

Stella R. Taquette<sup>1</sup>  
Marília Mello de  
Vilhena<sup>2</sup>

# Adolescência, gênero e saúde

*Adolescence, gender and health*

## RESUMO

Este artigo se propõe a discutir os conceitos de sexo, gênero e sexualidade em suas implicações na saúde de adolescentes a partir da constatação de que, se o *machismo* é fruto de uma construção social, ele pode ser desconstruído. Os estudos de gênero têm sido úteis no combate ao determinismo biológico da dominação masculina e, conseqüentemente, na elaboração de novas propostas de intervenção. A adolescência é uma etapa da vida que exemplifica singularmente a ampliação dos riscos à saúde provocada por um sistema de gênero que atribui mais poder ao homem. Os profissionais de saúde devem considerar tais conceitos a fim de obter melhor resultado em suas ações preventivas e curativas.

## ABSTRACT

*The purpose of this article is to discuss the concepts of sex, gender and sexuality in adolescents' health, based on the fact that if sexism is a social construction it can be deconstructed. Gender studies have been utilized to argue against the biologic determinism concept of masculine dominance and consequently to plan new intervention propositions. Adolescence is a life stage that clearly exemplifies and amplifies the health risks promoted by a gender system that attributes more power to men. Healthcare professionals should analyze these concepts so to obtain a better outcome in their preventive and curing actions.*

## SEXO E GÊNERO

Sexo é um termo que se refere tanto às sensações corporais quanto ao aparelho genital, aos sentimentos afetivos ou amorosos, às regras de parentesco, etc.<sup>(3)</sup>. A medicina tem, ao longo da história, produzido conceitos sobre sexo e sexualidade. A distinção entre sexo e gênero é necessária para desconstruirmos a convergência entre naturalização (religiosa) e biologização (científica) dos gêneros e da sexualidade.

O termo *sexo* nos estudos de gênero designa aspectos da biologia e se refere à descrição das diferenças anatômicas básicas entre homens e mulheres. *Sexo* não é gênero, fêmea não é sinônimo de mulher e nem macho significa homem. O termo *gênero* refe-

re-se à diferenciação social entre homens e mulheres. Foi introduzido na década de 1970 na tentativa de refrear o avassalador determinismo biológico e distinguir formas culturais de masculino e feminino. A palavra *gênero* é inapropriadamente usada hoje como sinônimo de *sexo*, *mulher* ou *feminista*. No sentido mais apropriado, gênero se refere a um sistema de signos e símbolos que denotam relações de poder e hierarquia entre sexos. O gênero depende de como a sociedade transforma um macho num homem e uma fêmea numa mulher. A construção cultural do gênero é evidente quando se verifica que feminino e masculino modificam-se em diferentes sociedades e épocas<sup>(13)</sup>. O conceito de gênero torna possível um entendimento renovador e transformador de diferenças e desigualdades entre homens e mulheres<sup>(9)</sup>.

<sup>1</sup> Professora-adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ); coordenadora da Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), UERJ.

<sup>2</sup> Psicanalista; mestra em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ); graduada e licenciada em Filosofia pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IFCS/UFRJ); doutora em Comunicação pela Escola de Comunicação (ECO) da UFRJ; psicóloga do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hospital Pedro Ernesto, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NESA/HUPE/UERJ).

## CONSTRUÇÃO CULTURAL DA DIFERENÇA DE SEXOS

A diferença entre os sexos feminino e masculino é resultado de uma construção cultural.

Antigamente a mulher era definida sexualmente como um homem invertido, com os mesmos órgãos que o homem, só que para dentro. Essa concepção científica, denominada *one-sex model*, foi dominante até o século XVIII, período em que a mulher era considerada inferior. A distinção entre homens e mulheres baseava-se não na anatomia, mas em papéis políticos e econômicos<sup>(3)</sup>. No final do século XVIII, a sociedade e a percepção médico-científica da realidade anatômica feminina mudaram. Como no mundo real o macho dominava a fêmea, criou-se uma nova ordem cultural para justificar a incapacidade da mulher na vida pública e sua vocação para os cuidados do lar. O corpo sexual feminino passou a ser causa e justificativa das desigualdades supostamente naturais entre homens e mulheres. A ciência médica, enfim, avalizou o que a ideologia já estabelecera. No final do século XIX instituiu-se a crença na inferioridade física da mulher na execução de tarefas socioeconômicas e políticas. A distinção entre o natural e o cultural visa definir e mesmo justificar a manutenção das relações hierárquicas entre os gêneros e as raças<sup>(8)</sup>.

## MOVIMENTO FEMINISTA E ESTUDOS DE GÊNERO

O pilar básico do movimento feminista consiste na luta pela igualdade, e os estudos de gênero foram meios de institucionalizar a reflexão impulsionada pelo diálogo do feminismo com a academia brasileira. Eles vieram preencher as lacunas de conhecimento sobre a situação das mulheres nas mais variadas esferas e denunciar a posição de subordinação/opressão a que estavam submetidas no Brasil. O feminismo, constantemente associado aos estudos de gênero, originou-se de vários acontecimentos políticos desde o século XVIII. Após a descoberta de novas técnicas contraceptivas que deram à mulher mais liberdade para se dedicar a outras atividades que não o lar e a família, as feministas passaram a reivindicar direitos (voto, educação, trabalho).

O movimento feminista provocou grandes mudanças nas relações de gênero, com discussões

sobre a desigualdade nas relações de poder. Os estudos de gênero muito contribuíram para a discussão sobre sexualidade através da crítica ao determinismo biológico da dominação masculina<sup>(2)</sup>.

## GÊNERO, SAÚDE E ADOLESCÊNCIA

Os modelos hegemônicos de gênero na cultura ocidental atual representam problemas e riscos à saúde e ao bem-estar de homens e mulheres. Várias condições clínicas estão diretamente relacionadas a um sistema de gênero pautado na dominação masculina, o que é bastante evidente quando se trata de indivíduos na faixa etária da adolescência. Podemos dar o exemplo das taxas de mortalidade, cujas causas externas são as primeiras e predominam entre os homens. Os rapazes são as maiores vítimas e, ao mesmo tempo, os principais perpetradores. Esse alto índice de mortalidade relaciona-se diretamente com o papel de gênero masculino. Os meninos são pressionados à agressividade e à competição. Existe uma constelação de comportamentos de risco dos rapazes: uso de bebidas alcoólicas, brigas, violência e atividade sexual sem proteção. Deve-se arriscar sempre, mesmo que para isso tenha que ser agressivo. Sua socialização se faz geralmente no caminho da auto-suficiência e da independência, na ocultação das emoções, na não-preocupação com a saúde e na ausência de busca por ajuda em momentos de sofrimento. A masculinidade é medida por poder, riqueza e sucesso: quanto mais rico, poderoso e bem-sucedido, mais macho.

No campo da sexualidade evidencia-se claramente maior exposição a riscos à saúde de ambos, tanto rapazes quanto moças. O homem tem intensa intimidade com o prazer sexual e a liberdade de seu exercício. Sua sexualidade é percebida como algo incontrolável. Eles procuram o sistema de saúde quando estão preocupados com o desempenho sexual, e não por necessidade de planejamento familiar<sup>(1)</sup>. Arriscar-se sexualmente e conquistar um número maior de parceiros faz parte do discurso da masculinidade<sup>(4)</sup>. Os meninos muitas vezes fingem ser bastante informados sobre sexo, sentem

que não podem expor suas dúvidas e quando têm uma doença sexualmente transmissível (DST), geralmente recorrem à automedicação.

A sexualidade feminina é vivenciada como objeto de conquista e controle masculino, submissa à sua dominação, silenciosa, conformista. As mulheres tendem a demonstrar inexperiência sexual para caracterizar sua decência. Em relação às adolescentes, mais freqüentemente vítimas de violência e abuso sexual, não se valorizam a intimidade e o respeito. A violência de gênero é tão naturalizada culturalmente que muitos homens ignoram que estão praticando violência e muitas mulheres não se percebem violentadas<sup>(7)</sup>. As meninas são educadas para aceitar passivamente a violência masculina. Segundo Giffin<sup>(5)</sup>, na sociedade capitalista o feminino identifica-se com a esfera da reprodução, o cuidar do outro, a afetividade, a vida familiar.

As mulheres encontram-se em desvantagem na negociação do uso da camisinha, em função do cenário das relações de gênero. A entrada feminina na vida sexual difere grandemente da masculina. Enquanto para elas a primeira relação sexual torna-se um momento decisivo de construção de um relacionamento verdadeiro, eles a encaram no contexto de iniciação pessoal no qual a relação com a parceira conta pouco<sup>(6)</sup>.

A desigualdade nas relações entre homens e mulheres dificulta o exercício seguro da sexualidade. O uso do preservativo masculino pode significar para a parceira um sinal de fraqueza ou de desconfiança. Verdadeiros machos possuem uma sexualidade impulsiva, irrefreável<sup>(12)</sup>.

Apesar de a AIDS transmitir-se principalmente pela via sexual e de o maior número de casos notificados ser entre homens heterossexuais, eles costumam ter relações sexuais com numerosas parceiras, não se sentem ameaçados pela epidemia nem pertencentes a um grupo de risco, já que pela lógica social de gênero esse é o comportamento deles esperado. Em algumas situações, proíbem suas mulheres de usar anticoncepcionais, temendo que lhes sejam infieis; noutras forçam o sexo, a não-utilização de camisinha, facilitando a ocorrência de uma DST<sup>(10)</sup>.

Pesquisa realizada por Taquette *et al.* (2004) com adolescentes de ambos os sexos revelou que os rapazes têm maior número de parceiras e iniciam a atividade sexual mais cedo. As moças, por sua vez, usam menos preservativo e são as principais vítimas de abuso sexual. Esses dados confirmam um modelo sustentado em valores tradicionais de gênero que demarcam as esferas masculina e feminina supondo uma supremacia da primeira.

## CONCLUSÕES

Os condicionantes de gênero da cultura dificultam, para homens e mulheres, ações em benefício da saúde. É necessário pensar em estratégias diferenciadas de informação, pois se trata de corpos sexuais e reprodutivos distintos. O debate em torno da promoção da saúde sexual e reprodutiva deve incluir o homem como protagonista tanto quanto a mulher já é colocada. Essa inclusão não deve ser feita somente como ponto de apoio para a promoção do bem-estar das mulheres.

Tanto a elaboração de políticas públicas quanto o trabalho de orientação em sexualidade e saúde devem levar em conta as questões de gênero. De nada adianta indicarmos a uma adolescente o uso do preservativo em todas as relações sexuais para se proteger de uma gravidez indesejada ou de uma DST se não questionarmos a naturalidade com que ela se submete aos desejos de seu parceiro. As práticas preventivas em saúde devem considerar que a sexualidade resulta de uma dinâmica de fatores sociais, históricos e econômicos.

Embora os homens adolescentes sejam os principais autores e as maiores vítimas de agressões, pouco se tem refletido sobre a associação entre violência e gênero. Em relação às DSTs, é preciso ampliar a discussão em torno dos modelos culturalmente construídos de masculinidade e feminilidade para um controle mais efetivo das mesmas.

## > REFERÊNCIAS

1. Arilha M. Homens entre a "zoeira" e a "responsabilidade". In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. Homens e masculinidades. Outras Palavras. São Paulo: Editora 34. 1998; 51-78.
2. Barbosa RHS. Aids e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin K, Costa SH (org.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1999; 281-98.
3. Costa JF. O referente da identidade homossexual. In: Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1996; 63-89.
4. Garcia SM. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. Homens e masculinidades. Outras Palavras. São Paulo: Editora 34. 1998; 31-50.
5. Giffin K. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: Giffin K, Costa SH (org.). Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1999, 79-94.
6. Heilborn ML. Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn ML (org.). Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1999; 40-58.
7. Muszkat ME. Violência de gênero e paternidade. In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. Homens e masculinidades. Outras Palavras. São Paulo: Editora 34. 1998; 215-58.
8. Rohden F. A construção da diferença sexual na medicina do século XIX. In: A (des)construção do corpo. Blumenau: Edifurb. 2001; 103-31.
9. Strey MN. Gênero. In: Guareschi P et al. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes. 1998; 181-98.
10. Taquette SR, Ruzany MH, Ricardo I, Meirelles Z. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 1437-44.
11. Taquette SR, Vilhena MM, Campos de Paula M. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal entre adolescentes no Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2004; 20(1): 282-90.
12. Villela W. Homem que é homem também pega AIDS? In: Arilha M, Ridenti SGU, Medrado B. Homens e masculinidades. Outras Palavras. São Paulo: Editora 34. 1998; 129-42.
13. Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL. O corpo educado. Belo Horizonte: Autêntica. 1999; 37-82.