp. 14-16

(36) *In* Planeamento Familiar, nº 40 (Julho/Agosto/Setembro de 1988), pp. 8-9

(37) *Idem*, pp. 10-11 e 14

(38) Cfr. *Planeamento Familiar*, nº 18 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1983) e Francisco Allen Gomes, “A Sexualidade na idade madura” *in* *Planeamento familiar*, nº 35 (Abril/Maio/Junho de 1987), pp. 2-6

(39) *In* *Planeamento Familiar*, nº 38 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1988)

(40) *In* *Planeamento Familiar*, nº 43 (Abril a Junho de 1989), pp. 5-6

zado no Bairro do Charquinho⁴¹. Este estudo é secundado pelo “Inquérito sobre sexualidade num liceu de Lisboa”, em 1982⁴².

Já em 1985, é noticiada a abertura do atendimento a adolescentes do Porto⁴³.

No final do período surge o tema das famílias e das mudanças sociais pela escrita de Ana Nunes de Almeida⁴⁴; e, na mesma altura, fala-se – pela primeira vez – em Direitos Sexuais e Reprodutivos⁴⁵.

O Planeamento Familiar continua a ser um assunto de presença constante, nas mais variadas vertentes.

Para além do esforço de publicação de vários artigos de actualização sobre contracepção (registre-se o artigo sobre implantes em 1984⁴⁶), inclusive na sua relação com diferentes patologias⁴⁷, as 5^{as} Jornadas da APF realizadas nesta década, fornecem material diverso, sendo inclusivamente publicadas as conclusões dos encontros.

Também a propósito dos 20 anos da APF, publica-se em 1987, um número dedicado à evolução do Planeamento Familiar nessas duas décadas e ao papel da Associação nesse caminho, sendo entrevistados alguns dos seus fundadores⁴⁸.

Em 1986, lança-se um “Dossier P.F.”, no qual se descreve o “Estado das Coisas” em termos de Planeamento Familiar e dá-se, pela primeira vez, atenção à importância das campanhas nesta área⁴⁹.

Saliente-se também uma entrevista a Albino Aroso em

que este defende que “*Quaisquer que sejam as evoluções políticas, o planeamento familiar é um direito indiscutível do cidadão*” e que é necessário “*criar estruturas para receber os jovens*”⁵⁰.

A vertente quantitativa ganha importância: os resultados de um estudo revelavam, em 1981, que 67% dos portugueses desconheciam o planeamento familiar e 52% estariam contra a legalização do aborto⁵¹. Em relação à IVG, outro artigo tratava as “Fontes numéricas do aborto ilegal”⁵². Por outro lado, os resultados do 1º Inquérito Português à Fecundidade vão sendo explorados nos seus diversos itens⁵³.

A propósito de uma Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde, que, em 1981 limitava o acesso dos adolescentes aos serviços de planeamento familiar, Daniel Sampaio faz a sua primeira intervenção na revista para defender o “Direito dos jovens à Contracepção”⁵⁴, Purificação Araújo salienta a necessidade de consultas de planeamento familiar para jovens⁵⁵ e, Leonor Beleza, discute a perspectiva jurídica do assunto⁵⁶.

A experiência de planeamento familiar nos países africanos de expressão portuguesa é descrita numa entrevista realizada à responsável cabo-verdiana pelos serviços naquele país⁵⁷; e também Moçambique é referido por causa de uma visita de trabalho feita pela APF⁵⁸. Faz-se ainda eco do que supostamente se passaria em Timor-Leste com a denúncia apresen-

(41) *In* Planeamento Familiar, nº 9/10 (Setembro/Dezembro de 1980), pp. 16-18

(42) *In* Planeamento Familiar, nº 15 (Abril/Maio/Junho de 1982), pp. 8-12

(43) *In* Planeamento Familiar, nº 27 (Abril/Maio/Junho de 1985), pp. 16

(44) *In* Planeamento Familiar, nº 44/45 (Julho/Dezembro de 1989), pp. 10-11

(45) *In* Planeamento Familiar, nº 44/45 (Julho/Dezembro de 1989), pp. 12-13

(46) *In* Planeamento Familiar, nº 23 (Abril/Maio/Junho de 1984), p. 16.

(47) São exemplos os artigos “Contracepção oral e risco de cancro de mama, endométrico e ovárico” *in* Planeamento Familiar, nº 28 (Julho/Agosto/Setembro de 1985), pp. 6-7 e “O DIU a a infecção pelvi-genital” *in* Planeamento Familiar, nº 30 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1986), pp. 4-5

(48) *In* Planeamento Familiar, nº 37 (Outubro/Novembro/Dezembro de 1987)

(49) *In* Planeamento Familiar, nº 32 (Julho/Agosto/Setembro de 1986)

(50) *In* Planeamento Familiar, nº 8 (Junho de 1980), pp. 8-10

(51) *In* Planeamento Familiar, nº 12 (Junho de 1981), pp. 4-6

(52) *Idem*, p. 16

(53) É o caso do número dedicado à “Duração das uniões conjugais”, *Planeamento Familiar*, 19 (Abril/Maio/Junho de 1983)

(54) *In* Planeamento Familiar, nº 13/14 (Setembro de 1981/Janeiro de 1982), pp. 10-12

(55) *In* Planeamento Familiar, nº 13/14 (Setembro de 1981/Janeiro de 1982), p. 16

(56) *In* Planeamento Familiar, nº 13/14 (Setembro de 1981/Janeiro de 1982), pp. 18-19

(57) *In* Planeamento Familiar, nº 9/10 (Setembro/Dezembro de 1980) pp. 4-6

(58) *In* Planeamento Familiar, nº 22 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1984), p. 16

tada pela Associação numa reunião da IPPF em Londres.⁵⁹

Também o tema da Educação Sexual é novamente realizado através do colóquio promovido pela Delegação de Lisboa, em 1981, a avaliar pelas fotografias, bastante concorrido⁶⁰. Em 1983, o debate em torno das propostas de Lei sobre Educação sexual, Planeamento Familiar e Aborto, bem como o direito à grávida ser acompanhada durante o parto reflecte-se em vários textos⁶¹. No ano seguinte, (5-6 de Abril de 1984) um Seminário de Educação Sexual, organizado pela APF junta 800 professores e é objecto de várias matérias⁶². O Aborto, não só na dimensão estatística já referida, mas também a propósito da votação da proposta de lei de legalização da IVG em 1982, a Gravidez/Maternidade adolescente e a Sexualidade na Adolescência são presenças constantes ao longo de toda a década. Este último tema, dá voz a partir da segunda metade da década aos próprios jovens e relativamente ao primeiro refira-se duas matérias sobre o “Aborto clandestino na Literatura”, uma com excertos do livro de António Lobo Antunes, “Explicação dos Pássaros”⁶³ e outra com textos de Lídia Jorge⁶⁴. O conhecimento do que se passa na Europa em matéria de aborto é também uma constante.

ANOS 90

O primeiro número da década de 90 tem como título de capa “Que caminhos?”, numa expressão muito significativa e antecipatória do que seriam os dez anos seguintes. A questão dos abusos sexuais, através de um artigo de Milice Ribeiro dos Santos, “*O internato enquanto insti-*

tuição potencializadora de abusos sexuais”, é o primeiro tema a surgir.⁶⁵

Por outro lado, os assuntos relacionados com população e desenvolvimento, apesar de já presentes no período anterior, tornam-se mais frequentes nesta década. São vários os artigos sobre o ponto de situação anual da População Mundial do Fundo das Nações Unidas para a População e Desenvolvimento⁶⁶. 1994 é, também, o ano da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, evento que aparece reflectido na publicação e, na mesma data, “*pela primeira vez, a Presidente da Direcção Nacional da APF, é uma mulher, facto inédito na história desta associação*”; refere-se o artigo a Manuela Sampaio⁶⁷.

À Educação Sexual é dedicado um número inteiro de 1990, como resultado do Seminário sobre Educação Sexual e Reforma Educativa, realizado nesse mesmo ano.⁶⁸ É aqui que surgem as primeiras participações, em termos de artigos, de Manuela Sampaio⁶⁹ e Duarte Vilar⁷⁰. Este número conta ainda com a colaboração de Félix López com um texto sobre “Conceito e objectivos da Educação Sexual”⁷¹. A partir deste momento quase todos os números da revista passam a ter mais do que um conteúdo dedicado à temática. Mais, a propósito do Projecto de Educação Sexual e Promoção da Saúde das Escolas (1995-1998), são apresentadas em 1998 várias experiências de trabalho em escolas do projecto, num número dedicado à Educação Sexual⁷².

Nesta década, comemora-se o 25º aniversário da APF e o número 55 de Março/Abril de 1992 é dedicado quase na íntegra ao acontecimento, com espaço para apresentação de um estudo sobre a aplicação nos hospitais pú-

(59) *In* Planeamento Familiar, nº 31 (Abril/Maio/Junho de 1986), p. 16

(60) *In* Planeamento Familiar, nº 11 (Março de 1981), pp. 12-14

(61) Vidé como exemplo Planeamento Familiar, nº 21 (Outubro/Novembro/Dezembro 1981)

(62) *In* Planeamento Familiar, nº 22 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1984), pp. 12-14

(63) *In* Planeamento Familiar, nº 31 (Março/Maio/Julho de 1986), pp. 8-9

(64) *In* Planeamento Familiar, nº 34 (Janeiro/Fevereiro/Março de 1987), pp. 8-9

(65) *In* Planeamento Familiar, nº 46 (Janeiro/Março de 1990), pp. 3-6

(66) Veja-se, a título de exemplo, “A situação da população mundial – 1992” *In* Planeamento Familiar, nº 56 (Maio/Junho de 1992), pp. 10-11

(67) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 3 (Julho/Setembro de 1994), pp. 19-20

(68) *In* Planeamento Familiar, nº 47/48 (Abril a Setembro de 1990)

(69) *Idem*, pp. 3-5

(70) *Idem*, pp. 6-8

(71) *Idem*, pp. 14-15

(72) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 17/18 (Janeiro/Junho de 1998)

blicos da Lei 6/84 da IVG.⁷³ Este tema surgirá novamente em força na 2ª série da revista, mais especificamente em 1994, a propósito da apresentação do Relatório sobre o tema elaborado pela APF e o debate que se lhe seguiu⁷⁴. O terceiro relatório é descrito em 1999.⁷⁵

Em alguns números, dá-se especial atenção a projectos de intervenção realizados por outras instituições que não a APF. É o caso do trabalho desenvolvido na Amadora nos primeiros anos deste período⁷⁶.

O tema das Famílias volta a ser desenvolvido nesta altura, sendo mesmo objecto de um número temático⁷⁷ e, associados surgem, como temas novos, a ética e a religião e, mais tarde, a moral sexual⁷⁸.

À SIDA é dedicado um número temático em 1992/1993⁷⁹. Para além da participação de estrangeiros, é referida a situação portuguesa em termos de prevenção, numa entrevista a Manuela Santos Pardal⁸⁰, apresentado um artigo de Miguel Vale de Almeida⁸¹ e transcrita uma Moção da APF a propósito das Declarações de Feytor Pinto (Alto Comissário para o Projecto Vida) sobre a utilização do preservativo, considerada por este um drama prejudicial às relações amorosas, podendo mesmo suscitar situações de “frigidez” nas parceiras.⁸² Já na 2ª série, é divulgada a “Declaração dos Direitos das Pessoas com VIH/SIDA”.⁸³

A Comunicação sobre sexualidade entre pais e filhos adolescentes é, em 1994, o título de um artigo de

Duarte Vilar, o primeiro aprofundado sobre o assunto⁸⁴. A Contracepção de Emergência surge novamente com a transcrição da Declaração de 1994 da IPPF; porém, em quatro anos eram apresentados dois artigos sobre o RU-486⁸⁵.

Ainda na área da contracepção, os aspectos psicológicos são objecto de um longo artigo, da autoria de Gabriela Moita, em 1995⁸⁶.

Sendo “*por mero acaso que a inclusão na revista do tema dos abusos sexuais sobre crianças coincide com a grande visibilidade pública*”, como António Manuel Marques enuncia no editorial do número do segundo semestre de 1996, esta edição reflecte o trabalho do grupo criado na Delegação Regional de Lisboa sobre o tema, no ano anterior; são vários, pois, os artigos dedicados a esta matéria⁸⁷.

Já perto do final da década, comemora-se o trigésimo aniversário da APF e, para além da apresentação do trabalho desenvolvido ao longo de 30 anos⁸⁸, os temas do Planeamento Familiar e da Saúde Sexual e Reprodutiva, da gravidez e maternidade na adolescência e da Sexualidade dos Jovens são de novo privilegiados.

A visão ampla do conceito de saúde sexual e reprodutiva é evidente na selecção das comunicações apresentadas às 9ªs Jornadas APF, e objecto de um número da publicação⁸⁹: como exemplo, tome-se a questão da conjugalidade, num artigo de Anália Torres⁹⁰ da orientação sexual (Famílias Homossexuais)⁹¹ ou da prostituição⁹².

(73) *In* Planeamento Familiar, nº 55 (Março/Abril de 1992), pp. 8-9

(74) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 2 (Abril/Junho de 1994), pp. 16-17

(75) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 23/24 (Julho/Dezembro de 1999), pp. 7-10

(76) A título de exemplo, veja-se Planeamento Familiar, nº 56 (Maio/Junho de 1992)

(77) *In* Planeamento Familiar, nº 57 (Julho/Setembro 1992)

(78) *In* Planeamento Familiar, nº 61/62 (Julho/Dezembro 1993), pp. 14-17

(79) Planeamento Familiar, nº 58/59 (Outubro de 1982/Março de 1983)

(80) *Idem*, pp. 14-15

(81) *Idem*, pp. 18-19

(82) *In* Planeamento Familiar, nº 58/59 (Outubro de 1982/Março de 1983), p. 21

(83) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 4 (Outubro/Dezembro de 1994), p. 21

(84) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 1 (Janeiro/Março de 1994), pp. 14-18

(85) Cfr. Planeamento Familiar, nº 46 (Janeiro/Março de 1990), pp. 8-9 e 11

(86) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 8 (Outubro/Dezembro de 1995), pp. 10-16

(87) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 11/12 (Julho/Dezembro de 1996)

(88) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 13/14 (Janeiro/Julho de 1997)

(89) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 19/20 (Julho/Dezembro de 1998)

(90) *Idem*, pp. 3-9

(91) *Idem*, pp. 10-12

(92) Trata-se de um artigo de Jorge Martins sobre dois anos do Espaço Pessoa *Idem*, pp. 17-18

O trabalho com pais adolescentes e a sexualidade dos adolescentes rapazes é um assunto que surge, pela primeira vez em 1999, num artigo escrito pela colaboradora assídua da revista, Maria José Alves⁹³.

A década fecha com relevância para o tema do planeamento familiar em bairros de arrendamento público⁹⁴, tema que será desenvolvido no ano de 2001.

Anos 2000

A partir do primeiro número de 2000, a revista adquire uma estrutura própria e reflecte a consolidação já presente na década anterior.

Todos os assuntos inaugurados e desenvolvidos, com maior ou menor predominância, são trabalhados de novo.

Saliente-se a constância do tema da Interrupção Voluntária da Gravidez. A título de exemplo, veja-se o artigo de Ana Campos sobre “Novas abordagens em relação ao aborto: aborto médico”⁹⁵, o contributo de Isabel Leal, ou os aspectos legislativos tratados por Conceição Brito Lopes, os dois últimos num número especialmente dedicado ao tema⁹⁶. Em 2006, um número especial é dedicado à divulgação do estudo “Situação do aborto em Portugal: práticas, contextos e problemas”⁹⁷.

A abordagem à gravidez/maternidade na adolescência torna-se cada vez mais diversificada. É tema de capa do número 27/28⁹⁸ onde, para além de vários artigos resultantes de um encontro em Lisboa sobre o tema,

surge a perspectiva masculina, numa matéria de Fátima Palma⁹⁹. Já mais recentemente, o assunto volta a ser trabalhado¹⁰⁰. Os projectos realizados pela APF nesta área são também presença assídua. A este propósito refira-se o artigo sobre o projecto “Mamãs de Palmo e Meio”¹⁰¹.

Aliás, a intervenção comunitária é descrita por várias vezes. É o caso do trabalho desenvolvido na Biquinha.¹⁰²

Na área da Educação Sexual, a formação de formadores/professores é um dos aspectos valorizados¹⁰³, mas são também apresentadas várias experiências de trabalho prático no Norte, no Centro e no Alentejo.¹⁰⁴

A contracepção relacionada com patologia é igualmente um assunto que volta a ser focado; tal é o caso no texto de Lisa Vicente sobre Contracepção e Infecções Sexualmente Transmissíveis,¹⁰⁵ ou, da mesma autora, “A Sexualidade na mulher com diabetes Tipo I”¹⁰⁶.

Ainda na temática da contracepção discute-se a contracepção de emergência em “De que falamos quando falamos de Contracepção de Emergência”¹⁰⁷, e é apresentado um estudo sobre a sua utilização em 2003.¹⁰⁸

A sexualidade na deficiência é objectivo de uma revista temática onde são de salientar as intervenções de Jorge Cardoso com a reabilitação pós-deficiência física¹⁰⁹; e Ivone Félix com a questão das atitudes dos profissionais.

O VIH/SIDA é tema recorrente ao longo da década e título de capa em 2002.¹¹⁰ Já no ano seguinte, são dois

(93) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 21/22 (Janeiro/Junho de 1999), pp. 3-6

(94) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 23/24 (Julho/Dezembro de 1999), pp. 32-34

(95) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 27/28 (Julho/Dezembro de 2000), pp. 31-34

(96) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 32 (Novembro/Dezembro de 2001)

(97) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 42/43 (Janeiro/Dezembro de 2006)

(98) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 27/28 (Julho/Dezembro de 2000)

(99) *Idem*, pp. 27-28

(100) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 40/41 (Janeiro/Dezembro de 2005)

(101) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 28/29 (Janeiro/Dezembro de 2004), pp. 14-16

(102) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 48/49 (Janeiro/Junho de 2008), pp. 35-36

(103) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 25/26 (Janeiro/Junho de 2000), pp. 20-23

(104) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 31 (Julho/Outubro de 2001), respectivamente pp. 11-14, 15-16 e 27-32

(105) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 32 (Novembro/Dezembro de 2001), pp. 39-42

(106) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 38/39 (Janeiro/Dezembro de 2004), pp. 29-32

(107) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 29/30 (Novembro/Dezembro de 2001), pp. 39-42

(108) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 36 (Janeiro-Abril de 2003), pp. 22-32

(109) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 37 (Maio/Dezembro de 2003), pp. 5-10

(110) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 33 (Janeiro/Abril de 2002), pp. 24-26

os artigos de maior inovação: “Crenças, tabus e mitos na prevenção em comunidades africanas”¹¹¹ e a questão da masculinidade na prevenção, de Antônio Manuel Marques.¹¹²

A temática da Mutilação Genital Feminina é retomada através da apresentação de um estudo sobre atitudes dos profissionais.¹¹³

As famílias são abordadas nas suas várias dimensões, num claro questionamento ao que se entende actualmente pelo tema; o título do artigo “Mas o que é afinal hoje a família”¹¹⁴ é elucidativo a este respeito.

Os temas da população e desenvolvimento também não são esquecidos. A propósito dos 10 anos da Conferência do Cairo é apresentado um texto da jornalista Fernanda Cândia.¹¹⁵

Registe-se ainda o regresso de Francisco Allen Gomes, agora em situação de entrevistado¹¹⁶ e os números comemorativos dos 35º e 40º aniversário da APF. Ambos ricos em perspectiva histórica, no primeiro Irene, Pimentel assina um artigo sobre as políticas de natalidade no Estado Novo¹¹⁷; no segundo, é publicada a história da APF,¹¹⁸ numa recolha exaustiva de Elisa Guerreiro.

Finalmente, surgem duas temáticas totalmente novas nesta década: a Sexualidade e os Media,¹¹⁹ e a Sexualidade em meio prisional.¹²⁰ x

(111) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 34 (Maio/Agosto de 2002), pp. 33-40

(112) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 35 (Setembro/Dezembro de 2002), pp. 23-30

(113) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 37 (Maio/Dezembro 2003), pp. 34-38

(114) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 35 (Setembro/Dezembro de 2002), pp. 5-6

(115) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 38/39 (Janeiro/Dezembro de 2004), pp. 43-44

(116) *Idem*, pp. 24-26

(117) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 37 (Maio/Dezembro 2003), pp. 1-10

(118) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 46/47 (Julho/Dezembro de 2007)

(119) *In* Sexualidade & Planeamento Familiar, 2ª série, nº 36 (Janeiro/Abril de 2003)

(120) Dois artigos publicados no número 40/41 (Janeiro/Dezembro de 2005) nas páginas 7-16 e 36-40

Heterossexuais-em-progresso: A construção mediática da “adolescência”

Pedro Pinto¹ [Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho]

Conceição Nogueira [Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho]

Este artigo parte dos resultados de um projecto de investigação dedicado a revistas para raparigas adolescentes editadas em Portugal². Nele, o nosso olhar cruzou a teoria feminista pós-estruturalista com a teoria *queer*, num inevitável retorno a Michel Foucault pela abordagem crítica discursiva que caracterizou os modos da pesquisa. Partindo da desconstrução de conteúdos textuais da revista *Ragazza* (2006-2007), este artigo é uma crítica ao sistema ideológico que serve toda a indústria mediática *malestream*, na qual as jovens são compulsivamente idealizadas enquanto heterossexuais e a adolescência construída como uma “heterossexualidade-em-progresso”.

INTRODUÇÃO: A SEXUALIZAÇÃO DA CULTURA E A RECOMODIFICAÇÃO MEDIÁTICA DO CORPO

Não escapando à acção globalizadora do neoliberalismo, a sociedade portuguesa assistiu nos últimos anos a uma imensa proliferação de discursos sobre a sexualidade. As tecnologias dos média democratizaram o “sexo” de forma exponencial, fazendo o seu debate transvazar das esferas “especializadas” para os demais mercados da comunicação: a gravidez adolescente é hoje tematizada nas telenovelas juvenis e os mais populares guias de televisão dedicam páginas ao *kama sutra* ou ao “sexo tântrico”, por exemplo. Este processo de sexualização da cultura *mainstream* (McNair, 2002; Attwood, 2006) é um dos mais significativos fenómenos do capitalismo contemporâneo, o qual está intimamente ligado à recente re-comodifica-

ção do corpo “feminino” e à re-sexualização da sua identidade (Gill, 2003). As mulheres são hoje sobremaneira representadas como *sujeitos* activos na posse de desejo e não como *objectos* sexualmente passivos, envoltas agora por novos discursos de aparente empoderamento que compõem uma sensibilidade *pós-feminista*, totalmente acrítica face a manifestas opressões culturais (Gill, 2007). Esta deliberada estratégia de *subjectificação* por parte dos média confere uma vitalidade muito lucrativa à vasta rede industrial em que se inserem, já que incita as suas consumidoras a um constante policiamento narcisista da sua imagem (Tyler, 2005) e à incansável optimização da sua vida sexual, permanecendo assim dependentes de um enorme aparato de informações e produtos. Os novos ensaios farmacêuticos de um *Viagra* “cor-de-rosa” (Hartley, 2006), decorrentes de uma medicalização compulsiva das mulheres e da patologização androcêntrica da sua libido (Tiefer, 2000, 2004), ou a proliferação de brinquedos sexuais conjugados no “feminino”, são hoje realidades incontornáveis do capitalismo, amplamente difundidas pelas tecnologias mediáticas de género. Estas indústrias são também constitutivas de guiões que disciplinam a sexualidade (Simon, 1996; Cacchioni, 2007), fazendo circular entre si um aparato de significados e cumplicidades discursivas que constantemente alimentam e promovem as suas redes de produção. Assim, o empacotamento mediático de “novas” subjectividades sexuais e de género não pressupõe a ocorrência de uma efectiva transformação das mentalidades dominantes.

(1) Trabalha actualmente sobre políticas de representação do corpo nas indústrias do sexo, sob a orientação da co-autora

(2) Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (PTDC/CCI/64702/2006).

Pelo contrário, a sua formatação constitui, antes de mais, um combustível fundamental para a manutenção capitalista do consumo, permitindo a constante criação de novos filões de mercado. Na ideologia mediática neoliberal, o corpo “feminino” permanece colonizado com velhos poderes heteronormativos, brancos e androcêntricos, ainda que facilmente maquilhados pelo tom democratizado das suas actuais políticas de representação. As tecnologias dos média funcionam assim como *tecnologias de género* (De Lauretis, 1987), na medida em que promovem o *sistema sexo/género* dominante (Preciado, 2002), reproduzindo as assimetrias simbólicas que opõem “masculino” a “feminino” e que materializam muitas das opressões sociais do nosso tempo.

O mercado globalizado das revistas “para homens” e “para mulheres” é talvez o mais expressivo da fenomenologia que aqui introduzimos, dada a forma como reifica e explicita os significados hegemónicos da masculinidade e da feminilidade. São as revistas para raparigas adolescentes que merecem aqui a nossa atenção, não só pelo lugar que potencialmente ocupam na disciplina heteronormativa da população jovem, mas também porque se pretendem como um vector informal da educação sexual das suas leitoras. No caso português, a revista *Ragazza* – também editada em Espanha – é um dos produtos mediáticos que melhor evidencia alguns dos processos discursivos que mais nos preocupam actualmente. Como discutiremos de seguida, esta revista promove a regulação heteronormativa do corpo e das identidades de género, incita a discursos androcêntricos apresentados como “verdades” e reforça a supressão discursiva das homossexualidades. Mostraremos como a *Ragazza*, não fugindo aos imperativos economicistas do seu mercado, aceita a *biologia como destino* identitário das suas leitoras (De Bouvouir, 1949) e faz da ordem de género (Connell, 1987) o sentido estético da “natureza humana”.

AS “VERDADES” DE UMA REVISTA PARA ADOLESCENTES

Para uma leitura crítica de revista para adolescentes como a *Ragazza*, importa antes de mais compreender o regime ideológico que sustenta a sua trama de representações: uma sobreposição de discursos de carácter científico, sobretudo biomédicos e psicológicos, cuja tradição positivista há muito vem a naturalizar a *monarquia do sexo* em que vivemos (Foucault, 1994). Foi

no período moderno que o “sexo” se instituiu como “verdade” biológica diferencial e a “heterossexualidade” assumiu a condição de natureza, por oposição à “homossexualidade”, desviada do sentido “natural” da reprodução e assim definida pela sua “anormalidade” (cf. Hird, 2004). A *Ragazza* é uma descendente desta opressora linhagem de conhecimento, não só porque se inspira numa ideia causal e generalizável de ciência para reiterar os demais conselhos que vende às suas leitoras, mas porque efectivamente a promove nas suas páginas “especializadas”, fazendo as identidades sexuais e de género perder o seu real estatuto de construções biopolíticas para se tornarem em verdades intemporais. “*Um estudo realizado pela sexóloga (...)*”, “*Segundo uma pesquisa (...)*”, “*Dois psicólogos americanos concluíram que (...)*”, são exemplos do modo como recorrentemente começam as “dicas” dos dossiês da *Ragazza*, sobretudo as que lemos nos *Especiais* dedicados ao prazer e ao desejo sexual. E todas elas, directa ou indirectamente, respondem à mesma pergunta retórica, insistentemente colocada nestes segmentos temáticos: “*Sabias que?*”. Para melhor clarificar este quadro, não resistimos em citar na íntegra uma dessas frases: “*Um estudo realizado pela Universidade de St. Andrews, no Reino Unido, revelou que nós sentimo-nos mais atraídas pelos rapazes com voz grave nos dias da ovulação, porque este tom denuncia a presença de um nível elevado de testosterona*” (*Ragazza*, Novembro 2007, p. 85). Com a mesma cumplicidade reguladora com que o “nós” deste ex-certo assume uma *heterossexualidade compulsiva* (Ritch, 1980) nas suas leitoras, toda a lógica discursiva desta revista pressupõe velhas falácias da produção científica *malestream*, as mesmas que parecem hoje indissociáveis do senso comum: o (hetero)sexo idealizado enquanto inevitabilidade humana e as adolescentes (assim como os rapazes) idealizadas como heterossexuais “por defeito” (Griffin, 2000), animadas por imperativas emergências hormonais hegemonicamente associadas a esta *fase* da vida (Gonick, 2004). Ora, tal como as “sexualidades”, a “adolescência” não é um dado adquirido, nem um facto da natureza – é uma invenção dos discursos médicos da modernidade, profundamente imbuída nas retóricas deterministas da procriação. Ela permitiu ideologicamente conceptualizar um período decisivo da maturação heterossexual: a passagem de uma infância “sem sexo” para uma vida “com sexo”, em que cada jovem é progressivamente “conquistada/o” para o regime da “normalidade” (Griffin, 2000). Esta *fase* de transição diz especi-

almente respeito à normalização sexual dos corpos, não porque depende da incorporação dos códigos performativos da feminilidade ou da masculinidade (Butler, 1990), mas sobretudo porque está intimamente ligada a uma outra “verdade” socialmente partilhada, a qual conhecemos dos discursos biomédicos como “a puberdade”. Esta concepção naturaliza um processo hegemónico de erotização heteronormativa do corpo, a partir do qual ele é discursivamente esquadrihado em partes “sexuais” e “não sexuais”, de acordo com as estéticas da heterossexualidade dominante (Preciado, 2004). Neste regime sempre inspirado pelo imperativo da procriação, a genitália assume toda a centralidade do corpo “sexual” e o falocentrismo torna-se o idioma dominante da cultura androcêntrica. A *Ragazza* reproduz recorrentemente o mesmo idioma, naturalizando o imperativo do sexo coital e os seus desígnios estéticos, em detrimento de quaisquer formas alternativas de prazer. Vejamos, por exemplo, as suas considerações sobre “AS MEDIDAS CERTAS: Dizemos sempre que o tamanho não importa mas, desta vez, abrimos uma excepção. O tamanho normal de um pénis é entre 12,5 e 17,5 cm em erecção (...)” (*Ragazza*, Novembro 2007, p.87). Enquanto tecnologia de género, a produção discursiva da *Ragazza* concretiza assim o ideal biomédico da “puberdade”, participando deste modo na produção social de corpos *straight* (wittig, 1980) e de uma mentalidade a condizer. Noutro segmento dedicado aos ditames genéticos da atracção sexual (*Ragazza*, Dezembro 2006, p.78), damos com a seguinte interpelação: “Sabias que há sinais físicos que revelam a vossa compatibilidade sexual? Presta atenção ao curso de anatomia... e passa à prática!”. Lendo a sua introdução, ficamos a saber sobre este facto que “é a própria teoria da evolução que o explica”, até porque “a nossa sobrevivência depende do sexo para assegurar descendência, certo?”. Tal não será assim tão “certo”, como temos vindo referir, sobretudo num tempo em que as tecnologias biomédicas de reprodução se encontram sobremaneira desenvolvidas e que a homoparentalidade é uma realidade efectiva na sociedade portuguesa. Se a “sobrevivência” NÃO depende em absoluto de uma concepção normativa do “sexo”, só faz sentido que a “descendência” seja assegurada por ele no quadro político patriarcal, naturalizado por este “certo?”. No fim da introdução, percebemos então como a sexualidade pode ser “esclarecida”: “Contamos-te em primeira mão as 5 teorias sex-evolutivas que revelam a compatibilidade físico-sexual entre duas pessoas. Basta cumprires uma delas... Atraves-te

a comprová-lo?”. Ficamos assim perante uma paródia aos regimes positivistas de ciência e à forma como continuam a generalizar as suas “verdades”: “basta cumprir” uma “teoria”. É assim sugerido que a compatibilidade sexual seja predizível (e verificável de algum modo), ficando prometida a possibilidade de tal compatibilidade ser *revelada* através do reconhecimento de certos “sinais”, certamente por persistência da visão e de um olhar à partida submetido (Harraway, 1991). Tal como é requerido para o “curso de anatomia” proposto na *Ragazza*, toda a sexualidade das adolescentes é socialmente construída num regime de “atenção” e da constante problematização de *perigos*, por contraste com as representações da sexualidade dos rapazes, predominantemente associada a uma procura despreocupada de prazer (Gill, 2007; Jackson, 2005a). Ainda que as jovens mulheres sejam constantemente subjectificadas na *Ragazza* como sexualmente activas, o refrear da sua iniciação sexual e da procura subjectiva de prazer é recorrente nos subtextos da revista. Numa ambivalência discursiva típica deste género mediático (Jackson, 2005b), ainda que desafiadas para uma atitude de experimentação (“passa à prática!”/“ataves-te?”), as jovens são escusadas de qualquer intimidade física e a sua subjectividade sexual condicionada pela retórica da *comprovação*. A compatibilidade sexual deixa assim de ser subjectivamente construída entre duas pessoas para passar a ser *observada*, desvinculada da experiência produzida a partir do corpo. Como mostraremos de seguida, os tais “sinais” *reveladores* são afinal metáforas estéticas do que simbolicamente associamos *masculinidade hegemónica* e à *feminilidade enfatizada* (Connell, 1987). Vejamos a “teoria” que nos fala do “ROSTO” e que tem por subtítulo “O poder das feições”...

DESCONSTRUINDO O CORPO DA RAGAZZA

“Se tu tens cara de menina e o teu namorado as feições mais duras... parabéns! A vossa harmonia sexual está garantida. Tudo porque a regra de ouro da compatibilidade sexual é que exista atracção – se acharmos o nosso parceiro atraente, desejamo-lo ainda mais... Para eles, a rapariga ideal possui traços infantis: bochechuda, com os olhos grandes e o cabelo suave e claro. Já nós apostamos nos rapazes com feições masculinas. O nosso protótipo sexual seria um rapaz com o maxilar largo, o cabelo e a pele de tom escuro, e bem constituído. Acredita: os opostos atraem-se!” (“Rosto: O poder das feições”, p.79).

Convocamos Michel Foucault (1987, p.119) para reler conosco a “teoria” d’*“O poder das feições”*. Neste pedaço de propaganda heterossexista, tão lucrativa para a *Ragazza* como para os mercados que ela alimenta, “O corpo humano entra numa maquinaria do poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe”. Face àquela “teoria” (a primeira apresentada no “curso de anatomia”), ficamos de imediato a perceber que a “anatomia” proposta pelo “curso” é tão simplesmente mapeada por básicos estereótipos de gênero e pelas suas redutoras oposições simbólicas: uma masculinidade *dura, larga, escura e bem constituída* versus uma feminilidade *clara, suave e infantil*. Esta é sem dúvida a anatomia dos corpos produzidos pelo discurso normativo da “puberdade”, mas também por uma mentalidade etnocêntrica (e racial, em última análise). “Uma anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder” (...), diria Foucault (1987, p.119). O subtítulo desta “teoria” sugere, aliás, uma associação de “poder” a “feições”, as quais nunca aparecem por sua vez associadas às raparigas: enquanto os rapazes são retratados por “feições”, já as características físicas das adolescentes são referidas como singelos “traços”, mostrando-nos subtilmente de que lado se constrói a ordem estética do *biopoder* (Foucault, 1994) que socialmente impera. Note-se também, no texto da “teoria” citada, o androcêntrico destaque (mantido do original) de uma frase específica, a qual não deixa dúvidas sobre os beneficiários desta “mecânica de poder”: “*Para eles, a rapariga ideal...*”. É o gosto “masculino” que é centralizado no texto, pelo que as leitoras são não apenas instruídas sobre o que *elas* gostam, mas sobretudo sobre o que *eles* preferem. É a disciplina do gosto que está aqui em causa, como estará sempre para um mercado que precisa de uma constante modelação identitária à imagem do que vende. A sua acção leva hoje ao limite a acção protésica dos códigos de gênero (Preciado 2004), cuja força disciplinar não regula apenas as performatividades do corpo (Butler, 1990), fabricando “corpos doces” (Foucault, 1987, p.119), mas constrange também a percepção que temos de nós e de outras/os, *docilizando* assim o nosso olhar.

Na nossa cultura, o mapeamento preciso dos órgãos “sexuais” está mais uma vez ligado à mecânica biológica da reprodução, a partir da qual o orgasmo se torna emblemático de toda a ordem sexual androcêntrica. Como seria de esperar de uma revista *mainstream* que “explica” o “sexo” a adolescentes, a

Ragazza dedica-lhe muita atenção, chegando mesmo a prometer num “*ESPECIAL ORGASMO*”: “*Esta é a radiografia ao orgasmo mais completa de sempre...*” (Ragazza, Agosto 2007, p.78). Este enunciado sugere à partida que o orgasmo contém uma “verdade” escondida, uma essência revelável e generalizável através dos “raios x” da *Ragazza*. E como toda a anatomia do corpo decomposta nas páginas da revista, também o orgasmo assume uma identidade de gênero, “naturalmente” ditada pelo sexo “biológico”: “*Descobre as oito diferenças entre o orgasmo feminino e o orgasmo masculino*”. Lemos então no ponto 5 da coluna “*O nosso orgasmo*”: “*GOSTAMOS DE FANTASIAR: E damos muita importância ao argumento. As nossas fantasias preferidas? Ter relações com um ex, em público, ou com outra rapariga. Ao pensarmos em algumas imagens, o cérebro envia ordens aos genitais para que se excitem*”. O orgasmo “feminino” é aqui associado à imaginação e por último a “ordens” enviadas pelo cérebro, reafirmando uma profunda dicotomia das políticas hegemónicas de representação sexual: corpo versus mente. O texto parte de uma noção de “fantasias” limitada à produção imagética, presa entre o “cérebro” e “os genitais”, suprimindo a possibilidade da sua efectiva vivência. Ainda que o texto implique um certo grau de experimentação de prazer físico, eventualmente produzido pela masturbação, a experimentação sexual com outros e (sobretudo) outras é mais uma vez contida e discursivamente induzida para o plano *pensado*. Se lermos o ponto correspondente sobre o orgasmo “masculino”, compreendemos que são os constrangimentos do padrão heterossexual duplo que constroem todo este discurso (Jackson & Cram, 2003). Ao contrário das raparigas, os rapazes “*SÃO MUITO VISUAIS: excitam-se com os olhos*” (p.79), ou seja, eles não *pensam* as imagens – eles *vêm* as imagens, o que simbolicamente sugere a importância dada ao corpo e não ao “argumento” (tipicamente associado a guiões sexuais legitimados pelo discurso romântico). As “fantasias” conjugadas no “feminino” pela revista tornam-se antónimo de prática, até porque o seu relatório diz somente respeito a um triângulo fetichista de “perigos” androcêntricos: uma mulher ter relações sexuais fora do namoro ou do casamento (“*com um ex*”), fora do mundo doméstico em que deve permanecer (“*em público*”), ou ter práticas homossexuais. “Fantasias” devem aqui traduzir-se por “transgressões”. Curiosamente, ainda neste número, damos com a mesma construção discursiva compondo a carta de uma leitora, apresentada na secção das “*Dúvidas existenci-*

ais” (o “consultório” mensal da revista) sob o título “Tenho fantasias estranhas”: Às vezes sonho que tenho relações com dois rapazes ao mesmo tempo, ou com uma rapariga, ou em público... É tão estranho! Será que sou só eu?” (p.92). Se ainda temos dúvidas sobre a possibilidade desta revista conjugar a fantasia e a agenticidade num *continuum*, contrariando assim a sua oposição reguladora anteriormente sugerida, a Ragazza dir-nos-ia com o mesmo que responde à leitora:

“Claro que não! As fantasias não passam disso mesmo: de fantasias. O facto de sonhares com situações que consideras estranhas não significa que as queiras pôr em prática na vida real. A verdade é que se trata de um mecanismo do cérebro que nos permite realizar acções que conscientemente não faríamos porque são proibidas ou mal vistas, e que nós próprias nos auto-censuramos. No entanto, ter fantasias não só é normal, como tem imensos benefícios: fomentam a nossa auto-estima – porque nas fantasias tudo é perfeito... –, excitam-nos e aumentam o apetite sexual. Mas cuidado para não baseares o teu prazer exclusivamente nas fantasias ou então sim, terás um problema!”

Importa-nos aqui salientar a forma como este texto invisibiliza a homossexualidade em todo o seu discurso, suprimindo-a do seu espaço de representação. Uma jovem lésbica ou bissexual, ao ler esta resposta, pode ver toda a supressão cultural do seu desejo traduzida num “mecanismo do cérebro”. É esta “verdade” biológica que articula a evidente ambivalência discursiva do texto, já que “permite **realizar acções**”, as quais, contraditoriamente, “**não faríamos**”. Novamente, o desejo sexual é simbolicamente remetido para o plano *pensado* e a fantasia, aqui associada ao *sonho*, limitada a um reduto de sublimações. O *sonho* (o desejo), enquanto materialização discursiva de certas “fantasias” (transgressões), é sugerido como o oposto da “vida real”, reafirmando a relação dicotómica entre “**ter fantasias**” e “**pôr em prática**”. Os eventuais medos desta leitora face ao “*estranho*” são normalizados (“é normal”) e não desconstruídos. Recorrendo ao útil construto de Sue Jackson (2005b), o desejo é constantemente *feito e desfeito* ao longo desta resposta, reforçando a problematização da vida sexual (“*mas cuidado*”) e não o seu esclarecimento.

A materialização de “verdades” através da repetição do seu discurso constitui uma mecânica fundamental

de toda a ideologia *massmediática*. Do mesmo modo, a Ragazza sistematicamente reproduz a monocórdica rede de significados e de linguagens com que tenta promover cumplicidades com o seu público. Por exemplo, um ano antes da edição do “Especial Orgasmo”, as mesmas construções discursivas apareciam já num Especial dedicado ao cérebro (Ragazza, Março 2006, pp.68-70), onde é anunciado: “(...) *Aqui tens a radiografia mais completa da tua (e da sua) mente sexual. Descobre-a!*” (p.69). Nesta “radiografia”, voltamos a encontrar a “mente” separada do corpo e o cérebro imperativamente associado ao prazer sexual: “*Nem o clítoris nem o ponto G. O teu órgão sexual por excelência é... o teu cérebro! E se não acreditas, é por isso que estamos aqui*” (p.68). Deparamo-nos novamente com as contradições de uma sexualidade *pensada* (Jackson & Cram 2003), refugiada no “cérebro”, ao mesmo tempo que é reafirmada (pela negativa) a centralidade da genitália na produção de prazer, em detrimento da descoberta sexual da totalidade do corpo (Preciado, 2002). De forma sobejamente acrítica, a Ragazza faz acreditar que o cérebro, tal como o orgasmo, “**TAMBÉM TEM SEXO MASCULINO E FEMININO**” (p.69), interpelando-nos até com uma conhecida retórica sexista: “*Alguma vez te perguntaste porque é que os rapazes e as raparigas se destacam em áreas diferentes?*”. Este cérebro “sexualizado” funciona assim como garante ideológico de certas “verdades” sobre a “mente”, as mesmas que naturalizam descrições sexistas e desigualdades socioprofissionais na sociedade portuguesa. Os papéis de género são deste modo desligados das relações de poder e “conectados” ao cérebro, sendo a sua permanência no nosso quotidiano então “explicada” através de um reportório biologicista sobre os hemisférios cerebrais que nos escusamos aqui de citar. De resto, as mesmas construções discursivas que discutimos anteriormente em torno das fantasias “femininas” e “masculinas”, as quais celebram o padrão heterossexual duplo, são reproduzidas neste “Especial” exactamente do mesmo modo, nomeadamente: “*Os três hits das nossas fantasias são: ter relações com um ex, com outra rapariga ou em público*” (p.70).

Como temos vindo a demonstrar, o discurso da Ragazza é organizado através de tecnologias textuais apoiadas no formato *pergunta-e-resposta* – um estilo que claramente caracteriza este tipo de imprensa juvenil (Currie, 2001) – e sistematicamente enredado numa retórica de *revelação*. Tal estratégia interpelativa aparece extensivamente reproduzida por toda a revista,

DEPOIS DE EXPERIMENTAR NUVARING® ELA NUNCA MAIS VOLTOU ATRÁS



**DOSE BAIXA
E CONTÍNUA DE HORMONAS**
Nuvaring® liberta a baixa dose
de 15mcg de etinilestradiol
e 120mcg de etonogestrel por dia

BOM CONTROLO DE CICLO¹

**MENOR PROBABILIDADE
DE ESQUECIMENTOS
1 X POR MÊS**

NUVARING® 
(etonogestrel/ etinilestradiol / anel vaginal)
liberta 0,120mg/ 0,015mg por dia

all around satisfaction*

INFORMAÇÕES COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do Medicamento e Forma Farmacéutica NuvaRing, 0,120 mg/0,015 mg, sistema de libertação vaginal. **Composição Qualitativa e Quantitativa** NuvaRing contém 11,7 mg de etonogestrel e 2,7 mg de etinilestradiol. O anel liberta 0,120 mg de etonogestrel e 0,015 mg de etinilestradiol por 24 horas, durante um período de 3 semanas. **Indicações terapêuticas** Contraceção. **Posologia e modo de administração** NuvaRing pode ser inserido na vagina pela própria mulher. Uma vez inserido, NuvaRing deverá permanecer na vagina continuamente durante 3 semanas e deverá ser retirado após 3 semanas de uso, no mesmo dia da semana em que foi inserido. Após um intervalo de tempo de 1 semana sem anel, deverá ser colocado um novo anel. **Contra-indicações** Trombose venosa actual ou nos antecedentes, trombose arterial actual ou nos antecedentes ou sinais prodrómicos de trombose, predisposição conhecida para trombose venosa ou arterial, história de enxaqueca com sintomas neurológicos focais, diabetes mellitus com envolvimento vascular, factor grave ou de múltiplos factores de risco de trombose venosa ou arterial, história de pancreatite actual ou no passado se associada a hipertrigliceridemia grave, presença ou antecedentes de doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado aos valores normais, presença ou antecedentes de tumores hepáticos (benignos ou malignos), patologia maligna ou suspeita de situações malignas dos órgãos genitais ou da mama sensíveis aos esteróides sexuais, hemorragia vaginal não diagnosticada, hipersensibilidade. **Advertências e precauções especiais de utilização** Patologia circulatória, tumores, outras situações (ex: hipertrigliceridemia, hipertensão persistente, alterações agudas ou crónicas da função hepática, agravamento da doença de Crohn e de colite ulcerosa, cloasma). Durante a utilização de NuvaRing, poderá ocorrer ocasionalmente vaginite. Antes de se iniciar ou reinstaurar a utilização de NuvaRing, deverá ser feita uma história clínica completa da mulher e deverá ser excluída a existência de gravidez. As mulheres deverão ser informadas de que NuvaRing não protege contra as infeções por HIV (SIDA) e outras DST. A eficácia de NuvaRing pode diminuir em caso de desvio ao esquema posológico recomendado ou devido a medicação concomitante. Durante o uso de NuvaRing podem ocorrer perdas hemorrágicas irregulares (sangramentos ou hemorragias intracíclicas). Se as hemorragias irregulares ocorrerem após ciclos menstruais regulares e se NuvaRing estiver a ser utilizado de acordo com o esquema posológico recomendado, deve-se ter em atenção a causas não hormonais e tomadas as medidas necessárias para excluir uma neoplasia ou gravidez. Muito raramente, foi comunicada a ocorrência da abertura do anel de NuvaRing durante a sua utilização. Têm sido relatados casos em que NuvaRing foi expelido, por exemplo, devido ao facto de NuvaRing não ter sido colocado correctamente, durante a remoção de um tampão, durante a relação sexual ou em casos de obstipação grave ou crónica. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Indutores das enzimas microsossomais (p. ex. fenitoína, fenobarbital, primidona, carbamazepina, rifampicina e, possivelmente, também a oxcarbamazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva de S. João). Foram também mencionadas falhas contraceptivas com antibióticos, tais como penicilinas e tetraciclina. Com base em dados farmacocinéticos, é pouco provável que os antimicóticos e espermicidas administrados por via vaginal afectem a eficácia contraceptiva e a segurança de NuvaRing. Durante o uso concomitante de óvulos antimicóticos, a possibilidade de abertura do anel poderá ser ligeiramente maior. As concentrações plasmáticas e tissulares destes podem estar aumentadas (p. ex. ciclosporina) ou diminuídas (p. ex. lamotrigina). Os dados de farmacocinética mostram que o uso de tampões não tem efeito na absorção sistémica das hormonas libertadas pelo NuvaRing. **Efeitos indesejáveis** Vaginite, cervicite, cistite, infeção do tracto urinário, fibroadenoma da mama, hipersensibilidade, depressão, instabilidade emocional, diminuição da libido, ansiedade, cefaleia, enxaqueca, tonturas, dor abdominal, náuseas, diarreia, vômitos, distensão abdominal, acne, exatema, urticária, dor lombar, dor pélvica, mastalgia, sensação de corpo estranho na vagina, dismenorria, corrimento e desconforto vaginal, prurido genital, fadiga, aumento de peso, expulsão do anel, desconforto devido ao anel. **Data de Revisão do Texto** Março 2007. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento não compartilhado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.**

(1) Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Diemen TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasin etonogestrel and ethinyl oestradiol. Hum Reprod 2001; 16: 469-75

*centrado na satisfação

Titular de AIM: ORGANON PORTUGUESA LDA.

Distribuidor: Schering-Plough Farma Lda.

Rua Agualva dos Açores, 16 . 2735-557 Agualva - Cacém . T. 214 339 300 | F. 214 321 097 | NIF 500 700 907

 Schering-Plough

redistribuindo por diferentes aparatos informativos a mesma ideologia de regulação identitária: o que é – ou o que deve ser – uma “ragazza”. Este formato mecaniza a concepção institucionalizada de “adolescência” que a revista promove, na qual é socialmente esperado que cada jovem procure compulsivamente descobrir os “mistérios” reguladores de uma vida (hetero)sexual adulta, instruindo-se assim sobre o “sexo” e reproduzindo a sua normativa condição de *natureza* (Griffin, 2000; Rich, 1980). Neste sentido, as revistas como a *Ragazza* dependem comercialmente das “naturais” curiosidades “adolescentes” sobre a sexualidade, cuja normalização contribui potencialmente para maquiular a ausência de políticas responsáveis de educação na nossa sociedade. Afinal, neste ramo da indústria do

“sexo” (entendido como regime hegemónico de representação), as agendas editoriais são com certeza ditadas pelas políticas de representação da “adolescência” que melhor servirem o lucro (Jackson, 2005b). Consideramos assim urgente desconstruir a mecânica de poder dos média junto da população juvenil (nas escolas, em casa) e reler criticamente os seus conteúdos com ela, pelo que se impõem estudos continuados nesta área. Acreditamos também que um projecto de educação para a saúde sexual e reprodutiva das jovens portuguesas, livre de discursos de negativização da sua sexualidade, passa hoje, necessariamente, pela desconstrução de “verdades” mediatizadas que consomem. Desconstruir para reeducar, é tão simplesmente o que queremos deixar proposto. x

REFERÊNCIAS:

- Attwood, F. (2006). Sexed up: Theorizing the sexualization of culture. *Sexualities*, 9 (77), 77-94.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. New York and London: Routledge.
- Cacchioni, T. (2007). Heterosexuality and ‘the labour of love’: A contribution to recent debates on female sexual dysfunction. *Sexualities*, 10 (3), 299-320.
- Connell, R. W. (1987). *Gender and Power: Society, the person and sexual politics*. Cambridge: Polity Press.
- Currie, D. (2001). Dear Abby: Advice pages as a site for the operation of power. *Feminist Theory*, 2 (3), 259-281.
- De Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender*. Bloomington: Indiana University Press.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. Petrópolis: Editora Vozes. (Original publicado em 1975)
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Lisboa: Relógio D’Água Editores. (Original:1976)
- Gill, R. (2003). From sexual objectification to sexual subjectification: The resexualization of women’s bodies in the media. *Feminist Media Studies*, 3 (1), 100-106.
- Gill, R. (2007). Postfeminist media culture: Elements of sensibility. *European Journal of Cultural Studies*, 10 (2), 147-166.
- Gill, R. (2008). Empowerment/sexism: Figuring female sexual agency in contemporary advertising. *Feminism & Psychology*, 18 (1), 33-60.
- Gonick, M. (2004). The ‘mean girl’ crisis: Problematizing representations of girls’ friendships. *Feminism & Psychology*, 14 (3), 395-400.
- Griffin, C. (2000). Absences that matter: Constructions of sexuality in studies of young women’s friendships. *Feminism & Psychology*, 10 (2), 227-245.
- Haraway, D. (1991). Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. In Donna Haraway (Org.), *Symians, cyborgs and women: the reinvention of nature* (pp. 183-201). London and New York: Routledge.
- Hartley, H. (2006). The ‘pinking’ of Viagra culture: Drug industry efforts to create and repackage sex drugs for women. *Sexualities*, 9 (3), 363-378.
- Hird, M. J. (2004). *Sex, gender and science*. Hampshire: Palgrave.
- Jackson, S. & Cram, F. (2003). Disrupting the sexual double standard: Young women’s talk about heterosexuality. *The British Journal of Social Psychology*, 42, 113-127.
- Jackson, S. (2005a). ‘Dear girlfriend...’: Constructions of sexual health problems and sexual identities in letters to a teenage magazine. *Sexualities*, 8 (3), 282-305.
- Jackson, S. (2005b). ‘I’m 15 and desperate for sex: ‘Doing’ and ‘undoing’ desire in letters to a teenage magazine. *Feminism & Psychology*, 15 (3), 295-313.
- Lamb, S. (2004). Sexual tensions in girl’s friendships. *Feminism & Psychology*, 14 (3), 376-382.
- McNair, B. (2002). *Striptease culture: Sex, media and the democratization of desire*. London and New York: Routledge.
- Preciado, B. (2004, May). Multitudes Queer: Notas para una política de los «anormales». *Multitudes*, 12 (Compléments), 2004. Retrieved in March 12, 2008, from <http://multitudes.samizdat.net/spip.php?article1465>.
- Rich, A. (1980). Compulsory heterosexuality and lesbian existence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 5 (4), 631-660.
- Simon, W. (1996). *Postmodern sexualities*. London: Routledge.
- Tiefer, L. (2000). Sexology and the pharmaceutical industry: the threat of co-optation. *Journal of Sex Research*, 37, 273-283.
- Tiefer, L. (2004). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, CO: Westview Press.
- Wittig, M. (1980). *The straight mind and other essays*. Boston: Beacon Press.

Carta de Princípios para uma Parentalidade Positiva*

Conselho Consultivo das Famílias Grupo Trabalho Parentalidade Positiva

CONSIDERANDO:

- A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança ratificada por Portugal e cujos princípios base devem guiar sempre a educação das crianças;
- Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, na sua resolução 217-A (III), de 10 de Dezembro de 1948, Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- A Convenção para a Protecção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa (STE n.º 5), que protege os direitos de todos os Seres Humanos, incluindo os das Crianças;
- A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), onde se reconhece expressamente os direitos da criança;
- A Constituição da República Portuguesa, nos seus Artigos 16.º, 36.º e 67.º a 70.º;
- A Carta Social Europeia (STE n.º 35) e a Carta Social Europeia revista (STE n.º 163), que estabelece, no seu Artigo 16.º, que “a família, enquanto célula fundamental da Sociedade tem direito à protecção social, jurídica e económica apropriada para garantir o seu pleno desenvolvimento”;
- A Convenção Europeia sobre o Exercício dos Direitos das Crianças (STE n.º 160);
- A Convenção sobre as Relações Pessoais relativas às Crianças (STE n.º 192);
- O Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE), plano de acção europeu sobre ambiente e saúde para as crianças, adoptado em 2004 na IV Conferência de Ministros do Ambiente e da Saúde;
- As Recomendações do Comité de Ministros do Conselho da Europa aos Estados Membros:
 - Recomendação R (84) 4 relativa às responsabilidades parentais;
 - Recomendação R (85) 4 sobre a violência na família;
 - Recomendação R (87) 6 sobre famílias de acolhimento;
 - Recomendação R (94) 14 sobre políticas de família coerentes e integradas;
 - Recomendação R (96) 5 sobre a conciliação entre vida profissional e familiar;
 - Recomendação R (97) 4 sobre os meios de assegurar e de promover a saúde das famílias monoparentais;
 - Recomendação R (98) 8 sobre a participação das crianças na vida familiar e social;
 - Recomendação Rec (2005) 5 relativa aos direitos das crianças que vivem em Instituições;
 - Recomendação Rec (2006) 5 sobre o Plano de Acção da Europa para a promoção dos direitos e da

* Aprovada em reunião plenária de 17.11.2008

plena participação das pessoas com deficiência na sociedade: melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência na Europa 2006-2015;

- Recomendação Rec (2006) 19 relativa às políticas de apoio à parentalidade positiva.

- As Recomendações da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa:

- Recomendação 751 (1975) relativa à situação e às responsabilidades dos pais na família moderna e o papel da sociedade neste domínio;
- Recomendação 1074 (1988) relativa à política da família;
- Recomendação 1121 (1990) relativa aos direitos das crianças;
- Recomendação 1286 (1996) seguimento da Estratégia Europeia para as Crianças;
- Recomendação 1443 (2000) sobre o respeito dos direitos da criança na adopção internacional;
- Recomendação 1501 (2001) sobre a responsabilidade dos pais e dos professores na educação das crianças;
- Recomendação 1551 (2002) - Construir no Século XXI uma sociedade com e para as crianças;
- Recomendação 1601 (2003) - Melhorar a qualidade de vida e reduzir o número de crianças abandonadas nas Instituições;
- Recomendação 1639 (2003) sobre Mediação Familiar e Igualdade de Sexos;
- Recomendação 1666 (2004) sobre a proibição dos castigos corporais nas crianças na Europa;
- Recomendação 1698 (2005) relativa aos Direitos das Crianças em Instituições

- O compromisso assumido na 3.^a Cimeira de Chefes de Estado e do Governo do Conselho da Europa (Varsóvia, Polónia, Maio de 2005) de respeitar plenamente as obrigações da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de promoverem efectivamente estes Direitos e de adoptarem medidas especiais para erradicar todas as formas de violência sobre as crianças;

- O Comunicado Final e a Declaração Política resultante da XXVIII Conferência dos Ministros Europeus responsáveis pelos assuntos da família, (Lisboa, Portugal, 16-17 de Maio de 2006) onde se reconhece que a parentalidade deve ser considerada igualmente relevante no domínio das políticas públicas e que todas as medidas necessárias devem ser adoptadas para apoiar a parentalidade e criar condições necessárias

ao exercício de uma parentalidade positiva, comprometendo-se a promover e prosseguir uma política comum no domínio dos assuntos familiares e dos direitos da criança no seio do Conselho da Europa;

- O Programa: “Construir uma Europa para e com as Crianças”, lançado no Mónaco em 4 e 5 de Abril de 2006;

- As prioridades definidas pelo XVII Governo Constitucional que reconhece o contributo imprescindível das famílias para a coesão, o equilíbrio social e o desenvolvimento sustentável do nosso País e assumiu a necessidade da definição de políticas públicas de apoio às famílias e à criança assentes no princípio da primazia dos direitos humanos;

- O III Plano Nacional para a Igualdade - Cidadania e Género (2007-2010) que tem, nomeadamente por objectivos, a promoção da maternidade e da paternidade responsáveis, da conciliação entre a actividade profissional, vida familiar e pessoal, da integração da dimensão de género na formação e na qualificação profissional dos diversos agentes de educação e formação bem como na educação formal e não formal, e a promoção de um ambiente favorável à integração da igualdade de género no domínio da administração da Justiça;

- O III Plano Nacional Contra a Violência Doméstica (2007-2010) que tem por objectivos, designadamente, a sensibilização das famílias sobre a necessidade de adoptarem estratégias educativas alternativas à violência, através de uma melhor comunicação intra-familiar que facilite a adopção de novos códigos de disciplina parental;

e considerando que para efeitos da aplicação da presente Carta de Princípios, se entende que:

“**Crianças**” designa crianças e jovens menores de 18 anos;

“**Pais**” designa pai e/ou mãe bem como outras pessoas titulares da autoridade e da responsabilidade parental;

“**Parentalidade**” integra o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidar e educar as suas crianças. A Parentalidade centra-se na relação pais-filhos e integra direitos e deveres para o desenvolvimento e auto-valorização das crianças;

“Parentalidade Positiva” refere-se a um comportamento parental fundado no respeito pelos direitos da criança que visa assegurar a satisfação das necessidades básicas através da protecção dos riscos e a criação de um ambiente que promova o seu desenvolvimento harmonioso, valorize a sua individualidade (e especificidade) e autonomia.

1. FUNDAMENTAÇÃO

As famílias são um espaço fundamental de aprendizagem, experimentação e de reforço da coesão social. Contribuindo, de forma decisiva, para o desenvolvimento das crianças e para a sua socialização, o papel social das famílias reveste-se de extrema importância.

As famílias continuam a ser a instituição com o papel de transmitir valores e comportamentos, espaço de segurança e protecção para os seus elementos.

As famílias não dependem apenas de factores internos mas igualmente da influência do contexto social, económico e cultural, dado que os novos estilos de vida trouxeram para a sua existência uma nova preocupação – o cuidado das crianças.

A Carta Social Europeia do Conselho da Europa, consagra que as famílias têm direito a uma protecção social, jurídica e económica para que possa desenvolver-se plenamente.

No direito internacional, desde a Declaração dos Direitos da Criança em 1959, o interesse do menor tornou-se um princípio fundamental no qual se inspiraram as legislações nacionais, encontrando este princípio um posterior alargamento do âmbito da sua aplicação com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança de 1989.

Nos próprios termos da Constituição da República Portuguesa, o Estado deve promover, fomentar e incentivar o desenvolvimento de uma política que proteja e valorize as famílias e que possibilite a realização pessoal dos seus membros, baseada no respeito pela identidade e autonomia das famílias.

A parentalidade é porventura uma das tarefas mais desafiantes da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais das vidas dos filhos, estando os seus componentes ou sejam, os comportamentos, as cognições e os afectos filiais, intrinsecamente ligados entre si.

A parentalidade positiva confere uma enorme responsabilidade no respeito pela dignidade e direitos das crianças, cabendo aos pais assegurar um ambiente familiar acolhedor, seguro, de responsabilidade e de empenho mútuo por parte de todos os membros da família, bem como de aprendizagem positiva e de disponibilidade para com a criança, utilizando uma disciplina assertiva. Devem ainda procurar garantir as condições necessárias ao exercício da sua missão enquanto progenitores, na educação e no desenvolvimento das suas crianças.

Como está consagrado na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, a criança tem direito ao bem-estar, à protecção, à segurança e a uma educação que respeite a sua individualidade. Neste contexto, torna-se necessária uma nova atitude no relacionamento dos pais com os filhos bem como novas exigências no exercício das responsabilidades parentais. Uma atitude que reconheça a criança como pessoa que tem necessidades e opiniões, que a estruture e responsabilize, que a valorize ajudando-a a adquirir autoestima, promovendo o seu bem-estar.

Esta Convenção, da mesma forma que impõe obrigações aos pais estabelece os deveres por parte dos poderes públicos e da comunidade no apoio às famílias.

Existe um crescente interesse, a nível da União Europeia, pelas políticas de apoio à criança e às famílias, bem como uma maior disposição para um envolvimento institucional em áreas tradicionalmente encaradas como pertencentes ao domínio privado dos indivíduos. Esse interesse abrange a promoção de programas que criem condições de inclusão para as crianças e suas famílias e, ainda, o desenvolvimento de medidas promotoras de uma parentalidade positiva.

Este clima de mudança foi potenciado pela persistência de níveis inaceitáveis de pobreza infantil na Europa e pela preocupação em quebrar o ciclo de pobreza entre gerações.

O Conselho da Europa promoveu a Conferência de Lisboa intitulada *“Changes in Parenting: Children Today, Parents Tomorrow”* que se realizou de 15 a 17 de Maio de 2006 e cuja lógica reside na ideia de promover uma Europa amiga das famílias e orientada para as crianças. Esta Conferência adoptou como um

dos objectivos principais, a promoção do desenvolvimento da parentalidade positiva, ou seja, o desenvolvimento de relações positivas entre pais e filhos, a fim de otimizar todo o potencial de crescimento de uma criança.

No campo da parentalidade positiva, o Conselho da Europa considerou que uma educação não violenta é uma verdadeira questão dos Direitos do Homem, entendendo como essencial que os Estados garantam os Direitos das Crianças enquanto indivíduos redefinindo não só o lugar das crianças na sociedade como a própria relação entre pais e filhos. Foi acordado que o conceito de parentalidade positiva engloba a necessidade de abolição dos castigos corporais e a protecção contra todas as formas de violência, incluindo o abuso de crianças no seio das próprias famílias, salientando que não só os Estados têm responsabilidade neste domínio mas que igualmente recaem responsabilidades sobre as próprias famílias e todos os membros da comunidade.

O reconhecimento legal de uma relação de filiação constitui-se como o primeiro passo para estabelecer os direitos das crianças e as responsabilidades dos pais, que vão muito além dos aspectos básicos, nomeadamente, o de proporcionar um ambiente de crescimento afectuoso, seguro, estimulante e moralmente adequado, de modo a criar cidadãos responsáveis, num quadro de valores e de princípios adequados, sendo esta responsabilidade repartida por ambos os pais.

Sabendo-se que constituem aspectos protectores aqueles que tornam as famílias menos vulneráveis, promovendo a qualidade de vida dos seus membros, os pais devem assegurar factores protectores individuais, familiares e sociais de suporte, como sejam:

Factores Protectores Individuais

- Actividade física
- Auto-confiança
- Boas competências de comunicação
- Boas competências de resolução de problemas
- Desenvolvimento sensório-motor e de linguagem adequados
- Adequada compreensão e boas competências verbais, de escrita e de leitura
- Capacidade de captar a atenção de quem cuida
- Flexibilidade
- Capacidade de gerir as emoções
- Procura de contacto

Factores Protectores Familiares

- Adequado estabelecimento de regras e estruturação
- Comunicação franca e aberta
- Ampla atenção do prestador de cuidados no primeiro ano de vida
- Coesão familiar
- Ausência de conflito parental
- Pais confiantes e positivos
- Bom relacionamento com a família alargada
- Meio familiar apoiante, securizante e protector
- Ambiente físico adaptado, saudável e seguro.

Factores Protectores Sociais de Suporte

- Adulto próximo com quem partilhar experiências
- Companheiros e amigos que dêem apoio
- Bons cuidados prestados por terceiros (Instituições, escola, etc.)
- Dedicção a uma causa
- Integração religiosa, cultural, social e desportiva
- Figura de suporte e modelo de identificação
- Fontes informais de suporte (professores, vizinhos, religiosos, entre outros)
- Reconhecimento positivo das suas actividades
- Ambiente social seguro

Na Recomendação do Conselho da Europa de 13-12-2006 sobre parentalidade positiva propunha-se o reconhecimento das responsabilidades parentais e a necessidade de proporcionar aos pais o suporte adequado para que estes as possam cumprir plenamente.

Este documento define como conteúdo da parentalidade positiva:

- a) Comportamento parental baseado no superior interesse das crianças;
- b) Parentalidade orientada para um desenvolvimento integral e equilibrado das crianças, proporcionando-lhes todos os instrumentos necessários no sentido de que estas se venham a tornar adultos socialmente integrados e responsáveis;
- c) Comportamento parental afectuoso e não violento, proporcionando um apoio adequado às crianças e o reconhecimento do seu valor, das suas capacidades, das suas necessidades, bem como a efectiva promoção dos seus direitos;

d) Criação de metas, orientações e objectivos conducentes a potenciar o pleno desenvolvimento da criança, estimulando e maximizando todas as suas aptidões e capacidades.

2. PRINCÍPIOS PARA UMA PARENTALIDADE POSITIVA

O apoio e protecção que a sociedade e o Estado devem prestar aos pais e às famílias traduzem-se em políticas e medidas de apoio à parentalidade subordinadas aos seguintes princípios:

1. Reconhecer todas as crianças e todos os pais como titulares de Direitos e sujeitos a obrigações;
2. Reconhecer os pais como primeiros e principais responsáveis pela criança devendo respeitá-la de acordo com os seus direitos. Cabe ao Estado intervir para proteger a criança na promoção dos seus direitos;
3. Reconhecer como positiva e necessária a cooperação entre os pais e outros agentes de socialização das crianças, nomeadamente o próprio Estado;
4. Assegurar que os pais e as crianças sejam envolvidos na elaboração e aplicação das políticas e medidas que lhes são destinadas;
5. Promover a igualdade de oportunidades de ambos os progenitores no exercício da parentalidade positiva, no respeito da sua complementaridade;
6. Reconhecer a necessidade de condições de vida que permitam aos pais a sua realização pessoal e que sejam adequadas ao exercício da parentalidade positiva, nomeadamente a independência social e económica e o acesso aos bens e equipamentos de apoio às famílias;
7. Respeitar as diferentes formas de parentalidade e de situações parentais através de uma abordagem pluralista;
8. Reforçar a parentalidade positiva através de mecanismos incentivadores que aproveitem o potencial natural dos pais;
9. Conceber os mecanismos de reforço à parentalidade positiva numa perspectiva de longo prazo de forma a garantir a sua sustentabilidade;

10. Garantir redes adequadas de apoio à parentalidade positiva com padrões de qualidade reconhecidos e imparciais e segundo este conjunto de princípios comuns aos diversos níveis de actuação;

11. Assegurar uma cooperação intersectorial aos diversos níveis iniciando e coordenando neste domínio as acções dos diferentes agentes envolvidos, com o fim de aplicar uma política global e coerente;

12. Promover a cooperação internacional e facilitar a troca de conhecimentos, experiências e boas práticas em matéria de parentalidade positiva

3. RECOMENDAÇÕES

3.1 – COMPROMISSO

Os pais devem comprometer-se a proporcionar cuidados e atenção regular e personalizada às suas crianças. É imprescindível que pai e mãe, no exercício activo de uma parentalidade positiva, desenvolvam uma rotina diária da interacção focalizada em cada um dos seus filhos, dado que a qualidade do tempo individual é o que lhes confere a sensação de serem especiais, valorizadas interiormente e com elevada auto-estima, dentro de um quadro de valores e princípios conducente a tornarem-se cidadãos socialmente válidos e responsáveis.

3.2 – DISCIPLINA ASSERTIVA

Os pais devem educar as suas crianças aplicando uma disciplina assertiva, compreensiva e compassiva, sem violência de qualquer tipo, contribuindo, através deste exercício positivo da parentalidade, para que estes se tornem adultos emocionalmente saudáveis, cooperantes, sociáveis e responsáveis e incutindo nos filhos maneiras construtivas de lidar com o conflito humano, sem degenerar em comportamentos agressivos e violentos.

3.3 – AMBIENTE EMOCIONAL

Os pais devem assegurar às suas crianças um ambiente de reconhecimento e apreço, porque são as expressões parentais do amor e do entusiasmo que fornecem a nutrição emocional vital para o desenvolvimento saudável das crianças, nomeadamente para o desenvolvimento da auto-estima e do amor-próprio, e para a estimulação do desenvolvimento intelectual.

As crianças constroem a sua auto-imagem, em larga medida, a partir da percepção que têm dos sentimentos dos seus pais para com elas, pelo que o facto de os pais elogiarem e apreciarem os esforços dos filhos quando estes têm sucesso e quando falham, dá origem a um poderoso reforço do carácter, da auto-motivação e traz-lhes a alegria de realização.

Todas as formas de violência física e verbal assim como a negligência, que é igualmente uma forma de violência, devem ser excluídas do exercício de uma parentalidade positiva pois são profundamente traumáticas para os filhos e colocam em causa o princípio fundamental de que a criança precisa de ser aceite e amada.

3.4 – AMBIENTE FÍSICO

Os pais devem promover um ambiente físico saudável e organizado que garanta as condições de segurança e de salubridade necessárias ao desenvolvimento integral da criança, permitindo-lhe explorar, experimentar, de maneira lúdica e agradável, cada espaço, sem riscos ou perigos para sua saúde física ou mental.

O ambiente físico é representado por tudo aquilo que a criança tem ao alcance dos seus sentidos materiais, para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso, desde os objectos que manuseia, até as características visuais e os ruídos.

Assim e para um bom desenvolvimento, é importante que o meio físico favoreça a liberdade de movimento e de expressão das crianças, que elas se sintam à vontade para o trabalho, o estudo, a pesquisa, o jogo, a brincadeira e a descoberta.

3.5 – SENTIDO DE INCLUSÃO NA FAMÍLIA

É muito importante que os pais assegurem às crianças um sentido de inclusão na família, pois esse sentimento de pertença ao núcleo familiar permitirá às crianças exercer o direito de participação na vida familiar, sendo escutadas e expressando os seus pontos de vista.

3.6 – CONFIANÇA MÚTUA

Ambos, pais e criança, se devem olhar mutuamente como seres humanos e criar uma relação de proximidade.

Neste contexto, os pais devem considerar que toda a confiança deve ser mútua e que a criança precisa de manifestações de confiança, nomeadamente no reconhecimento e respeito da sua esfera particular.

Em todos os momentos, deverá ser procurado um clima de amizade que favoreça o diálogo e a entre-ajuda.

3.7 – EXEMPLOS POSITIVOS

Os pais deverão constituir-se como modelos emocionais positivos para as crianças, transmitindo aos seus filhos pensamentos e comportamentos emocionalmente saudáveis.

Deverão assim pautar o seu comportamento e atitudes por padrões morais, éticos, profissionais, humanos, familiares e culturais ao nível mais elevado possível, a fim de se constituírem como um exemplo irrepreensível para os seus filhos.

3.8 – ORIENTAÇÃO E INSTRUÇÃO

Os pais devem desenvolver permanentemente as suas competências parentais com o objectivo de poderem definir objectivos motivadores para as suas crianças, no sentido de promover a sua progressiva autonomia e responsabilização.

Exige um cuidado especial introduzir uma nova tarefa ou responsabilidade para a criança, a fim de evitar a sua desmotivação. Constitui um estímulo para a criança aprender com o seu próprio esforço. Cada nova realização é um passo em frente.

Torna-se essencial que os pais promovam a auto-motivação da criança e a sua satisfação interior através da realização dos objectivos bem como do encorajamento e do elogio.

Nas suas práticas educativas devem, também, promover os valores inerentes à cidadania, designadamente a igualdade de oportunidades.

4. DISPOSIÇÃO FINAL

Esta Carta de Princípios deverá ser revista ao fim de cinco anos e as alterações à mesma são da competência do Conselho Consultivo das Famílias. **X**

Fazer ondas

A adolescência e o sexo

Dominique Roynet [GACEHPA- Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant des Avortments" - Bruxelas/Bélgica]

Antes de começar a ler este artigo, pedimos ao leitor que levante a cabeça durante alguns minutos para se lembrar da/do adolescente que ela/ele foi...

As relações com os pais, os amigos, os *flirts* ; o longo caminho das pulsões nas primeiras vezes ; o primeiro beijo com a língua ; dos sonhos às decepções ; os riscos corridos, as mentiras culpabilizantes..., este exercício pode levar mais do que alguns minutos.

Contudo, este esforço de memória introspectivo é necessário ao adulto desejoso de ajudar um adolescente.

A ADOLESCÊNCIA

Durante este período de metamorfose entre a criança e o adulto¹, o desafio será a descoberta e depois a afirmação da sua identidade própria e o caminho em direcção à autonomia.

Este período de grande vulnerabilidade psíquica é acompanhado de uma sexualização do corpo (ejaculação, menstruação, masturbação, passagem ao acto sexual) e de uma sexualização dos laços.

Observamos frequentemente:

- Conflitos com a família, os pais, os adultos;
- Comportamentos de vida 'acima das suas possibilidades' (das suas possibilidades materiais, financeiras, psicológicas, sociais);
- uma "delinquência" não necessariamente patológica (quem não 'gamou' numa grande superfície);

- efeitos depressivos não necessariamente patológicos (melancolia – retirada – mutismo – mau humor) (5 a 7 ou 10% dos adolescentes estão realmente deprimidos);
- medo de certos laços que se tornaram sexuais (e o seu evitamento nomeadamente com os pais);
- comportamentos aditivos (droga – sexo – alimentação);
- um enfraquecimento do eu, uma perda de confiança algumas vezes com uma raiva narcísica;
- ligações amorosas cada vez mais intensas;
- compromissos românticos (por uma causa, um movimento social, político,...).

A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Comporta evidentemente uma dimensão cultural, religiosa, uma influência do grau de instrução, do estatuto social, das diferenças individuais ; mas globalmente podemos notar que na adolescência a actividade sexual é:

- difícil de abordar;
- entre a curiosidade, a pulsão, o desejo, a necessidade de se sentir seguro, a vontade de correr riscos;
- raramente completa no início;
- da ordem do imprevisto, raramente premeditada;
- só procura sensações agradáveis em 40% dos casos;
- no mal-entendido e o 'não dito' entre rapaz e rapariga;
- ocasional;
- raramente protegida na primeira vez.

Entre os 13 e os 21 anos, 40% dos jovens são sexualmente activos (50% utilizam regularmente um método contraceptivo).

(1) O adulto, outrora a versão cumprida da infância, tende actualmente a ser mais uma versão degenerada da juventude.

Apesar da ‘liberalização dos costumes’, da contracepção moderna, do acesso à interrupção voluntária da gravidez, da hipersexualização (incluindo o porno) da nossa sociedade contemporânea, a par de uma maior tolerância (resignação, demissão) dos pais, a idade média das primeiras relações sexuais variou muito pouco nas últimas décadas.

Em contrapartida, as idades das mulheres e dos homens aquando da primeira relação sexual aproximaram-se (+/- 17 anos). Apesar das experiências eróticas homossexuais frequentes na adolescência, a primeira relação é quase sempre heterossexual. O tempo de relacionamento antes da primeira relação sexual é relativamente elevado – 6 meses para as mulheres, 5 meses para os homens. Só 3% das jovens mulheres e 7% dos jovens homens declaram ter tido a sua primeira relação na semana do encontro.

A ou as primeiras vezes raramente deixam uma recordação agradável, vividas no medo (do desconhecido, de não estar à altura, de ser magoado, de magoar), estas primeiras vezes são muitas vezes acompanhadas de mal-entendidos, de não-ditos.

O rapaz conhece espontaneamente o orgasmo coital, a rapariga ficará desiludida com um prazer coital muitas vezes bem longe do orgasmo clitoriano conseguido com a masturbação ; cada um ignorando que a erotização vaginal necessita de uma aprendizagem.

Durante este período da adolescência, os três pilares da sexualidade – o género, o sexual (genital e fantasmado) e o relacional são frágeis. Os traumatismos do género (ataque da masculinidade ou da feminilidade), os traumatismos sexuais (abuso, incesto fantasmático

ou real, violação, desprezo...), ou os traumatismos da relação (rejeição, humilhação, abandono, desprezo...) podem ter consequências muito pesadas na saúde sexual do adulto em crescimento.

ADOLESCÊNCIA E PASSAGEM AO ACTO

Os sentimentos de não vulnerabilidade, as pulsões, a dificuldade em comunicar, a necessidade de provocar, de se opor, os mal-entendidos, os três D (Jean-Pierre Chartier): desafio-delito-recusa podem explicar comportamentos de ‘passagem ao acto’.

No domínio sexual, as consequências podem ser de natureza psico-afectiva (fracasso, humilhação, desprezo, violência real ou simbólica, induzida ou sofrida,...). As consequências podem igualmente ser físicas, particularmente com o surgimento de uma gravidez ou a contracção de uma infecção sexualmente transmissível.

ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ:

A gravidez de uma adolescente suscita sempre muita emoção e preocupações especialmente por parte dos adultos. Na realidade, são os pais, os professores, os intervenientes sociais ou judiciais, os agentes de saúde,... que discutem e opinam sobre o assunto ; são eles que reflectem sobre as estratégias de prevenção e que accionam as estruturas de ajuda e de acolhimento. As visadas, as próprias adolescentes, raramente são consultadas e elas mostram-se sobretudo surpreendidas quando alguém se interessa pela sua opinião. Se o problema suscita muita emoção e termina ocasionalmente num drama, a realidade dos números deveria relativizar a sua importância. Na Bélgica recenseamos

mais ou menos 1500 interrupções de gravidez em adolescentes com menos de 19 anos para mais ou menos 1000 nascimentos na mesma faixa etária por ano (estes números estão entre os mais baixos da Europa).

Entre as adolescentes grávidas, notamos uma importante proporção que vive uma autonomia prematura, muitas vezes não escolhida, forçada pelas situações da vida ou pelos acontecimentos familiares, autonomia para a qual elas não têm nem os meios materiais, nem os meios afectivos e/ou psicológicos. Observamos quase sempre nas suas histórias faltas : falta de pai, falta de família, falta de auto-estima, falta de comunicação, falta de respeito...

A sua escolaridade desenrola-se principalmente nas fileiras técnicas e profissionais ou de prática profissional.

ADOLESCÊNCIA E IVG:

A interrupção voluntária da gravidez nas adolescentes, sentida socialmente como um drama, raramente é vivida como tal pelas visadas. Preocupadas sobretudo com o regresso à normalidade e com a confidencialidade, o seu medo está essencialmente ligado ao desconhecido do exame ginecológico, da anestesia, ao medo da dor. O sofrimento psicológico é sem dúvida menor do que para as mulheres mais velhas (em idade de maternidade).

A gravidez pode ser o meio de se assegurar da sua capacidade de fecundação. Não falaremos, então, de gravidez não desejada, mas de maternidade não desejada.

ADOLESCÊNCIA E MATERNIDADE:

Na idade em que uma rapariga não é ainda uma mulher, algumas escolhem, ainda assim, serem mães.

Encontramos quase sempre uma das motivações a seguir enunciadas para prosseguir com a gravidez (motivações conscientes ou inconscientes):

- gravidez anti-depressiva
- gravidez desafio
- gravidez reparação – substituição
- gravidez repetição maternal
- gravidez valorização cultural
- gravidez alibi para uma ajuda da acção social, ajuda ao alojamento, escape à institucionalização e aos adultos repressivos,...
- verificação da sua fertilidade

Estas gravidezes são de risco médico (HTA – Pré-eclampsia – Cesariana – Anemia – IST associadas) e sobretudo psicossocial (44 % destas jovens mães são depressivas – observamos frequentemente imaturidade, conflitos com a mãe, fracassos, rupturas, violências).

Factores prognósticos positivos

- Sucesso escolar
- Alto nível sócio-económico
- Família intacta
- Presença parental forte
- Envolvimento num grupo de jovens estruturado
- Projecto de vida

Factores prognósticos negativos

- Pobreza
- Família monoparental
- Contexto violento ou abusivo
- Institucionalização
- Falta do pai
- Fraca auto-estima
- Solidão social
- Álcool, droga,...

CONTRACEPÇÃO:

É interessante observar que a maioria das jovens estão informadas sobre a contracepção, mas ignorantes sobre a sua realidade fisiológica (o corpo sexuado, os ciclos, a fecundidade máxima na adolescência...). Os seus conhecimentos são por vezes fragmentários ou incorrectos, mas elas contentam-se com eles. Temos o sentimento de que elas não chegam a apropriar-se das informações de que dispõem, a fazer delas a sua bagagem, os seus utensílios, a utilizá-las para a sua própria história.

Não sendo um artigo sobre contracepção, importa recordar os seguintes aspectos:

- A boa contracepção é aquela que a paciente deseja e não a que o médico prefere.
- As cinco causas evocadas no fracasso da pílula são:
 - Esquecimento – paragem
 - Retoma tardia
 - Falta de dinheiro
 - Problemas gastro-intestinais
 - Interações medicamentosas (anti-epiléptica...)
- Um bom aconselhamento é sempre necessário, a escolha de uma pílula barata é preferível, uma pílula monofásica doseada a 30 µ de EE mais segura que uma pílula doseada a 20 µ de EE e podemos aconselhar encurtar a espera entre 2 embalagens para 4 ou 5 dias ou propor uma toma em contínuo.
- O tabagismo na adolescente não é uma contra-indicação à pílula (ver recomendações da OMS).
- A nuliparidade não é uma contra-indicação ao dispositivo intra-uterino
- A última pílula « na moda » não é a melhor, mas sempre a mais cara.
- O preservativo é uma boa protecção contra as IST e um mau método contraceptivo.

A pílula contraceptiva é considerada como uma primeira escolha de contracepção para as adolescentes, contudo: as suas relações sexuais são ocasionais, elas

dormem raramente todos os dias no mesmo sítio, vivem de maneira muitas vezes impulsiva, têm muito medo do exame ginecológico, não têm sempre os meios financeiros...

Então a pílula contraceptiva ? É realmente uma primeira escolha de contracepção nesta faixa etária?

Os estudos mostram que há uma correlação entre uma vivência culpabilizada da sexualidade e o mau comportamento preventivo e contraceptivo.

ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Na adolescência, os conflitos com os adultos (pais) e os conflitos dos pais entre eles, a ausência de comunicação e a angústia do abandono são o território para a emergência de comportamentos aditivos (álcool – droga – jogos de vídeo – porno).

Violações colectivas, exhibições pornográficas, vídeos de exploração sexual difundidos nos telemóveis ou na net, tudo isto poderia dar uma representação social dos adolescentes como um grupo sexualmente violento ou até delinvente. Nada é mais falso.

O adolescente continua muito desejoso de ter sucesso na integração da sexualidade física e do amor (partilha de sentimentos, de prazer, necessidade de intimidade)... As expressões triviais contrastam com a angústia das primeiras vezes e dos comportamentos por vezes subversivos com um discurso muito convencional.

A mercantilização do sexo, o acesso à pornografia são uma realidade. É preciso lembrar que os primeiros consumidores são os adultos (e principalmente os homens). Um em cada dois homens e uma em cada cinco mulheres vêem pornografia regularmente. Quais são (serão) as consequências para as crianças e os adolescentes em particular ? Um instrumento de educação sexual, ou um encorajamento aos comportamentos perversos ?

Constatamos que os adolescentes « bem na sua pele » contornaram rapidamente a questão, eles dizem-nos : é engraçado, mas antes de tudo parvo, vulgar, sempre a mesma coisa. O perigo, como na maioria das vezes, respeita aos mais vulneráveis, aqueles que têm poucos recursos adultos ao seu redor, que vivem conflitos familiares, vítimas de uma ou outra forma de traumatismo.

Falar, comunicar em relação à sexualidade, evitar a negação, todos os adolescentes viram imagens pornográficas (quanto mais não seja, os filmes que pertencem aos pais).

Os discursos ‘zelosos’, os interditos, a apologia dos ‘valores morais’ são tão hipócritas quanto ineficazes na luta contra a mercantilização do sexo.

CONCLUSÃO

A prevenção dos comportamentos sexuais de risco junto dos adolescentes será uma aposta?

É provável que bases sólidas na construção identitária permitam a travessia das turbulências adolescentes (C. Ladame).

A estrutura psíquica individual e o conjunto de factores familiares, sociais, ambientais permanecem imponderáveis.

A educação sexual e afectiva dispensada no dito (ou no não-dito) pelas famílias e pelos pares deve ser completada pela escola.

A escola é um local onde podemos comunicar sobre a sexualidade num quadro de escuta, respeitoso e informativo. A educação sexual devia ser institucionalizada, ela deve ser um movimento positivo.

As campanhas de prevenção securitária são pouco eficazes em matéria de educação sexual e afectiva.

Para ajudar os adolescentes, é preciso amá-los mesmo se estes façam exactamente tudo o que é necessário para não serem amados.

Os jovens precisam que falemos com eles sobre o que eles vivem e não sobre o que nós desejamos que eles não vivam. **x**

BIBLIOGRAFIA

- Bajos N. ; Bozon M. (2008) *Enquête sur la sexualité en France: pratiques, genre et santé*. Paris: La Découverte.
- Crépault Cl (2007) *La sexoanalyse*. Paris: Payot.
- Defraye A. ; Sasse A. (2005) *Surveillance des IST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique*, IPH/EPI Reports n°2005/010.
- Dolto F, (2003) *Le complexe du Homard*. Paris: Gallimard Jeunesse.
- Hayez JY (2004) *La sexualité des enfants*. Paris: Odile Jacob.
- Moreau N; Swennen B; Roynet D et l'équipe GACEHPA (2006) *Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue Bruxelles*: GACEHPA.
- Opsomer RJ; Lequeux A; Wese FX (2004) "Premières relations sexuelles: premiers soucis?", in *Belgian Journal of Sexual Health*, n°1 (Décembre 2004).
- Parent D. (2004) *Maladies sexuellement transmises chez l'adolescent: aspects médicaux*, in *Louvain Medical* n°10, volume 123.
- Winckler M. (2007) *Contraception mode d'emploi*. 3ème éd. J'ai Lu.

Literacia e práticas contraceptivas masculinas

Ana Nunes de Almeida [Socióloga, Investigadora Principal, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa]
Duarte Vilar [Sociólogo, Director Executivo da APF]

RESUMO:

Este artigo resulta de um estudo de natureza exploratória e qualitativa, com a realização de 86 entrevistas de profundidade a homens de diversas condições e regiões de Portugal. Nele se descrevem os conhecimentos, representações e práticas masculinas em relação à contraceção. O aparecimento da pílula contraceptiva na década de 50, teve um impacto decisivo na inversão dos papéis de homens e mulheres nas práticas contraceptivas. O discurso e as práticas das agências e profissionais de saúde e o próprio discurso feminista acentuaram a identificação da saúde reprodutiva como uma área das mulheres. Por sua vez, esta identificação tornou ainda mais secundário o papel dos homens nas práticas contraceptivas. Os resultados deste estudo revelam atitudes em geral favoráveis à contraceção mas uma utilização limitada do preservativo e uma significativa delegação do controlo da fecundidade nas companheiras ou parceiras sexuais. A vasectomia aparece como um método pouco conhecido e em relação ao qual existem crenças erradas e atitudes maioritariamente negativas.

1. UMA CONTEXTUALIZAÇÃO NECESSÁRIA

O controlo da fecundidade até aos anos 50 no Ocidente europeu, e em Portugal até mais tarde (INE, 1980), era feito sobretudo pelos homens através do coito interrompido e do preservativo (McLaren, 1990).

Esta situação radicava em motivos diversos. Em primeiro lugar, ela era um indicador das relações de poder no seio do casal e da família, num contexto de do-

minação masculina sobre os aspectos fundamentais destas relações e, portanto, também na vida reprodutiva. Em segundo lugar, era um revelador da incipiente tecnologia contraceptiva existente que oferecia às mulheres e aos casais métodos pouco seguros, tais como o diafragma ou os espermicidas ou alguns métodos de abstinência periódica. Por último, não podemos esquecer que em muitos países ocidentais, só na década de 60 começou a ser despenalizado o uso de métodos contraceptivos. Deste modo, o preservativo era muitas vezes visto não como um método contraceptivo mas sim como um método profilático de prevenção das então designadas “doenças venéreas”, enquanto que os métodos femininos eram considerados métodos abortivos e o seu uso punível por lei (McLaren, 1990).

Em 1980, o 1º *Inquérito Português à Fecundidade* revelava um padrão contraceptivo ainda marcado por este cenário, em que o método mais usado pelos casais portugueses era o coito interrompido, sendo o terceiro método mais usado, o preservativo.

Em 1954, é inventada a pílula contraceptiva como resultado de um pedido concreto de Margareth Sanger, uma das pioneiras dos movimentos de controle da natalidade a Gregory Pinkus (McLaren, op.cit). No início dos anos 60, a pílula passa a ser comercializada. A invenção da pílula contraceptiva foi um enorme progresso em termos científicos e veio introduzir mudanças fundamentais nas possibilidades até então existentes para controlar a fecundidade.

Como afirma McLaren (op.cit: p. 272) “Embora as mulheres que utilizavam a pílula experimentassem uma

variedade de efeitos secundários perturbadores, a maioria estava encantada com um contraceptivo que, na aparência, era completamente eficaz e isento das preparações contrárias ao romantismo e que caracterizavam os métodos anteriores. Os homens ficaram naturalmente contentes por se verem livres de uma vez por todas de qualquer responsabilidade pelo controlo dos nascimentos. Tanto médicos como pacientes abraçaram a ideia da pílula como se tratasse de uma panaceia universal...”.

Os movimentos agora designados de “planeamento familiar”, e que se tinham reforçado no pós-guerra com a criação, em 1952, da IPPF - International Planned Parenthood Federation - obtiveram assim uma dupla vitória: ganhavam um novo instrumento seguro, barato e acessível; por outro lado, viam reconhecidas e premiadas a nível científico as suas grandes finalidades de existência (Vilar, 2003).

Na mesma direcção se situava o discurso feminista, reivindicando o uso da contracepção como parte da estratégia de *empowerment* e libertação das mulheres. De facto, uma das componentes fundamentais das profundas transformações da condição feminina nas últimas décadas foi a sua possibilidade de controlo das próprias biografias reprodutivas, apoiando a sua integração no mercado de trabalho e criando outros calendários e cenários de vida das mulheres em geral, e das mulheres portuguesas em particular.

Nas décadas de 60 e 70, os profissionais e serviços de saúde e as principais agências internacionais nesta área apostaram em força nos métodos contraceptivos como instrumentos de saúde materna e infantil e, por isso, reforçaram ainda mais os programas e práticas dirigidos às mulheres, enquanto utilizadoras fundamentais da contracepção e enquanto sujeitos principais dos problemas ligados à vida reprodutiva.

Em Portugal, a saúde reprodutiva, na altura designada por planeamento familiar, integrou desde sempre a área da Saúde Materno Infantil, sublinhando mais uma vez, a sua orientação prioritária para as mulheres em idade fértil. (Cf. Almeida et Al, 2004; Vilar, 2003).

Neste contexto discursivo centrado nas mulheres, o envolvimento dos homens foi sendo entendido de uma forma reportada à saúde e às necessidades das mulhe-

res, sobretudo no sentido de estes não criarem obstáculos ao uso de contraceptivos femininos e, assim, colaborarem no planeamento familiar e na saúde das suas parceiras.

Nunca, em termos das políticas de saúde, os homens, nomeadamente os homens jovens e adultos, constituíram um grupo alvo específico, o que não aconteceu com as mulheres, com as crianças e jovens ou com a população idosa. Isso mesmo poderá ser constatado no Plano Nacional de Saúde, onde as categorias “Saúde dos Homens” ou “Saúde Masculina” são inexistentes.

Não é, pois, surpreendente que se tenha assistido a notáveis avanços na contracepção feminina enquanto, pelo contrário, se regista estagnação da contracepção masculina. Desde logo, o padrão de uso de contraceptivos feminiza-se e, todos os estudos sobre este tema (INE, 1980; INE 2000; SPG, 2005; APF 2006; ONSA 2007), comprovam um aumento rápido e intenso do uso de contraceptivos femininos e um pequeno aumento do uso do preservativo, sendo a vasectomia quase inexistente e tendo passado o uso do coito interrompido para um dos últimos lugares da escala.

Tão pouco é surpreendente que nunca tenha havido em Portugal qualquer campanha para o envolvimento dos homens na contracepção, nem sequer a produção de um folheto ou cartaz por parte de entidades oficiais e de ONG (APF, 2008).

Na década de 80, a emergência da SIDA traz de novo a solicitação do envolvimento masculino, desta vez na prevenção da pandemia. A partir de 1985 são várias as campanhas de promoção do uso do preservativo mas centradas, outra vez, na prevenção de uma IST e não como forma de contracepção. Aos homens era agora pedido que não infectassem as mulheres ou outros homens. No entanto, são conhecidos os contextos e limitações da prevenção da SIDA e, se a mensagem do uso do preservativo teve algum impacto no seu uso nas faixas etárias mais jovens, este impacto não foi de forma alguma suficiente para inverter o processo de feminização do uso de contraceptivos e a consequente secundarização do papel dos homens na saúde reprodutiva.

Comparando o uso de métodos contraceptivos em Portugal com outros países europeus, constatamos que o uso de métodos contraceptivos masculinos é

sempre maior nos países do Norte da Europa ou mesmo na vizinha Espanha do que no nosso país (UNFPA, 2008) quer em relação ao uso de preservativos, quer em relação à vasectomia.

E no entanto, como referem Almeida et al (2004), a decisão sobre o uso de contraceptivos é uma questão discutida e, em geral, é objecto de consenso no casal, pelo que poderemos provisoriamente concluir que a alta feminização do uso de contraceptivos se deve de forma conjugada, por um lado, a uma preferência dos casais e dentro destes, da mulher pelo uso de contraceptivos femininos, seja pela sua segurança, seja pelo protagonismo central que as mulheres entendem que devem ter na sua vida reprodutiva que, por sua vez, é vista por elas e pelos seus companheiros como uma “área feminina”.

Assim, achámos importante apurar as representações e práticas masculinas na área da saúde reprodutiva e, especificamente na área da contracepção, os papéis que, no início do milénio, os homens atribuem a si próprios nesta área.

2. METODOLOGIA

Este artigo é um dos produtos do projecto “A Saúde Reprodutiva dos Homens”. Financiado pela FCT, foi realizado em parceria pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e pela Associação para o Planeamento da Família, entre 2003 e 2005. Surgiu na continuidade do estudo “A Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas” realizado pela mesma equipa entre 1998 e 2002.

Este projecto consistiu num estudo de natureza exploratória e qualitativa baseado em 86 entrevistas de profundidade realizadas a homens portugueses com idades entre os 15 e os 64 anos, de diversas condições sociais e regiões do país, em distintas situações familiares.

O guião de entrevista integrou elementos das histórias de vida, nomeadamente uma caracterização da sua família de origem, os seus percursos sexuais, conjugais e de paternidade, os conhecimentos sobre questões como a reprodução e a contracepção, as suas práticas e representações em termos de contracepção e aborto. Este guião procurou ser uma adaptação do utilizado no estudo atrás referido sobre a saúde reprodutiva das mulheres, com a finalidade de poderem ser estabelecidas comparações entre as duas amostras.

As entrevistas foram transcritas e submetidas a uma análise de conteúdo temática.

Este artigo foca as representações e práticas masculinas em relação à contracepção e, de forma sistemática, compara-as com os dados obtidos no estudo sobre a população feminina. Por limitações de espaço, só nos referiremos às representações masculinas acerca dos métodos contraceptivos, os métodos masculinos e o método mais usado pelas mulheres, ou seja, a pílula contraceptiva.

3. CONHECIMENTO GERAL DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Foi perguntado aos homens entrevistados quais os métodos contraceptivos que conheciam.

A pílula, o preservativo e a pílula do dia seguinte foram métodos praticamente referidos por todos os entrevistados. O DIU, o coito interrompido e a laqueação de trompas, não sendo tão referidos como os anteriores, foram contudo assinalados pela maioria dos entrevistados. Os métodos menos referidos foram a vasectomia, os espermicidas, o preservativo feminino, a abstinência periódica, e o diafragma. Por último, existem métodos que quase nunca foram referidos tais como o adesivo, o anel vaginal e o implante.

Podemos assim concluir que os homens demonstram conhecer os métodos mais usados (a pílula) e mais abordados pela comunicação social (nos casos do preservativo e da pílula do dia seguinte); por outro lado, os métodos mais recentes no mercado são ainda praticamente desconhecidos.

Neste aspecto, os homens aproximam-se bastante dos dados recolhidos no estudo sobre a saúde reprodutiva das mulheres, com diferenças em relação à pílula do dia seguinte (mais referida pelos homens), provavelmente devido aos dois estudos terem sido feitos em épocas um pouco diferentes em relação ao aparecimento da pílula do dia seguinte no mercado e às polémicas públicas que se lhe seguiram (incluindo um debate parlamentar sobre a sua venda livre).

De sublinhar ainda que um dos métodos masculinos – a vasectomia – é pouco referido e conhecido pelos seus potenciais utilizadores.

4. FONTES DE SABERES

Ao serem questionados em relação às suas fontes de aprendizagem sobre contraceção, a maior parte dos entrevistados referiu fontes informais tais como as conversas de amigos ou ainda afirmações mais vagas tais como “Vê-se bastante...” ou “... um pouco de tudo”. Por outro lado, muitos homens referem a sua própria experiência pessoal, as suas vivências e conhecimento empírico como formas de aprendizagem.

Outras fontes de aprendizagem referidas são as leituras e os *mass media*, tais como a televisão, as novelas (referidas no caso da pílula do dia seguinte) e a publicidade. Uma terceira fonte são as mulheres, especificamente as namoradas e companheiras, ou as raparigas dos grupos que frequentam, ou ainda as “pessoas que usavam”.

Os pais e familiares próximos são também invocados por alguns homens. No entanto, o pai, o padrasto ou os irmãos mais velhos são mais apontados como fontes de informação do que as mães.

A escola em geral e as campanhas são também referidas pelos entrevistados que falam de distribuição de panfletos ou livros, de campanhas na escola e, num caso, a disciplina de biologia do secundário.

Por outro lado, a escola é ainda referida como um espaço de aprendizagem informal referindo-se ao que se aprende na escola “uns com os outros” “antes e depois das aulas”.

Finalmente, os profissionais de saúde – nomeadamente os médicos e, num caso, o farmacêutico - foram referidos muito raramente pelos entrevistados.

Comparando com o que foi encontrado no estudo sobre as mulheres verificam-se neste campo diferenças importantes entre os dois grupos.

Por um lado, enquanto que, neste campo, nem a idade nem o nível de escolaridade diferenciam internamente a amostra masculina, no caso das mulheres estas diferenças expressavam-se claramente em termos de fontes de informação e aprendizagem. Por um lado, as gerações mais velhas referiam as amigas como fontes de aprendizagem enquanto as mais novas referiam as mães e, muito mais do que os homens, as aprendiza-

gem formais em contexto escolar. Por outro lado, os profissionais de saúde eram, para as mulheres que tinham tido filhos, uma das fontes de informação mais importantes em matéria de contraceção, enquanto que tal não se passa com os homens que, como vimos, quase os não mencionam.

Ora sendo estes homens e mulheres das mesmas gerações – há uma diferença de muito poucos anos entre os dois estudos – só se consegue compreender estas diferenças se as contextualizarmos nas diferentes relações e representações que homens e mulheres têm em torno do controlo da fecundidade e das práticas contraceptivas de que falámos no início deste artigo.

Assim sendo, porque é “um assunto de mulheres”, a contraceção é um assunto que requer por parte dos homens menos atenção, menos interesse e menos esforço de aprendizagem; ou seja, que se pode limitar a um tipo de aprendizagem mais informal, mais superficial e por isso, deixa também menos marcas.

5. CRENÇAS SOBRE OS DIVERSOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MASCULINOS

O PRESERVATIVO

Os homens entrevistados têm, ao contrário do que muitas vezes é afirmado, uma imagem globalmente positiva do preservativo. É considerado como um bom método por ser muito seguro – sendo que alguns o consideram mesmo mais seguro do que a pílula.

Outra vantagem é que, por não ser um medicamento, os entrevistados o qualificam de “inócuo”, admitindo “não ter perigos para a saúde”, “não mexer com o sistema” e, por isso, “trazer vantagens para a mulher”.

Outro dos pontos a favor, referidos no entanto por poucos homens, é o facto de os proteger das infecções sexualmente transmissíveis e “evitar doenças gravíssimas”.

Existem também razões de ordem prática favoráveis ao uso do preservativo:

- “Não é muito complicado”
- “É muito prático”
- “É acessível a todos”
- “Não exige que a pessoa tenha pensado nisso antes”

- “Põe-se na hora“
- “Desenrasca bem“.

São ainda apontadas, por alguns homens, razões ligadas às possibilidades eróticas do preservativo: “há muitos casais que gostam” e “permite o jogo sensual”.

Mas, em simultâneo ou não, com esta avaliação positiva, são apontados também bastantes aspectos negativos, por vezes de forma geral:

- “Uma coisa nada agradável”
- “Para mim não... sou sincero”
- “Não gosto”.

Os aspectos mais indicados referem-se ao prazer do homem, dizendo os entrevistados que:

- “Perde-se a sensibilidade e a temperatura do pénis”
- “Causa diminuição do prazer”
- “Diminui a intensidade”
- “Diminui o conforto”
- “O acto de amor não vai ser tão sensível”
- “É como comer amendoins com casca”.

Outros aspectos negativos referem a interferência do preservativo na relação:

- “Provoca a interrupção da relação“
- “Produz desencanto“
- “É uma coisa estranha“
- “É um corpo estranho entre o casal“
- “Perde-se espontaneidade“.

Outros factores são ainda referidos pontualmente pelos entrevistados:

- “Irritações cutâneas“
- “Pode-se romper“
- “Não é 100% seguro“
- “É como não gostar de uma camisola de lã porque me sinto alérgico“
- “O cheiro“.

Apenas um dos entrevistados refere que não usa o preservativo por causa da mulher:

- “A mulher não gosta (por mim não sinto diferença)”.

Os homens dividem-se, pois, nas apreciações que fazem do preservativo. Não o rejeitando completamente, associam o seu uso a determinadas situações ou a determinados tipos de relações:

- “Devia ser incentivado (não digo a nível dos casais, a não ser, pronto, quando a mulher não está a tomar a pílula)”.
- “É mais utilizável em relações ocasionais”.

Comparando, mais uma vez, com o estudo feminino, verificamos que o tipo de avaliações positivas ou negativas que se fazem do preservativo é basicamente o mesmo, não se registando diferenças significativas entre os dois grupos.

A VASECTOMIA

Como já referimos, a vasectomia é um método conhecido apenas por uma parte dos entrevistados. Muitos conhecem a laqueação de trompas mas nunca ouviram falar da vasectomia, o que revela a falta de informação existente sobre esta forma de contraceção: “tenho ideia que é só nas mulheres...”

A vasectomia é algumas vezes confundida com a castração química nos crimes sexuais e é também, algumas vezes, associada a situações de pobreza ou a mulheres com deficiência mental ou que, por diversas razões, não têm capacidade para ter filhos.

A vasectomia é um último recurso “quando uma mulher não pode usar contraceção ou o homem não gostar do preservativo” ou “só por razões de saúde”.

Em alguns casos, a recusa é absoluta:

- “O ser humano não tem necessidade disso!”
- “É uma aberração”
- “Não fazia de certeza”
- “Não conheço ninguém que tenha feito”.

São, por isso, bastantes as desvantagens apontadas. Algumas referem a questão da reversibilidade:

- “Amanhã conheço uma mulher que me vira o capete e posso-me arrependar do que fiz”
- “Depois de estar feito ...”
- “Conheço homens que se arrependeram”
- “É mais irreversível que nas mulheres.”

Outras vezes, é o medo das operações ou dos efeitos nefastos para o desempenho sexual:

- “Metem medo de ser uma operação”
- “Tenho dúvidas sobre o desempenho sexual do homem depois”.

Assim mesmo, alguns homens apontam algumas vantagens à vasectomia, em termos de segurança :

- “A mulher não precisa de usar nada”
- “Um gajo pode estar à vontade”
- “É 100% eficaz
- “É dos métodos mais limpos”.

Em conclusão, os dados recolhidos mostram, essencialmente, um profundo desconhecimento do método (só parte dos entrevistados o referem) e, sobretudo, das suas vantagens enquanto método de contraceção masculino. Quando o conhecem, os homens têm, frequentemente sobre a vasectomia uma opinião bastante negativa.

Tal como nos homens, este método era também bastante desconhecido no grupo das mulheres.

COITO INTERROMPIDO

Quanto ao coito interrompido, a imagem é, também, essencialmente negativa e apenas um homem refere que “não me chateia”; outro refere que é “um último recurso”.

O coito interrompido é visto como uma prática insegura:

- “É inseguro”
- “Antes de chover pode pingar”!
- “Sabe-se perfeitamente que isso não funciona”

Ou como uma prática que afecta negativamente a relação sexual:

- “Não dá o prazer que deve dar as relações sexuais... quando se está no período melhor ...”

Ou mesmo como uma prática imprópria de adultos:

- “É uma prática adolescente”.

Em conclusão, a recusa do coito interrompido é um indicador da perda de importância que esta forma de controlo da natalidade tem tido nas últimas décadas, bem como de uma importante alteração da atitude dos homens face a esta possível forma de intervenção masculina no controlo da natalidade.

Aliás, e mais uma vez, as representações dos homens são bastante coincidentes com as das mulheres, o que reforça a ideia de a contraceção ser uma área de consenso entre ambos.

PÍLULA

Existe, por parte dos homens, uma imagem bastante positiva da pílula ainda que muitos deles, simultaneamente, lhe apontem efeitos secundários negativos. Por outro lado, se a pílula, como vimos, é o método mais conhecido, a maior parte dos homens desconhece a forma como funciona.

Em relação às vantagens, a pílula é consensualmente referida como um método altamente seguro – “é 100% seguro” – refere um dos homens entrevistados.

Outra vantagem apontada relaciona-se com o facto de a pílula não interferir na relação sexual:

- “Não inibe o prazer”
- “Permite o contacto entre os sexos”
- “Acaba por ser o método mais natural”.

São também apontadas vantagens para a saúde das mulheres:

- “Dizem que engorda mas não é verdade”
- “Fácil de tomar”
- “Previne o cancro”
- “Regulariza o ciclo”.

E, por último, uma das vantagens apontadas é o facto de “os homens não terem de fazer nada”.

No entanto, são também muitos os entrevistados que apontam desvantagens ao uso da pílula, sobretudo as relacionadas com efeitos negativos na saúde das mulheres, nomeadamente:

- descontrolo hormonal
- Ataca os órgãos ao fim de algum tempo

- Engorda
- Crescem pêlos
- Varizes
- problemas de estômago
- Tromboses
- Cancro
- Perturbações do humor.

Outras desvantagens referem-se a aspectos práticos tais como o facto de “a mulher ter de tomar todos os dias” e os “esquecimentos”. Outros lembram que a pílula não protege as mulheres das IST, manifestando-se aqui uma interiorização das mensagens preventivas contra a SIDA, sobretudo.

Como nos outros contraceptivos, as representações dos homens e das mulheres sobre a pílula são razoavelmente coincidentes.

6. AS PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

A quase totalidade dos entrevistados iniciou relações sexuais durante a adolescência, na sua maioria em contexto de namoro, em alguns casos com prostitutas, em muitos casos com mulheres mais velhas.

Dois terços afirmam não ter usado nenhum método contraceptivo na 1ª relação, sendo que os homens mais novos têm, mais frequentemente, comportamentos preventivos.

A maior parte dos homens entrevistados usaram o preservativo em algum período da sua vida. Mas o uso de preservativo aparece quase sempre relacionado a:

- Relações não duradouras
- A uma fase inicial de relações duradouras
- E a relações paralelas ou extra-conjugais que raramente são explicitadas.

A partir do momento em que a relação “estabiliza” o homem delega a contracepção na companheira, seja numa relação de namoro ou no casamento. Esta delegação é feita de forma consensual, muitas vezes por iniciativa das parceiras. Este processo foi também encontrado e descrito no estudo sobre a saúde reprodutiva feminina.

O homem pode, também, recorrer temporariamente ao preservativo quando a mulher não pode usar con-

traceptivos ou quando houve falhas no uso de métodos contraceptivos femininos.

Somente um grupo bastante minoritário dos homens entrevistados usa métodos masculinos. Destaca-se o preservativo. Apenas um dos entrevistados tinha feito uma vasectomia.

7. CONCLUSÕES

Nenhum dos homens entrevistados demonstra uma oposição frontal contra a contracepção; pelo contrário, o que emerge nos seus discursos é uma atitude positiva face à contracepção.

Os entrevistados seguem o padrão reprodutivo e contraceptivo maioritário nos casais portugueses – controlo da natalidade, descendência pouco numerosa, prevenção das gravidezes não oportunas. Ou seja, há de facto um envolvimento masculino neste tipo de preocupações mas tal não se traduz num efectivo envolvimento masculino no uso de contracepção.

À semelhança do que foi encontrado no grupo das mulheres, o envolvimento masculino na contracepção aparece estreitamente associado às formas de conjugalidade expressando-se no uso do preservativo nas relações instáveis, ou na fase inicial de uma relação, e no uso de contracepção feminina (sobretudo a pílula) nas relações estáveis e duradouras.

Mesmo referindo que a pílula – o método feminino mais usado – tem alguns efeitos secundários, os homens não vêem a contracepção masculina como uma alternativa necessária ou mesmo possível à contracepção feminina.

Questões como a divisão de responsabilidades, ou a igualdade de responsabilidades na saúde sexual e reprodutiva não se colocam na tomada de decisão sobre o uso de contraceptivos ou na sua avaliação posterior.

Neste processo de avaliação e decisão sobre o uso dos diferentes métodos de contracepção jogam-se muito mais factores como a segurança e fiabilidade do método e a sua potencial interferência nas relações e no desempenho sexual.

Tão pouco os entrevistados situaram o uso da contracepção no plano do auto controlo das suas capacida-

Kit Métodos Contraceptivos

APF

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA



Inclui:

- Manual de Instruções
- Preservativo Masculino
- Preservativo Feminino
- Dispositivo Intra-uterino
- Pílula
- Pílula da Amamentação
- Cones Espermicidas
- Óvulos Espermicidas
- Anel Vaginal
- Implante Contraceptivo
- Modelo Peniano

... e ainda Folhetos Informativos

De grande utilidade para acções de educação sexual e outras acções de formação em escolas e outros contextos de educação para a saúde



encomendas em www.apf.pt

des procriativas ou da sua vida reprodutiva, a não ser, como foi dito, em relações menos estáveis.

Existe um défice real nos conhecimentos masculinos sobre contraceção em geral e, nomeadamente, sobre a vasectomia, considerada um método extremo.

As aprendizagens masculinas em matéria contraceptiva são esmagadoramente feitas de forma informal e experiencial .

Tendo em conta que, do ponto de vista dos seus comportamentos sexuais, muitos entrevistados referiram

um grande número de parceiras sexuais ao longo da sua biografia, a maioria dos homens envolveu-se em comportamentos de risco pelo menos na fase inicial da sua vida sexual e, muitas vezes, ao longo da sua vida reprodutiva através do uso pouco consistente do preservativo.

Em conclusão, os homens exprimem nas suas atitudes e práticas contraceptivas, a interiorização do discurso social dominante nesta matéria que identifica a saúde reprodutiva como uma área feminina em relação à qual os homens desempenham funções claramente secundárias. **x**

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Ana N., VILAR, Duarte; ANDRÉ, Isabel M. e LALANDA, Piedade (2004), *Fecundidade e Contraceção*, Lisboa, ICS
- AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte
- APF (2006) *A Situação do Aborto em Portugal*, Lisboa, APF
- BOZON, Michel (2002), *Sociologie de la Sexualité*, Paris, Nathan
- BOZON, Michel (2008), *Enquête sur la Sexualité en France*, Paris, La Découverte
- CONNEL, R.W. (2003), “The Big Picture: Masculinities in Recent World Story” in WEEKS, Jeffrey; HOLLAND, Janet e WAITES, Matthew (Coord.) (2003), *Sexualities and Society* AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte, Cambridge, Polity Press
- DIAS, Carlos M, (2007) *Utilização de métodos Contraceptivos pela População Portuguesa, - 4º Inquérito Nacional de Saúde*, (Comunicação apresentada em Setembro de 2007)
- GUIDDENS, Anthony (2003) “Intimacy as Democracy” in WEEKS, Jeffrey; HOLLAND, Janet e WAITES, Matthew (Coord.) (2003), *Sexualities and Society* AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte, Cambridge, Polity Press
- LARANJEIRA, Ana R. (2004) “Não és Homem Não és Nada – Masculinidade e Comportamentos de Risco” in AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte
- McLAREN, Angus (1990), *História da Contraceção – da Antiguidade à Actualidade*, Lisboa, Terramar
- INE (1980), *Inquérito Português à Fecundidade*, Lisboa, INE
- INE (2001), *Inquérito à Fecundidade e à Família*, Lisboa, INE
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPS (1987) *Inquérito Nacional de Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde
- PRAZERES, Vasco (2004) “Tratar da Vida, Tratar do Corpo – Masculinidades e Políticas de Saúde” in AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte
- SANTOS, Helena (2004) “Sexo para o que Der e Vier – Masculinidade e Comportamentos face à SIDA” in AMÂNCIO, Lígia (org.) (2004), *Aprender a Ser Homem – Construindo Masculinidades*, Lisboa, Livros Horizonte
- SPG, SPMR (2005) *Avaliação das Práticas Contraceptivas das Mulheres Em Portugal*, Lisboa, Doc. Fotocopiado
- VILAR, Duarte (2003), *Falar Disso*, Porto, Afrontamento
- WALL, Karin (Org.) (2005), *Famílias em Portugal*, Lisboa, ICS
- WEEKS, Jeffrey; HOLLAND, Janet e WAITES, Matthew (Coord.) (2003), *Sexualities and Society*, Cambridge, Polity Press

Infecções Sexualmente Transmissíveis

Jacinta Azevedo [Médica Especialista em Dermatologia e Venereologia, Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Centro de Saúde da Lapa]

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), anteriormente designadas doenças venéreas, são infecções que se transmitem por contacto sexual. São causadas por diversos agentes infecciosos e ocasionam grande multiplicidade de sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com poucos ou nenhuns sintomas.

As IST constituem actualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso sócio-económico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas sobretudo pelas suas consequências a nível da saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal e, ainda, pela sua capacidade de facilitar a transmissão e aquisição da infecção VIH.

A gravidade das suas complicações é muitas vezes subestimada do ponto de vista clínico e em termos de saúde pública: doença inflamatória pélvica, infertilidade e gravidez ectópica como resultado de infecções gonocócicas e clamídicas; aborto, parto prematuro, baixo peso ao nascer e malformações graves do feto que a sífilis pode ocasionar; transmissão congénita e neonatal de vários agentes (sífilis, gonorreia, clamídia, herpes simplex); cancro do colo do útero associado à infecção vírus do papiloma humano (HPV); perturbações psico-afectivas associadas a uma IST viral para a qual não existe ainda cura, como o herpes genital; e, finalmente, a mortalidade associada à SIDA.

A EPIDEMIOLOGIA DAS IST AO LONGO DO SÉCULO XX

A história das doenças venéreas, em particular a sífilis, percorre o mundo científico desde os finais da Idade Média até à actualidade. Conhecida na Europa há 500 anos como uma doença nova trazida da América pelos marinheiros de

Colombo, rapidamente alastrou nos países europeus como uma verdadeira pandemia.

A analogia com o passado recente é tal que, quando hoje se pergunta aos estudantes de medicina: qual a doença que apareceu subitamente, tem uma origem americana, se transmite por via sexual e da mãe ao feto, tem um estágio de portador e leva à doença crónica, alguns dizem que é uma punição divina e não se deve interferir nessa matéria, todos responderão que é a Sida, mas, como pode ser reconhecido, essa doença pode também ser a sífilis.

Os primeiros anos do século XX foram marcados pelo medo das doenças transmitidas por via sexual, semelhante ao que vivemos hoje. As consequências temíveis da sífilis e da blenorragia iam da debilidade e loucura à esterilidade e cegueira. A 2ª Grande Guerra coincidiu com a introdução dos antibióticos e proliferaram os centros de luta anti-venérea.

A descoberta da penicilina por Fleming em 1943 é um marco na história da medicina. A sua eficácia no tratamento da sífilis constitui uma revolução: de tal modo a incidência baixou nos 10 anos seguintes, que muitos especialistas preconizaram o seu fim próximo. Enganaram-se, infelizmente.

Na década de 60 há um aumento marcado de sífilis e gonorreia. Seguem-se estudos que indicam que o cancro do colo do útero é mais frequente nas mulheres prostitutas e é reconhecida a hepatite B, frequente nos homossexuais masculinos.

Desde 1978, o termo doenças sexualmente transmissíveis (DST) substituiu o conceito clássico de doenças venéreas (sífilis, gonorreia, ou blenorragia, úlcera mole vené-

rea e linfogranuloma venéreo), para abarcar, assim, um espectro mais amplo de agentes ligados às “DST de segunda geração”: infecções genitais por *Chlamydia trachomatis* e as infecções virais transmissíveis sexualmente: vírus do herpes simplex (HSV), do papiloma humano (HPV) e da hepatite B (HBV).

O advento da SIDA na década de 80 origina situações de pânico e são responsabilizados os chamados “grupos de risco”: homossexuais, hemofílicos, prostitutas, toxicódependentes. O carácter explosivo da epidemia levou a um desenvolvimento considerável no âmbito da epidemiologia, estabelecendo-se as categorias de transmissão do VIH: sexual (homo e heterossexual), sanguínea (utilizadores de drogas endovenosas) e vertical (mãe-filho).

Na história da investigação sobre as IST este período é único, na medida em que a emergência e disseminação do VIH teve um grande impacto no diagnóstico, tratamento e controlo das outras IST.

Entre 1980 e 1990, como consequência das campanhas de prevenção da Sida, nos países da Europa Ocidental e EUA, há uma diminuição progressiva das IST bacterianas, como a sífilis e gonorreia, embora continue a propagação das IST de etiologia viral.

A partir dos anos 90, os novos estados independentes da antiga União Soviética têm um aumento marcado dos casos de sífilis, tendo esta epidemia implicações importantes no continente europeu.

Em 1996 são introduzidas novas terapêuticas anti-retrovirais e o prognóstico da Sida muda drasticamente, passando a ser encarada como uma “doença crónica”. Como

consequência, há uma onda de optimismo com aumento dos comportamentos sexuais de risco que contribuíram para a re-emergência de IST clássicas como a sífilis (incluindo a sífilis congénita), gonorreia e linfogranuloma venéreo, a partir de 2000. Ao mesmo tempo que se observa este recrudescimento das doenças venéreas, registam-se alterações dos padrões de resistência da *Neisseria gonorrhoeae* aos antibióticos e aumenta o número de novos diagnósticos de infecção VIH. Na Europa Central e Ocidental tem havido um paralelismo nas tendências evolutivas da sífilis e da infecção VIH, fundamentalmente transmitida por via sexual. Segundo dados do European Centre for the Epidemiological Monitoring of HIV/AIDS (EuroHIV), entre 2000 e 2007 a taxa de novos casos de infecção VIH por milhão de habitantes quase duplicou na Europa.

O reconhecimento de que a infecção por alguns tipos de HPV é condição necessária para o desenvolvimento do cancro do colo do útero abriu novas frentes para a prevenção desta doença, que é a segunda causa de morte por cancro na mulher em todo o mundo. Em 2004 são divulgados resultados de ensaios clínicos que demonstram a eficácia da vacinação HPV na prevenção de um cancro que é transmitido por via sexual. Desde 2006 e 2007 estão comercializadas duas vacinas que conferem imunidade contra os vírus HPV 16 e 18, que são a causa de 70% dos cancros do colo do útero. Finalmente, em Março de 2008, foi introduzida a vacina HPV no Programa Nacional de Vacinação em Portugal.

Segundo estimativas da OMS, ocorrem em cada ano mais de 340 milhões de novos casos de sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase em homens e mulheres dos 15 aos 49 anos. Se se quantificar o impacto negativo cau-

sado pelos principais problemas de saúde que atingem os adultos dos 15 aos 44 anos de idade, nos países em desenvolvimento, as IST ocupam o 2º lugar na mulher, logo a seguir às causas relacionadas com a gravidez e parto, enquanto no homem a SIDA vem em primeiro lugar, seguida da tuberculose e dos acidentes de viação.

Em Portugal, pouco se sabe acerca da ocorrência de IST nos adultos e, menos ainda, sobre a sua prevalência nos jovens. Mesmo que a notificação de casos de IST fosse efectuada pelos clínicos, apenas a sífilis recente, as infecções gonocócicas e a infecção VIH são doenças de declaração obrigatória, pelo que se desconhece a prevalência de outras IST, como por exemplo as infecções por clamídia, o herpes genital e as infecções pelo HPV.

O número de casos de sífilis congénita é muito elevado em Portugal, por comparação com outros países da Europa, o que pode significar que esta infecção é frequentemente subdiagnosticada no adulto. É também elevada a incidência do VIH (superior a 200 casos por milhão de habitantes), de acordo com a estatística do EuroHIV, bem como a co-infecção IST/VIH, à semelhança dos outros países da Europa Ocidental.

São apontadas várias causas para o aumento da incidência das IST: o alargamento da faixa etária da população sexualmente activa (idade mais precoce do início da actividade sexual), a disseminação dos métodos anticoncepcionais, desaparecendo o receio de gravidez indesejada, os movimentos populacionais como a migração e o turismo (incluindo o turismo sexual), as transformações da sociedade, que se tornou mais condescendente em matéria sexual, e a deterioração das respostas de saúde pública no controlo das IST.

As pessoas em maior risco de infecção nos países desenvolvidos são os adolescentes, os homossexuais masculinos, as mulheres em idade fértil, os migrantes recentes e populações socialmente excluídas ou com acesso limitado aos serviços de saúde.

A saúde sexual e reprodutiva dos jovens, nomeadamente dos adolescentes, constitui uma das actuais preocupações de saúde na maioria dos países industrializados, que têm referido, nos últimos dez anos, um aumento das taxas de gravidez nas adolescentes e das IST nos jovens em geral.

Os jovens são mais susceptíveis às IST por vários motivos: elevada frequência de novos parceiros sexuais, vários parceiros em simultâneo, relações monogâmicas sucessivas e de curta duração, a prática rara de sexo seguro, consequência da baixa noção de risco, mesmo pelos que recorrem à contracepção com receio de uma gravidez; e a imaturidade biológica, que parece facilitar a aquisição de algumas IST.

Por outro lado, múltiplos constrangimentos dificultam a procura dos cuidados de saúde pelos jovens: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o receio de quebra da confidencialidade, os horários não adaptados e a não percepção da necessidade de cuidados de saúde, consequência da ignorância em relação aos riscos que correm.

Um facto importante a reter é que, na maioria dos casos, os sinais e sintomas que compõem os quadros clínicos característicos das DST estão ausentes, por períodos mais ou menos longos, encontrando-se os indivíduos efectivamente infectados mas não doentes, como nos casos de sífilis latente, nos períodos entre as recidivas do herpes genital, ou no estado de portador assintomático da infecção VIH. x

Mudanças no SNS e Implicações na Saúde Sexual e Reprodutiva

III Encontro de Profissionais de Saúde – Peniche, 18 e 19 de Abril de 2008

Ana Henriques [Chefe de Serviço de Clínica Geral do Centro de Saúde de Vila Franca de Xira, Consultora do PNSR da DGS, Consultora da Saúde da Mulher na ARSLVT]

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) foi definido na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) como “*um estado de bem estar físico, mental e social (...) que implica que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e tenham capacidade de se reproduzir e a liberdade de escolher, quando e com que frequência. Está implícito (...) o direito que os homens e as mulheres têm de ser informados e terem acesso a métodos de PF seguros, eficazes (...) da sua escolha, assim como a outros métodos, de sua escolha, para a regulação da fertilidade que estejam enquadrados pela lei (...).*”.

Com base na definição anterior, no determinado pela Direcção-Geral da Saúde (DGS) e na legislação em vigor, o cumprimento dos objectivos na prestação de cuidados (Quadro I) passam, no meu entender, pela (1) organização dos serviços em (a) trabalho de equipa, formação/actualização de conhecimentos dos prestadores, (2) por uma boa articulação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os Hospitais de referência consubstanciada nas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e cumprimento das normas.

QUADRO I - OBJECTIVOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

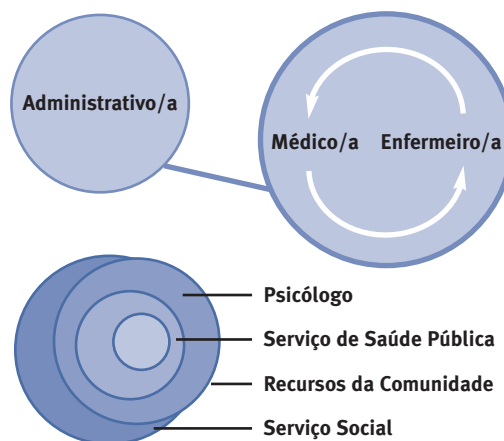
- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura (Identificar e orientar desajustes/disfunções sexuais; fazer o rastreio do cancro do colo do útero e mama).
- Reduzir a incidência das Infecções Transmissão Sexual (ITS) e as suas consequências, designada-

mente, a infertilidade (informar sobre ITS e forma de prevenção; identificar/orientar/tratar ITS).

- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal (Informação e distribuição dos métodos contraceptivos, incluindo a contracepção de emergência; identificar/ orientar os casos de infertilidade; disponibilizar consulta/informação sobre Interrupção Voluntária da Gravidez)
- Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis.
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil (Consultas pré-concepcionais; consultas de Saúde Materna e Revisão do puerpério, consulta de Saúde Infantil)

1. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES:

a. Trabalho em Equipa ¹



(1) DEC-LEI 259/2000 e Orientações Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar da DGS

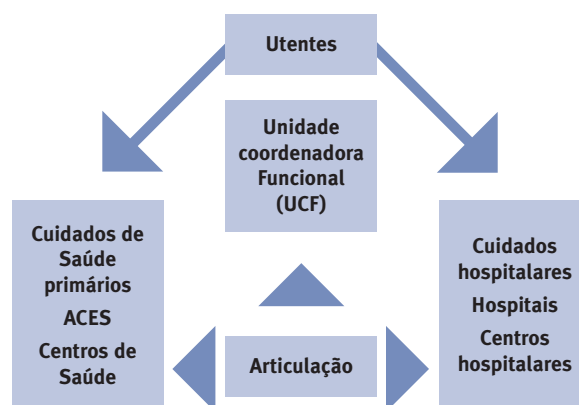
De acordo com a Lei e com o normativo da DGS, as actividades em SSR devem estar organizadas em equipas multidisciplinares, com uma equipa nuclear, cujo rosto de entrada nos serviços é personalizado no/a administrativo/a sendo o seu núcleo constituído pelo/a médico/a e enfermeiro/a, que teriam como suporte, sempre que necessário, outros elementos (técnicos/as e médicos/as de saúde pública e técnico/a social, psicólogo/a).

Esta forma de organização permite uma maior rentabilização dos recursos existentes, porque possibilita uma partilha das tarefas, a utilização da informação e linguagem comuns, porque torna necessário a definição do papel a desempenhar por cada elemento, consoante as suas capacidades/competências e conhecimentos, impedindo, por isso, a duplicação de tarefas e informações ou actuações contraditórias para a mesma actividade. Por outro lado, o trabalho em equipa implica a partilha de conhecimentos e a identificação das necessidades de formação nos elementos que a constituem.

O trabalho em equipa obriga à identificação de problemas/necessidades da comunidade, à elaboração de planos de acção, com objectivos e metas bem definidos (de acordo com os objectivos gerais do Centro de Saúde e Administração de Saúde Regional), à criação de protocolos de actuação/articulação e normas de procedimentos, partilha de responsabilidades, quer individualmente quer da equipa enquanto todo, na tomada de decisões. De salientar, a importância da ava-

liação das actividades desenvolvidas pela equipa, enquanto estratégia fundamental que permite “afinar” procedimentos e actuações.

2. UNIDADES COORDENADORAS FUNCIONAIS²



As Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) têm como objectivo principal, a saúde das mulheres, crianças e adolescentes da população da zona de influência dos CSP e do hospital de referência que disponha de serviços de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria. Pretende-se que as UCF sejam activas e com boa articulação, entre centros de saúde e hospitais, através de protocolos, que respondam eficazmente às necessidades, determinando uma efectiva complementaridade e partilha na prestação. Isto implica o cumprimento dos protocolos acordados, a partilha de informação, o diálogo entre as duas estruturas através de canais de comunicação eficazes e a avaliação para aferir a eficácia dos procedimentos.

(2) Despachos 6/91 e 12917/98

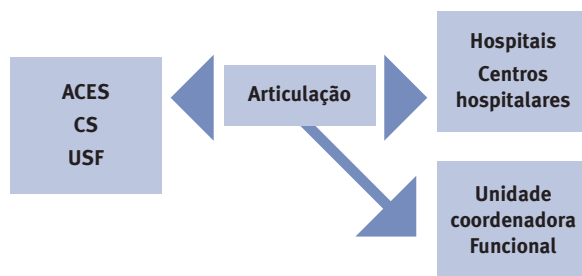
A nova organização dos centros de saúde

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) estão neste momento a ser alvo de mudanças a nível da sua organização. A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a constituição de Unidades de Saúde Familiares ou de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, são uma forma inovadora de estar na prestação;

De todas as alterações previstas na Lei, a criação do Conselho Clínico parece ser um dos passos mais importantes nessa mesma reestruturação.

O conselho clínico deve, entre outras coisas, promover os seguintes aspectos:

- Identificar necessidades.
- Organizar o trabalho de forma a responder às necessidades. Este trabalho deve ser orientado por objetivos e metas bem definidos e deve também envolver os diferentes profissionais nas tomadas de decisões.
- Avaliar o trabalho efectuado:
 - Partilha dessa avaliação com os profissionais.
 - Análise crítica dos resultados (do sucesso e do erro).
- Formação dos profissionais.



Neste contexto, tendo em conta todo o exposto, e sabendo que a organização eficaz da prestação de cuidados, a formação dos profissionais e o exercício de uma efectiva governação clínica, conduzirão naturalmente a uma melhoria da prestação e do acesso da comunidade aos cuidados de saúde, nomeadamente na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, esta reorganização é necessariamente benéfica.

"Nenhuma pessoa deve ter a vida em risco por falta de acesso aos serviços de saúde e/ou informação, aconselhamento ou serviços relacionados com a saúde sexual e reprodutiva"(...)

Carta dos direitos sexuais e reprodutivos IPPF x

João Carlos Barreiros [Licenciado em Enfermagem, Centro de Saúde de Faro – USF Al Gharb]

As alterações mais significativas que ultimamente se deram no Sistema Nacional de Saúde (SNS), relacionadas com a Saúde Sexual e Reprodutiva, foram a **criação das Unidades de Saúde Familiares (USF)** a nível dos Cuidados de Saúde Primários e a alteração resultante do referendo sobre a **Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)**. As USF, pela metodologia preconizada, baseada em objectivos definidos para determinados indicadores, perspectivam uma melhoria nos cuidados prestados. O impacto da IVG, nos moldes actuais, só será perceptível daqui a alguns anos. No entanto, é possível neste momento, ter um melhor conhecimento do que se passa na realidade, garantir um processo mais seguro e poder intervir de forma a diminuir os factores que contribuem para este fenómeno. Aguardam-se com expectativa, a nível dos Cuidados de Saúde Primários, a **implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS)** podendo daí resultar novas definições estratégicas de intervenção nesta área.

Enquanto não é avaliado o impacto destas medidas, podemos entretanto fazer uma fotografia da situação actual, em especial na Região do Algarve de forma e podermos comparar no futuro.

UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Neste momento estão a funcionar 3 USF no Algarve: USF Âncora em Olhão, USF Al Gharb em Faro e USF Balsa em Tavira. Prevê-se que abra uma 2ª USF em Olhão, de nome Mirante.

Não sendo possível, neste momento, obter estatística das USF aguarda-se pelo ano de 2009.

GRAVIDEZ

Consultas de Saúde Materna – 1º Semestre de 2007 (fonte ARS Algarve – Gabinete de Planeamento)

- Percentagem de consultas no 1º Trimestre - **82 %**
- N.º médio de consultas anuais - **5,39**
- Percentagem de Revisões de Puerpério - **32,9 %**

Gravidez na Adolescência

N.º de grávidas adolescentes acompanhadas nos Hospitais

| Ano | Hospital do Barlavento Algarvio | Hospital Central de Faro | Total |
|------|---------------------------------|--------------------------|-------|
| 2004 | 25 | 14 | 39 |
| 2005 | 19 | 32 | 51 |
| 2006 | 18 | 29 | 47 |

(fonte ARS Algarve)

Segundo a Dr.ª Amália Pacheco (responsável por esta Consulta no Hospital Central de Faro) a percentagem situa-se entre os **2,6 a 2,7%**.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (IVG)

Neste momento, em todos os Centros de Saúde do Algarve existem técnicos de referência para encaminhamento em termos de IVG. Está estabelecido uma ligação com os dois hospitais. No Centro de Saúde Albufeira realiza-se uma consulta prévia e está previsto a partir de Maio iniciar-se também no Centro de Saúde de Faro, na USF Al Gharb.

O n.º total de IVG's, realizadas no Algarve em 2007, pelos dois Hospitais, de acordo com a nova legislação, foi de **351**, distribuídas por mês, da seguinte forma:

| | |
|----------|----|
| Julho | 23 |
| Agosto | 60 |
| Setembro | 56 |
| Outubro | 77 |
| Novembro | 79 |
| Dezembro | 56 |

(fonte Dr.ª Manuela Eloy – ARS Algarve)

No Hospital Central de Faro, desde a entrada em vigor da actual legislação até 31/3/2008, a actividade caracterizou-se da seguinte forma (fonte Dr.ª Olga Viseu/Enf.ª Lurdes Tiago):

- Pedidos de Interrupção - **485**
- Interrupções realizadas e declaradas à DGS - **339**
- Interrupções Medicamentosas - **320**
- Interrupções cirúrgicas - **11**
- Interrupções Medicamentosas seguidas de cirúrgico - **7**
- Recusadas por gravidez > 10s - **37**
- Gravidezes não viáveis - **20**

- Teste e eco sem conteúdo - **7**
- Desistiram depois da consulta prévia - **24**
- Processos pendentes – **58**

38% das IVG's realizadas são mulheres estrangeiras

INFERTILIDADE

Existe um protocolo de referência dos Centros de Saúde para a Consulta no Hospital de Faro que se debate com falta de recursos humanos. Não existe nenhuma resposta a nível local, na área da Procriação Medicamente Assistida.

PLANEAMENTO FAMILIAR

Consultas de Planeamento Familiar – 1º Semestre de 2007 (fonte ARS Algarve – Gabinete de Planeamento)

- Taxa de cobertura de consultas de Planeamento Familiar - **16,7 %**
- N.º médio de consultas - **1,38**

Contraceptivos

Não tem havido rupturas de stok's. As falhas prendem-se com a solicitação insuficiente dos profissionais. Foi criado um software específico com ligação directa à Farmácia da ARS para monitorização dos consumos. O implante foi disponibilizado recentemente para os Centros de Saúde.

Relativamente às Consultas para Jovens, estas, existem em praticamente todos os Centros de Saúde. Existe uma parceria com a APF do Algarve para utilização da Unidade Móvel, que tem feito distribuição

de métodos contraceptivos, aconselhamento e encaminhamento, em especial junto da população migrante.

SEXOLOGIA

Não existe nenhuma resposta nos serviços públicos de saúde no Algarve.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST'S)

Mantém-se a sub notificação. Relativamente em particular ao VIH/SIDA, o distrito de Faro, mantém-se em 4.^o lugar a nível nacional, com uma prevalência de 375,8 casos por 100 mil habitantes. O CAD (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA) local, tem procurado aumentar a população abrangida, através da Unidade Móvel da APF, chegando junto da população universitária, presidiária, prostitutas e minorias étnicas.

VIGILÂNCIA ONCOLÓGICA

Cancro da Mama

Em Setembro de 2005, iniciou-se Rastreio dirigido a todas as mulheres entre 50 e 67 anos. Não contando com o Concelho de Faro, esta acção caracterizou-se da seguinte forma (*fonte Dr. Mariano Ayala da ARS*):

- Nº de mulheres contactadas - **35.000**
- Nº de mulheres elegidas - **15.350**
- Nº de mulheres com repetição de aferição - **289**
- Nº de pessoas tratadas - **53**
- Taxa de adesão - **45 %**

- Taxa de aferição - **1,9 %**
- Taxa de detecção - **4 por mil**

Cancro do Colo do Útero

Mantém-se a metodologia de Rastreio oportunista. Houve alteração na convenção do laboratório que processa as citologias, tendo sido elaborado um protocolo com o Laboratório do Hospital do Barlavento e o IPO de Lisboa. Tem-se verificado desde essa mudança, um aumento significativo do n.º de citologias realizadas. Ainda não se percebe bem porquê, podendo estar relacionado com a mudança em si ou com uma melhor cobertura da população que não tinha médico atribuído. Para além do aumento quantitativo do n.º de citologias, também a qualidade diagnóstica tem melhorado significativamente. Está neste momento em projecto um Rastreio sistemático organizado pela ARS com data previsível de começo 2008. **x**

A propósito de um aniversário.... Algumas palavras.

Manuela Sampaio [Presidente da APF]

Ocorreu recentemente o 10^o aniversário da linha telefónica de apoio à sexualidade juvenil da APF, Sexualidade em Linha. Este serviço, disponibilizado pela APF, em parceria com a Secretaria de Estado da Juventude, revelou-se altamente necessário e vem cumprindo a sua missão ao longo de uma década, mantendo níveis de procura elevados, numa época em que as necessidades e as consequentes respostas sociais tendem a ter ciclos de vida bastante curtos. Na verdade, a estatística mostra-nos que ao longo destes 10 anos foram atendidas 350.000 chamadas, para além da resposta a inúmeros e-mails. A actualidade do serviço mantém-se, dado que no ano de 2007 foram contabilizadas 9741 chamadas telefónicas.

Embora o serviço tenha sido pensado e contratualizado para satisfazer necessidades de informação dos públicos juvenis, o certo é que a procura ultrapassa esse público específico e responde às dúvidas de todos os públicos, apesar da existência de outras linhas de atendimento para problemáticas específicas.

Lembro-me perfeitamente do dia 1 de Junho de 1998, em que, como Presidente da APF em anterior mandato, tive o privilégio de assinar o protocolo de

implementação do projecto de criação da linha de apoio telefónico para a sexualidade juvenil, «Sexualidade em Linha», nas instalações do Instituto Português da Juventude. Tratava-se de um projecto pioneiro e à APF era pedido não só que organizasse, gerisse e efectuasse o serviço de atendimento, bem como procedesse à formação técnica dos profissionais de atendimento, e mantivesse um serviço de supervisão que garantisse a qualidade da operacionalização do projecto e prestasse apoio técnico e científico aos profissionais no terreno.

A longevidade e a vitalidade deste projecto, patentes nos resultados estatísticos já referenciados, provam a justeza da decisão da criação deste serviço de apoio e atestam a validade das parcerias entre Instituições Públicas e ONG. Esta é uma das muitas histórias de sucesso resultantes das parcerias que, ao longo dos 40 anos de existência da APF, têm sido celebradas entre os poderes públicos e a Associação.

Poderemos perguntar-nos qual a validade, nos dias de hoje, de uma linha de atendimento telefónico, quando a informação sobre as problemáticas sexuais está tão disseminada e o acesso à consulta on-line tão facilitado.

tado. Na verdade, por mais informação disponível que exista, há sempre momentos em que a dúvida assalta ou a necessidade de informação personalizada se torna premente. Quando o face a face de uma consulta não é possível nem conveniente, quando a dúvida assalta, quando a urgência não se compadece com a espera, quando não se quer que a identidade seja conhecida, o «face a face telefónico», com a sua privacidade, confidencialidade e possibilidade de disfarce identitário, é a resposta adequada e tantas vezes salvadora.

Mitos, falsas crenças, dúvidas, desesperos, brincadeiras, disfarces são o dia a dia dos atendedores que, com as suas capacidades e dificuldades, respondem de forma tecnicamente informada e com compreensão pelo outro, transformando a escuta activa e o saber técnico em apoio psicossocial e em informação qualificada.

A Direcção da APF tem, pois, de agradecer a todos os técnicos que ao longo destes 10 anos deram corpo a este projecto, mesmo a muitos daqueles que já o abandonaram, na certeza de que o saber técnico adquirido nestas funções, foi certamente rentabilizado noutros projectos.

Cumpre-me ainda fazer votos para que, enquanto for necessária e continuar a justificar-se esta intervenção, a APF e seus colaboradores prestem um serviço de qualidade que possa constituir uma mais valia para o apoio e informação de todos os que desejem ou necessitem de nos contactar.

Obrigada a todos e a todas.

A "Sexualidade em Linha" fez 10 anos no dia 1 de Junho de 2008

Duarte Vilar *[Director Executivo da APF]*

Durante estes 10 anos, este serviço dirigido aos jovens, respondeu a mais de 127 mil chamadas de rapazes e raparigas que procuravam resposta a dúvidas sobre a sua sexualidade, sobre o seu corpo, sobre a contraceção, sobre onde recorrer para encontrar apoios em saúde. Durante estes 10 anos, milhares de jovens acederam aos serviços de saúde através da Sexualidade em Linha. A mesma equipa técnica tem também dado resposta a milhares de e-mails, igualmente em busca de informação e apoios.

A "Sexualidade em Linha" tem sido, pois, um recurso único, na promoção da educação sexual e da saúde sexual e reprodutiva de várias gerações de jovens portugueses. Preveniu, seguramente, muitas situações e comportamentos de risco. Ajudou muitos (as) jovens em situações de ansiedade e desorientação. Ajudou muitos(as) jovens a crescer melhor, em harmonia consigo próprios(as).

A "Sexualidade em Linha" é um serviço útil, a que é fácil chegar, de forma quase gratuita e sempre confidencial. Um serviço que tem funcionado sempre com enorme qualidade técnica assegurado por uma equipa que recebe regularmente formação e supervisão.

Durante estes 10 anos, a "Sexualidade em Linha" apoiou também muitos profissionais e muitos familia-

res de jovens que procuravam ajuda para poderem, por sua vez, apoiar os (as) jovens.

Passados 10 anos, a Linha é, no entanto, ainda desconhecida de muitos(as) jovens das gerações mais recentes, sendo necessário aumentar a sua divulgação através de campanhas e actividades regulares de publicidade.

Por outro lado, é necessário reforçar a perspectiva deste serviço como um instrumento de parceria, com os serviços e profissionais de saúde, com as escolas e professores(as), com os(as) técnicos(as) e activistas que trabalham com jovens em projectos e serviços comunitários.

A Associação para o Planeamento da Família foi essencial na organização deste serviço para jovens, tendo decorrido somente 4 meses entre o pedido à APF para que ajudasse a criar a "Sexualidade em Linha" e a sua inauguração em 1 de Junho de 1998 e, ao longo destes 10 anos, a APF teve a responsabilidade técnica pelo seu funcionamento diário.

Como organização que tem defendido e promovido activamente os direitos sexuais e reprodutivos dos(as) jovens em Portugal, a APF não pode deixar de estar orgulhosa pela sua colaboração nesta iniciativa que, em boa hora, o IPJ decidiu criar.

10 Anos sobre a Sexualidade em Linha

Sandra Gil [Coordenadora da Sexualidade em Linha] e Equipa Técnica

O Instituto português da Juventude (IPJ) e a Associação para o Planeamento da Família (APF) celebraram um protocolo, a 1 de Junho de 1998, para a criação de um serviço de ajuda único em Portugal: a **Sexualidade em Linha**.

A Sexualidade em Linha surge como um serviço de aconselhamento telefónico e de resposta a e-mail na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, privilegiando o acesso a uma resposta técnica, empática e eficaz de ajuda imediata, mas também de orientação e encaminhamento de quem telefona, caso seja necessária a intervenção de outros profissionais, nomeadamente, na área da saúde, da justiça ou da acção social.

Este serviço de ajuda é uma ferramenta de trabalho na área do Planeamento Familiar e da Educação Sexual em Portugal, ajudando as pessoas a fazer escolhas livres e informadas, transmitindo, tanto quanto possível, a responsabilização de cada uma, pelos seus comportamentos sexuais.

A EQUIPA

A Sexualidade em Linha está a cargo de técnicos (as) especializados (as) em aconselhamento na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, e é dirigida por uma coordenação devidamente qualificada.

A acção da equipa é pautada por critérios rigorosos, com respeito pelas opções religiosas, éticas e morais das pessoas que acedem a este serviço, às quais é garantido o total direito ao anonimato, confidencialidade e sigilo.

A equipa procura, sempre que possível, colaborar na clarificação do problema, discutindo alternativas para a resolução da situação, fomentando sempre a participação activa de quem telefona durante todo o processo. Se necessário, encaminha as pessoas indicando os recursos institucionais disponíveis na sua base de contactos públicos, que a coordenação e a equipa reorganizou, sendo continuamente actualizada.

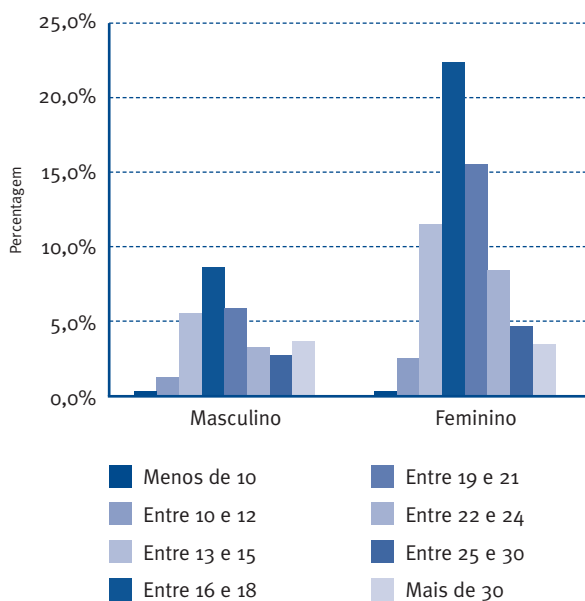
ATENDIMENTO/ACONSELHAMENTO TELEFÓNICO

Ao longo de dez anos, a Linha recebeu mais de 350 000 chamadas. Os dados demonstram as suas potencialidades de intervenção e de ajuda: pelo atendimento personalizado, pela fácil acessibilidade, confidencialidade, anonimato, mas também pela crescente especialização da equipa de profissionais que dá resposta às questões.

Em 10 anos de trabalho, foram recebidas 127 206 chamadas telefónicas, designadas como efectivas, das quais:

- 95,9% foram efectuadas pelo/a próprio/a;
- 64,8% das pessoas que telefonaram pertencem ao sexo feminino e 35,2% ao sexo masculino;
- O grupo etário dos 16-18 anos foi o que solicitou mais pedidos de informação e/ou ajuda;
- A proveniência das chamadas é maioritariamente do Norte do país (41,7%);
- Os pedidos de esclarecimento mais frequentes foram: 64,8% de informações gerais sobre a sexualidade (masturbação, relacionamento sexual, anatomia/fisiologia) e 35,2% de informações sobre os métodos contraceptivos.

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA POR GÉNERO



E-MAIL COUNSELLING

Para além da vertente do aconselhamento telefónico, a Sexualidade em Linha também continua a dar resposta às questões que chegam, via e-mail, através do Portal da Juventude do IPJ. Durante estes meses de 2008 (Janeiro a Outubro), a equipa respondeu a 5 538 e-mails.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DA SEXUALIDADE EM LINHA

- anatomia e fisiologia (ex: resposta sexual feminina e masculina, aparelho genital, ciclo menstrual, tamanho do pénis, menarca, ejaculação);
- aspectos ginecológicos e andrológicos (ex: consulta e exames ginecológicos, consulta e exames andrológicos, menopausa, andropausa);
- ciclos de vida (ex: puberdade, adolescência, adultícia, 3ª Idade);
- comportamentos sexuais (ex: práticas sexuais, masturbação, cibersexo);
- dificuldades sexuais (ex: disfunção eréctil, ejaculação precoce, dispareunia, primeiras relações sexuais, dor no feminino e no masculino);
- dinâmica familiar (ex: problemas conjugais, famílias disfuncionais, novas dinâmicas familiares, dificuldades de comunicação);

- gravidez (ex: teste de gravidez, sinais/sintomas de gravidez, receio de engravidar, gravidez, infertilidade);
- interrupção voluntária da gravidez (ex: informações sobre a interrupção e legislação, pedido de IVG e encaminhamento);
- infeções sexualmente transmissíveis (ex: informações gerais, prevenção, situações de riscos, tratamentos);
- métodos contraceptivos (ex: informações gerais sobre os métodos, vantagens e desvantagens, eficácia, situações de risco);
- orientação sexual (ex: coming out, encaminhamentos, práticas sexuais, informações gerais);
- relações interpessoais (ex: amizade, namoro, conjugalidade, família);
- situações de crise (ex: gravidez não planeada, relações de risco, saúde mental);
- violência e abuso sexual (ex: maus tratos, bullying; pedofilia);
- outros.

NO FUTURO....

A Sexualidade em Linha pretende ser também um instrumento de apoio interactivo, actualizado e dinâmico, no desempenho de outros profissionais que abordam esta temática e que se confrontam com um sem número de questões perante as quais sentem dificuldades em esclarecer e que podem optar pelo encaminhamento dos casos ou apoiarem-se directamente neste serviço, de forma a aumentar a sua capacidade de resposta.

Testemunhos

A Sexualidade em Linha é um projecto que tem dado mostras do seu potencial, nunca se esgotando nas suas capacidades para continuar a avançar de forma positiva e inovadora. Em 10 anos de existência muito mudou, mas muito há ainda a fazer.

A Sexualidade em Linha deve ser apresentada aos profissionais das mais diversas áreas, especialmente aos do Ensino e da Saúde, como um **instrumento de apoio** no seu trabalho. A sua utilidade deve ser percebida quer a nível pessoal, quer a nível profissional, por exemplo, no encaminhamento dos jovens e adultos para este serviço de ajuda.

Para a equipa tem sido muito gratificante, todo o esforço, dedicação, trabalho e empenho que tem depositado neste serviço. A Sexualidade em Linha tem vindo a demonstrar as suas potencialidades, pela acessibilidade, anonimato e confidencialidade, e pela especialização dos seus profissionais que garantem sempre uma informação com rigor científico e sem juízos de valor.

Sandra Gil [*Psicóloga, Técnica da APF e Coordenadora da Sexualidade em Linha*]

Quando a APF me convidou a participar na formação do primeiro grupo de Técnicas e Técnicos que iriam integrar a equipa da Sexualidade em Linha, fiquei muito entusiasmada: os projectos eram inovadores e o dinamismo das pessoas envolvidas contagiante. Ao longo dos anos tenho tido outras oportunidades de colaborar com a Linha e pude constatar que o seu entusiasmo

não diminuiu. A Sexualidade em Linha mantém-se viva, inovadora, dedicada, prestando ao País e a todas/os uns serviço notável. Parabéns à Equipa e obrigada, muito obrigada, pelo vosso trabalho!

Conceição Brito Lopes [*Jurista, Voluntária APF*]

Acredito na importância do projecto da Sexualidade em Linha. É um serviço de acesso simples e do outro lado do telefone encontra-se sempre uma voz capaz de responder e orientar nas dificuldades e dúvidas. Nem mesmo a actual facilidade de acesso à informação através da internet, fez com que este serviço perdesse o seu lugar. Ser ouvido e encontrar alguém com quem conversar. Ser ouvido sem ser visto. Encontrar uma voz para dialogar. Aconselhamento anónimo mas não anónimo.

Continuem por favor.

Por mim, sinto-me carinhosamente próxima da Linha. Lembro-me de ter participado nas formações para os técnicos da Linha e nos encontros da APF há sempre alguém da Linha a colocar questões e a falar das experiências vividas, que eu acho úteis e enriquecedoras. Gosto de ver como ao longo destes anos têm mantido o entusiasmo na sua própria formação.

Dez anos são um caminho. Servem os aniversários para dar alento para novos dias. É o que vos deixo.

Lisa Ferreira Vicente [*Ginecologista/Obstetra, Voluntária APF*]

A Sexualidade em Linha entrou, este ano, na sua fase pubertária. Está, assim, mais crescida, mais enriquecida de experiências e de saber prático adquirido.

Nesta década, a sociedade portuguesa, relativamente às questões da sexualidade humana, sofreu mudanças significativas. Saltou de uma incipiente difusão da informação para um tsunami quantitativo de fontes informativas, incluindo a Internet, sobre as questões sexuais. Mesmo que todas fossem boas, adequadas e correctas – o que infelizmente não acontece – ficaria sempre o necessário peneirar da informação para a enquadrar na vivência idiossincrática de cada um.

Assim, nos primórdios da Sexualidade em Linha, o seu papel situava-se muito mais em ajudar os jovens a vencer as barreiras da ignorância sobre as matérias relacionadas com a sexualidade. Hoje, a sua missão situa-se num nível diferente e que é de uma complexidade muito maior, uma vez que decorre de informações contraditórias ou confusas. E, claro, também das inevitáveis dessincronias entre o plano racional e emocional, tão frequentemente presentes na vivências das experiências sexuais e amorosas.

A minha experiência pessoal, como supervisor da Sexualidade em Linha, ao longo de vários anos, tem sido gratificante e enriquecedora, na exacta medida em que quase sempre tenho encontrado uma equipa disponível para aprender e fazer melhor, relevando para um plano secundário o papel que me compete – ajudar uma equipa a crescer e a encontrar o seu próprio caminho para o fazer.

Aos que por ela passaram e aos que agora lá estão, um carinho sentido, neste aniversário.

José Pacheco [*Vice-Presidente da APF, Director da Revista “Sexualidade e Planeamento Familiar” e Supervisor da Sexualidade em Linha*]

Organismos das Nações Unidas assinam declaração conjunta para pôr fim à mutilação genital feminina

O presente documento, a publicar em breve pela APF, inicia-se com um texto de compromisso assinado pelos mais altos responsáveis das Nações Unidas - **Eliminação da mutilação genital feminina: um imperativo.**

A expressão “mutilação genital feminina” (também chamada “corte dos genitais femininos” e “mutilação genital feminina/corte”) refere-se a todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos ou quaisquer danos infligidos aos órgãos genitais femininos por motivos não médicos. Estima-se que entre 100 e 140 milhões de meninas e mulheres em todo o mundo tenham sido submetidas a estes processos e que anualmente 3 milhões de meninas correm o risco de sofrer uma mutilação genital. Há registo da prática de mutilação genital feminina por todo o globo, embora predomine nas regiões do Oeste, Este e Nordeste de África, em alguns países da Ásia e Médio Oriente e entre certas comunidades de imigrantes na América do Norte e Europa.

Não são conhecidos quaisquer benefícios para a saúde advindos da mutilação genital feminina. Pelo contrário, é do conhecimento comum que a prática prejudica das mais diversas formas meninas e mulheres. Antes de mais, é dolorosa e traumática. A remoção ou lesão de tecido genital saudável interfere com o funcionamento natural do corpo e tem, quer no imediato quer a longo prazo, consequências na saúde. Por exemplo, recém-nascidos cuja mãe tenha sido submetida a mutilação genital feminina sofrem de uma taxa de mortalidade neonatal superior, quando comparada com recém-nascidos de mulheres que não foram submetidas a este procedimento.

As comunidades que praticam a mutilação genital feminina apresentam uma variedade de razões de índole social e religiosa para a sua continuação. Do ponto de vista dos direitos humanos, a prática reflecte uma desigualdade entre sexos profundamente enraizada e constitui uma forma extrema de discriminação contra as mulheres. A mutilação genital feminina é quase sempre exercida sobre menores, sendo, por conseguinte, uma violação dos direitos da criança. Do mesmo modo, a prática viola os direitos à saúde, à segurança e integridade física da pessoa, o direito de estar livre de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante e o direito à vida, quando daí resulta a morte.

Décadas de trabalho de prevenção levado a cabo por comunidades locais, governos e organizações nacionais e internacionais contribuíram para a redução da prevalência da mutilação genital feminina em algumas áreas geográficas. Comunidades que adoptaram processos colectivos de tomada de decisão foram capazes de abandonar a prática. Na realidade, quando as comunidades se decidem pelo abandono da mutilação genital feminina, esta pode ser eliminada muito rapidamente. Diversos governos fizeram aprovar legislação contra esta prática e, onde estas leis foram complementadas por programas de educação culturalmente orientados e campanhas de sensibilização/informação, a prevalência também diminuiu. Organizações nacionais e internacionais têm desempenhado um papel crucial no advogar o combate à mutilação e no sistematizar dados e informação que corrobora as suas consequências prejudiciais.

A Declaração Solene Sobre a Igualdade de Género em África, da União Africana e o seu Protocolo à Carta Africana para os Direitos Humanos e dos Povos Sobre os Direitos das Mulheres em África constitui uma contribuição de grande valor para a promoção da igualdade de género e para a eliminação da mutilação genital feminina.

Contudo, apesar de alguns sucessos, a redução da taxa global de prevalência da mutilação genital feminina tem sido lenta. Fortalecer o trabalho para a eliminação desta prática é, portanto, um imperativo à escala global, essencial para a concretização de muitos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A presente Declaração é um apelo a todos os Estados, organizações nacionais e internacionais, à sociedade civil e às comunidades para que defendam os direitos de meninas e mulheres. É, também, um apelo a esses organismos e comunidades para que desenvolvam, intensifiquem e apoiem acções específicas e concretas, e orientadas com vista a acabar com a mutilação genital feminina.

Em nome das nossas respectivas agências, reafirmamos o nosso compromisso para a eliminação da mutilação genital feminina no espaço de uma geração.

Louise Arbour, Alta Comissária

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUDH)

Peter Piot, Director Executivo

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH / SIDA (ONUSIDA)

Kemal Dervis, Administrador

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Abdoulie Janneh, Subsecretário Geral e Secretário Executivo

Comissão Económica para África (UNECA)

Koïchiro Matsuura, Director-Geral

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)

Thoraya A. Obaid, Directora Executiva

Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA)

António Guterres, Alto Comissário para os Refugiados

Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR)

Ann M. Veneman, Directora Executiva

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)

Joanne Sandler, Directora Executiva

Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM)

Margaret Chan, Directora-Geral

Organização Mundial da Saúde (OMS)



Desdobráveis

Implante Contraceptivo e o Anel Contraceptivo

Novos desdobráveis de carácter informativo sobre dois recentes métodos contraceptivos - o Implante e o Anel Contraceptivo (o que são, como actuam, vantagens e contra-indicações, o que é essencial saber sobre estes métodos e onde recorrer para mais informações). A produção destes materiais contou com o apoio da Schering-Plough.

Postal e Cartaz

“Escolhe a Contraceção que melhor se adequa à tua sexualidade”

Constituíram os materiais de suporte produzidos com o apoio da Janssen-Cilag e Schering-Plough no contexto da 6ª edição da Semana de Esclarecimento Contraceptivo da APF, realizada entre 22 e 26 de Setembro. Tendo por lema “Toma decisões que melhorem a tua vida”, esta Campanha centrou-se na informação e difusão dos três métodos contraceptivos mais recentes, nomeadamente o Implante, o Anel e o Adesivo e foi dirigida muito especialmente aos jovens entre os 16 e os 25 anos, procurando dar a conhecer alternativas de contraceção disponíveis e a possibilidade de escolher a que melhor se adequa a cada um.



Puzzle

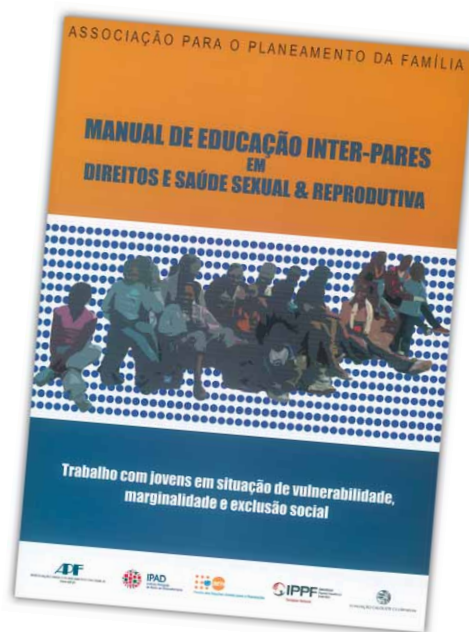
Quem sou eu? Os Afectos e a Sexualidade

Conjunto de cubos que formam puzzles, um excelente instrumento lúdico e pedagógico para crianças em idade pré-escolar já que o jogo permite familiarizarem-se com os diversos conceitos relacionados com a sexualidade.

Manual

Manual de Educação Inter-Pares em Direitos e Saúde Sexual & Reprodutiva

Edição portuguesa, da responsabilidade da APF/Projecto ROSA (Responsabilidade, Oportunidade, Solidariedade e Acção), um manual de referência para as organizações que trabalham e advogam uma maior qualidade e pro-actividade da educação inter-pares com e entre jovens de grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos.





LINHAS DE ORIENTAÇÃO MÉDICAS E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

PARA SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



Destinadas a Médicos/as, Enfermeiros/as e outros profissionais de saúde, estas linhas de orientação técnica fornecem um manancial de informação muito útil, redigida de forma simples e sistemática, tornando-as essenciais para uma acção de qualidade nos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva