

MAIRA GUEDES PILTCHER RECUERO

**INVESTIGANDO POSSÍVEIS IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PREVENÇÃO A DSTs / HIV EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais, da Universidade Católica de Pelotas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helenara Fagundes

Pelotas

2008

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS**

MAIRA GUEDES PILTCHER RECUERO

**INVESTIGANDO POSSÍVEIS IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PREVENÇÃO A DSTs / HIV EM ADOLESCENTES**

Banca Examinadora

Prof^a.Dr^a. Maria da Glória Santana (UFPEL)

Prof.Dr. Gilberto Garcias (UFPEL)

Prof^a.Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UCPEL)

Pelotas, 13 de junho de 2008.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido, José Antônio Recuero, que, por tantos momentos, cuidou de todos para eu poder realizar meus trabalhos, postergando seus projetos.

Aos meus filhos, Rodrigo, Felipe e Mariana, pelo amor, carinho, pela compreensão nos momentos de minha ausência. Suas presenças deram-me forças para vencer este desafio.

Ao meu filho Rodrigo, presença constante com a energia contagiante que lhe é peculiar. Estou certa de que teremos tempos para realizar muitas cavalgadas juntos.

Ao meu filho Felipe, sempre ao meu lado, mesmo em silêncio: “Não sabes o quanto tu foste importante para mim nesta trajetória”.

À pequena Mariana, pelo seu carinho e chamego, os quais me proporcionavam energia para prosseguir: “Com certeza, faremos grandes brincadeiras na praça nos finais de semana!”

“Amo-os muito!”

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Miguel e Ana Maria, pois além de me darem a vida, souberam amar constantemente, amparar nos momentos difíceis, suportar o vazio da ausência para que pudesse chegar onde estou hoje. Obrigado pelo estímulo constante para o crescimento em busca de novos horizontes.

À minha sogra Maria Ricardina Recuero, que sempre me estimulou e ajudou com suas opiniões e correções dos trabalhos. Sinto saudades e gostaria que estivesse aqui para compartilhar comigo este momento.

À Prof^a. Dr^a. Helenara Silveira Fagundes, orientadora deste trabalho, pelo apoio, carinho, dedicação e principalmente por compartilhar comigo seus conhecimentos.

À Prof^a Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira, professora do mestrado e membro da banca examinadora, com quem tive a oportunidade de compartilhar vários conhecimentos, principalmente na área da saúde.

Ao Prof. Dr. Gilberto Garcias, membro da banca examinadora, colega e amigo que me acompanha a muitos anos. Obrigado pela suas valiosas contribuições para o meu crescimento!

À Prof^a. Dr^a. Maria da Glória Santana, membro da banca examinadora, que com sua minuciosa avaliação deste trabalho muito contribuiu para sua elaboração e me permitiu crescer com o seu saber.

À Prof^a Teresinha Brandão, pela dedicação e disponibilidade para a correção deste trabalho.

Aos professores do mestrado, Prof. Dr. Jabr Hussein Deeb Haj Omar, Prof. Dr. Lúcio André de Oliveira Fernandes, Prof. Dr. Antônio Carlos Martins da Cruz, Prof^a. Dr^a. Vini Rabassa da Silva, Prof. Dr. Jovino Pizzi, Prof^a. Dr^a. Elaine Tomasi,

pela oportunidade de enriquecer a minha vida com seus conhecimentos e permitir novas leituras do mundo.

À Enf^a. e colega Camila Schwonke por estar ao meu lado me incentivando nesta caminhada.

À Valquíria Mendes pelo interesse e dedicação na formatação da dissertação.

À Enf^a. Cláudia Berardi, responsável pela Coordenadoria Municipal de DST/AIDS de Pelotas, pelo desprendimento e colaboração com dados fundamentais e materiais necessários para a elaboração deste trabalho.

Ao amigo e professor José Drummond de Macedo Neto, diretor financeiro da Secretaria Municipal de Saúde, pela ajuda incansável na coleta de dados estatísticos para a pesquisa.

Às colegas do Departamento de Saúde Pública, da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, pela presteza na busca de dados para a pesquisa.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos adolescentes, que desde o primeiro contato se mostraram participativos, conscientes da importância da sua colaboração, e compartilharam comigo suas experiências, suas leituras da vida, e desta forma deram sentido a este trabalho. A eles o meu profundo agradecimento, pois sem eles nada disso seria possível.

Às diretoras das escolas em que desenvolvi meu trabalho, pela receptividade desde os nossos encontros iniciais, pelo interesse, pela disponibilidade do local e fundamentalmente pelo contato que propiciaram com os adolescentes. A vocês, minha eterna gratidão.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

(PAULO FREIRE)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo conhecer as políticas de prevenção a DSTs/HIV do Ministério da Saúde do Brasil, propostas a adolescentes, e, com base nessa análise, avaliar os impactos que tais políticas exercem sobre eles. Para tanto, procedeu-se a uma pesquisa qualitativa, usando-se entrevistas gravadas como método. Estas foram realizadas em duas escolas na cidade de Pelotas, com adolescentes em idade de 12 a 18 anos, selecionados de forma aleatória. Fundamentando-se no exame do conteúdo dos depoimentos, procurou-se delimitar o reconhecimento, pelos adolescentes, das políticas desenvolvidas com esse intuito, bem como identificar as mudanças desencadeadas a um comportamento preventivo eficaz. Os dados coletados foram transcritos a fim de posterior exame e classificação das categorias que emergiram das falas. Observou-se a existência de uma dissociação entre as políticas propostas e as ações desenvolvidas, e, desta maneira, não contribuindo para adoção de comportamentos menos arriscados à saúde. Os resultados apontaram que a base de todo trabalho de prevenção, visando à mudança de comportamento, deve estar centrado na construção da cidadania, objetivando atingir seu propósito.

Palavras-chave:

adolescente, prevenção, DST, HIV, AIDS, Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

This article has as a purpose to know the prevention politics for Sexual Transmitted Diseases/SIDA of the Ministry of Health of Brazil, proposed to teenagers, and, supported on this analysis, to evaluate the impact suffered for them. As a methodology, the researcher used as a procedure the qualitative research, recording interviews. These interviews were made in two schools from Pelotas, with 12-18 year teenagers, selected without any specific criteria. Then, the researchers analyzed the content of the interviews, limiting this not only to analysis on the teenagers recognition of the prevention politics, but also on the changes needed to this behavior become effective. The collected data was transcribed in order to a posterior examination and classified into categories. These categories were emerged from the oral interviews. The investigators observed the existence of differences between the proposed politics and the developed actions, thus not contributing to adoption of less risky health behaviors. The results showed that the basis of all prevention politics may be centered in a citizen building.

Key-words:

teenagers, prevention, Sexual Transmitted Diseases, HIV, SIDA, Health politics

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 OBJETIVOS, PROBLEMA DE PESQUISA E PRESSUPOSTOS	14
1.1 OBJETIVO GERAL.....	14
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.3 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.4 PRESSUPOSTOS.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS	21
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – A VISÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.....	23
2.3 PREVENÇÃO A DSTS/HIV COM ADOLESCENTES: TRABALHOS DESENVOLVIDOS	26
3 O ADOLESCENTE	30
4 VULNERABILIDADE	33
5 METODOLOGIA	38
5.1 TIPO DE ESTUDO	38
5.2 SUJEITOS DO ESTUDO	40
5.3 LOCAL DO ESTUDO.....	41
5.4 INÍCIO DA TRAJETÓRIA	41
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	42
5.6 COLETA, REGISTRO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS	43
5.6.1 As Entrevistas	43
5.6.2 A Sistematização dos Dados.....	46
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	47

6.1 PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS – PELOTAS, RS.....	47
6.2 INFORMAÇÃO E ACESSO ÀS CAMPANHAS DE DSTS/AIDS	50
6.2.1 Significado de DSTs e AIDS para os Adolescentes	50
6.2.2 Formas de Contaminação de DSTs/AIDS e a Prevenção.....	57
6.2.3 Participação e/ou Reconhecimento de Trabalhos de Prevenção de DSTs/AIDS nas Políticas de Saúde.....	60
6.3 VULNERABILIDADE	66
6.3.1 O Uso de Preservativos nas Relações Sexuais.....	67
6.3.2 O Conhecer Versus o Prevenir.....	72
6.3.3 Gravidez, uma Realidade Próxima.....	74
CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICE I.....	89
APÊNDICE II.....	91

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis constituem problemas de grande interesse e preocupação das entidades de saúde, como o Ministério da Saúde, a Organização Mundial de Saúde e outras instituições governamentais e não-governamentais, devido à sua elevada incidência e aos malefícios acarretados à saúde da população, ao meio ambiente e aos erários públicos.

Dessa forma, várias políticas estão sendo desenvolvidas com o intuito de reduzir os impactos e promover reflexões concernentes à prevenção, à vulnerabilidade, à promoção da saúde e aos direitos humanos.

Algumas ações do Ministério da Saúde, em âmbito nacional, e, em nossa cidade, da Coordenadoria Municipal de DSTs/AIDS, têm sido realizadas com tal finalidade, voltadas, em especial, aos adolescentes, objetos desta pesquisa.

No entanto, mesmo diante do trabalho desenvolvido, os números atuais e as estimativas para os próximos anos ainda registram níveis elevados, desafiando profissionais de diferentes áreas na busca de respostas sobre:

- Como essas políticas estão atuando em relação aos adolescentes?
- De que forma é possível sensibilizar esses jovens a fim de adotarem comportamentos os quais não venham a causar danos à sua saúde e à de outrem?

Isso posto, cumpre destacarmos algumas indagações: no último boletim do Ministério, constatamos que os novos casos de HIV não estão registrados em números crescentes; no entanto, isso indicaria que as políticas propostas pelo governo estão sensibilizando os adolescentes? Ora, se assim o fosse, não teríamos o registro de números crescentes de contaminação pelo HPV, preocupante DST, aqui tomada como exemplo. O crescimento pode indicar a ocorrência ainda de relações sem a prevenção necessária. Quem contraiu HPV, poderia ter contraído HIV. Somados a essas reflexões estão os dados colhidos pela Organização Mundial

da Saúde (2006), que estima a ocorrência de cerca de 340 milhões de casos de DSTs por ano, não se incluindo nessa estimativa o Herpes nem o HPV. Assim, é inadiável o questionamento: “prevenção” existe?

Justificamos, pois, a importância deste trabalho valendo-nos, inicialmente, da exposição de dados, com o propósito de mostrar a extensão e a gravidade das enfermidades mencionadas, assim como o de alertar a sociedade para a relevância de políticas de prevenção que as contemplem. A seguir, visando a uma melhor compreensão do foco da pesquisa, apresentaremos o objetivo geral, os objetivos específicos, o problema a que nos propomos responder, bem como os pressupostos manifestos no final do estudo.

A princípio, explicitaremos os pressupostos teóricos da pesquisa, os quais constam de uma breve explanação sobre políticas públicas de saúde, para podermos, em seguida, discorrer sobre elas, notadamente sobre o Programa Municipal de DST/AIDS em que nosso município está inserido. Para finalizarmos este item, apresentaremos alguns trabalhos de prevenção que vêm sendo desenvolvidos com adolescentes em outras regiões. Uma vez que se trata de importantes conceitos, dedicaremos os itens seguintes para discutir e conceituar questões específicas relacionadas aos adolescentes e à vulnerabilidade. Visando atingir os objetivos desta pesquisa, apresentaremos os temas que emergiram das entrevistas com os adolescentes, esperando, por meio deste estudo, contribuir para a construção de políticas benéficas à sociedade.

1 OBJETIVOS, PROBLEMA DE PESQUISA E PRESSUPOSTOS

1.1 OBJETIVO GERAL

- Determinar o impacto das políticas de saúde implantadas à prevenção a DSTs/HIV em adolescentes.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as possíveis mudanças decorrentes das políticas de saúde desenvolvidas de prevenção a DSTs/HIV e reconhecidas por adolescentes que freqüentam escolas em Pelotas.

- Verificar se as políticas de saúde têm-se mostrado acessíveis aos adolescentes.

- Identificar se o conhecimento das políticas de saúde preventivas determina o comportamento preventivo.

1.3 PROBLEMA DE PESQUISA

Mediante a elevada incidência de doenças sexualmente transmissíveis, diretamente relacionada ao comportamento estabelecido pelas pessoas em suas práticas sexuais, cabe-nos interrogar: as políticas de saúde relativas à prevenção a DSTs /AIDS estão sensibilizando os adolescentes?

1.4 PRESSUPOSTOS

- Os adolescentes pouco conhecem ou desconhecem as políticas de prevenção a DSTs/HIV.

- O comportamento dos adolescentes, relacionado à sua prática sexual, torna-os vulneráveis a DSTs/HIV.

- Os adolescentes têm pouca informação concernente a DSTs e a formas de prevenção relativas a elas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Naud et al (2006), as doenças sexualmente transmissíveis constituem uma epidemia de grande magnitude; nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 15 milhões de pessoas sejam infectadas a cada ano e, no Brasil, cerca de 40 milhões.

Para o Center for Disease Control and Prevention, 2002, o reconhecimento desses casos deve se solidificar como uma estratégia comum a todos os programas de controle de infecção pelo HIV (apud NAUD et al. 2006).

Essa afirmação decorre de dois fatos: primeiro, uma DST torna a pessoa mais vulnerável ao HIV, facilitando a inserção do vírus no organismo. Além disso, da mesma forma que contraiu uma DST, poderia contrair o HIV, pois não houve o recurso a qualquer tipo de prevenção.

Ademais, gostaríamos de destacar a ocorrência, entre as várias DSTs existentes, de 5 doenças mais freqüentes e nefastas ao organismo, diagnosticadas em unidades de saúde, públicas ou privadas, a saber:

a) Herpes Simples (HSV) 1 e 2: considerada a DST ulcerativa mais freqüente. É uma doença recorrente e incurável. Pode desencadear complicações, tais como o desenvolvimento de meningite asséptica, retenção urinária e/ou disseminação cutânea e visceral.

b) Papiloma Vírus Humano (HPV): trata-se da DST viral mais comum em âmbito mundial (NAUD, 2006, p.142). Segundo a OMS, há uma estimativa de 30 milhões de novos casos por ano no mundo. Não existe tratamento ideal, não tem cura e recidiva com freqüência. Suas complicações são graves e variam de câncer cervical a outros cânceres anogenitais.

c) Hepatite B: considerada uma das doenças mais freqüentes no mundo. Suas complicações oscilam, sendo possível ao portador desenvolver cirrose, culminando, até mesmo, em morte por hepatite fulminante.

d) Sífilis: conhecida por sua elevada incidência em nosso meio, é mais bem diagnosticada nas fases iniciais, porém, facilmente confundida com outras doenças. Há cura, mas, se não for tratada em tempo hábil, pode causar graves complicações, tais como cegueira, paralisias, inclusive acarretar morte.

e) HIV/AIDS: apontada hoje como uma epidemia mundial, pois, segundo o Ministério da Saúde, existem 40 milhões de pessoas contaminadas em todo o mundo. Não existe cura e seu tratamento consiste em manter a pessoa livre da doença, isto é, somente portadora por mais tempo. Suas complicações abrangem desde doenças oportunistas como, por exemplo, linfomas, pneumonias atípicas, podendo culminar na morte de seu/sua portador/a.

Isso posto, torna-se evidente que tais DSTs dependem de um comportamento preventivo adequado para reverter os dados da realidade. Dessa forma, seus portadores necessitam de políticas sociais intensas relativas à prevenção, quer pela gravidade que causam às pessoas, quer pelo elevado custo do tratamento para o Estado.

Por mais paradoxal que possa parecer, de um lado assistimos ao rápido avanço científico e tecnológico na área da saúde; de outro, à persistência, ao aparecimento ou ressurgimento de doenças como malária, Chagas, DSTs, AIDS, entre outras, as quais se desenvolvem em conseqüência da desinformação, exploração e degradação ambiental. Cumpre-nos destacar que essas enfermidades mantêm-se diretamente associadas ao nosso estilo de vida, ratificando a idéia segundo a qual a mudança do presente quadro é de ordem comportamental.

Diante de tal conjuntura, as políticas dirigidas aos programas de prevenção a DSTs / HIV no Brasil, segundo o Ministério da Saúde, devem tomar como paradigma uma abordagem de saúde que abrigue um desenvolvimento sustentável, uma melhoria da qualidade de vida, um direito de cidadania, uma participação e controle social.

Então, como conciliar o avanço da ciência com diretrizes que contemplem a qualidade de vida da população, de forma ampla, mediante a intensa desigualdade sociocultural com a qual convivemos?

Quando o objetivo é a prevenção de doenças, entendemos que todos esses aspectos devam ser levados em conta a fim de as políticas atingirem seu destino.

Embora tendo realizado uma breve explanação sobre as doenças enfocadas nesta pesquisa, agora, aprofundaremos um pouco mais o assunto, de forma a deixar clara a importância de um comportamento preventivo e responsável no que respeita à saúde da população.

As doenças sexualmente transmissíveis são causadas por vários tipos de agentes, como vírus e bactérias, transmitidas por meio de relações sexuais

desprotegidas. Algumas DSTs são de fácil tratamento e rápida resolução, no entanto, outras, tratáveis do ponto de vista sintomático, porém incuráveis. Abaixo constam as mais significativas ao nosso estudo.

Herpes Simples: infecção recorrente e incurável, desencadeada muitas vezes por stress, relação sexual, menstruação, traumatismos, entre outros fatores. É a doença ulcerativa mais freqüente.

As lesões costumam ser muito dolorosas e acompanhadas de irritação intensa do tecido local. É nessa fase de sintomas que a transmissão pode ocorrer, seja por meio de relação sexual, seja por não-sexual, sendo o último caso mais raro de acontecer. É possível, ainda, suceder a transmissão vertical.

Segundo Naud et al (2006, p.139), “é provável que os homens portadores do Herpes Simples-2 disseminem o vírus por 2 a 5 dias por ano, mesmo na ausência de sintomas. Uma vez contaminada com o vírus, a pessoa ficará com ele para sempre”.

Complicações descritas por Naud et al (2006) apontam: meningite asséptica, que acomete 1/3 das mulheres e 10% dos homens; retenção urinária, por mielite transversa ou disfunção do sistema nervoso autônomo; disseminação cutânea e visceral.

O tratamento objetiva encurtar a duração dos sintomas e prevenir as complicações embora não erradique o vírus. A prevenção deve ser feita por intermédio do uso de preservativos em todas as relações sexuais.

Papiloma Vírus Humano (HPV): considerada a DST viral mais freqüente no mundo. A OMS estima cerca de 30 milhões de novos casos por ano.

Ainda de acordo com Naud et al (2006), dos 30 tipos de HPV conhecidos que infectam a genitália humana, o HPV-16 é o mais comum associado ao câncer de colo uterino. E, conforme Ferenczy (1995 apud NAUD et al 2006), não existe câncer de colo de útero sem infecção pelo HPV.

A transmissão pode ocorrer mesmo na ausência de lesões visíveis e com maior incidência pelas relações sexuais, apesar de poder acontecer por meio de contato da região genital com objetos íntimos. Na maioria das vezes, os homens não manifestam a doença, mas a transmitem.

Suas complicações mais comuns são o câncer de colo uterino e o de vulva. A terapia visa à remoção das lesões. No entanto, estas reincidem freqüentemente, mesmo com o tratamento adequado. Não existe terapêutica que erradique o vírus,

porém, nesse aspecto, a ciência avançou, criando uma vacina capaz de atuar de forma preventiva, evitando a contaminação.

A prevenção é feita pelo uso de camisinha em todas as relações, e, a partir de 2007, pela vacina.

Hepatite B: caracterizada por ser uma infecção das células hepáticas e causada pelo vírus da hepatite B, é uma das doenças mais frequentes no mundo. A OMS estima a existência de 350 milhões de portadores crônicos do vírus.

Sua transmissão sucede por intermédio da inserção de líquidos corpóreos ao organismo, como sangue, sêmen e secreções vaginais, principalmente pelas relações sexuais desprotegidas e compartilhamento de seringas. O vírus da hepatite B é de 50 a 100 vezes mais infectante que o HIV.

Os sintomas incluem desde uma simples febre e um mal-estar até a icterícia, bem como a urina escura e as fezes claras, mas, em 90% dos casos, ela é assintomática.

Apresenta complicações tais como hepatite crônica, cirrose hepática, câncer hepático. Além disso, pode evoluir de forma fulminante para a morte. O tratamento é sintomático; não age diretamente no vírus.

A prevenção pode ser assim efetivada: prática do sexo seguro, cuidados na manipulação de sangue, e vacina. O importante é a existência da vacina e seu acesso aos que não estão contaminados. A imunização já faz parte do Programa Nacional de Vacinação e é aplicada nos recém-nascidos ainda na maternidade.

Sífilis: também denominada Lues, é uma doença contagiosa desencadeada pela bactéria *Treponema pallidum*.

Manifesta-se em três estágios (sífilis primária, secundária e terciária), sendo os dois primeiros os mais infectantes. Mesmo nos indivíduos não tratados, tende a desaparecer, ficando latente por tempo indeterminado, de meses a anos, quando, então, ressurgir apresentando graves complicações.

A sífilis primária é perceptível mediante presença de úlceras rasas, limpas, com bordos infiltrados e indolores. A secundária, identificada pela forma de pápulas na pele, é chamada de roséola sífilítica, principalmente no tronco, e as papuloerosivas, na cavidade oral. Já a terciária manifesta-se como goma, que acomete pele, tecido subcutâneo e vísceras, como sífilis cardiovascular ou neurosífilis, provocando graves seqüelas. A neurosífilis pode ocorrer em qualquer estágio da doença.

A transmissão acontece pelas relações sexuais sem proteção e pela transfusão de sangue, sendo o último caso raro hoje em dia devido ao controle do sangue doado. A transmissão pode ser vertical, causando graves seqüelas em feto.

O tratamento é simples, barato, 100% eficaz e realizado com a Penicilina. Há cura. O problema consiste no diagnóstico porque é muito confundida com outras doenças ulcerativas. A prevenção é feita mediante o uso de camisinha nas relações.

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*): muitas vezes chamada de SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), trata-se de uma síndrome provocada pela infecção do vírus HIV. Até hoje, foram identificados 2 subtipos, HIV-1 e HIV-2.

Para um melhor entendimento, descreveremos o significado de cada palavra. Síndrome: conjunto de sinais e sintomas; imunodeficiência: sistema imunológico deficiente; adquirida: indica que a pessoa se infectou com o HIV no decorrer de sua vida, não sendo, pois, hereditária.

O vírus HIV age impedindo que o sistema imunológico do indivíduo execute bem suas funções, tornando-o suscetível a agentes agressores externos, como fungos, bactérias, parasitas ou, até mesmo, células cancerígenas.

Os sintomas são bastantes variáveis, dependendo do agente agressor e do grau de comprometimento do sistema imunológico. O tempo entre o contágio com o HIV e o aparecimento dos sintomas pode variar, demorando dias, meses ou anos para que isso aconteça. Muitas vezes, os primeiros sintomas são febre persistente, perda de peso, dores osteo-articulares, perda de força, entre outros. Eles podem se acentuar até que a infecção, em sua forma mais avançada, ocasione o surgimento de doenças oportunistas de maior gravidade.

O contágio se deve a relações sexuais desprotegidas, sangue contaminado, e, de mãe para filho, na gestação, parto ou, até mesmo, na amamentação.

Um dado fundamental é a existência de um período, conhecido como “janela imunológica”, em que a pessoa já está contaminada, mas os exames não detectam a presença do vírus. Essa “janela” pode durar até 6 meses, porém, o/a portador/a já pode estar contaminando outros/as.

A prevenção pode ser efetivada por uso de preservativos nas relações sexuais, não-compartilhamento de seringas, cuidado na manipulação de pacientes e sangue. Não existe vacina preventiva ao HIV.

A AIDS não tem cura. Seu tratamento com drogas anti-retrovirais consiste em inibir a multiplicação do HIV no sangue, conseguindo, dessa forma, aumentar a sobrevida e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao portador.

Embora o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil de 2005 aponte para uma desaceleração do número de novos casos de HIV, esse fato não deve servir para tranquilizar os agentes de saúde, porque o número de pessoas contaminadas ainda é muito elevado.

A fim de traçarmos um perfil do panorama atual em nosso país, citamos abaixo alguns dados referentes a esse boletim no ano de 2005.

- A AIDS mata 30 brasileiros por dia e 11 mil por ano.
- 40 milhões de pessoas no planeta convivem com o HIV.
- A cada ano, 5 milhões de pessoas contraem o vírus – 90% nos países em desenvolvimento –, ou seja, o equivalente a 14 mil novas infecções por dia.
- A cada minuto 10 pessoas são infectadas.
- Aproximadamente 120 mil mulheres vivem com AIDS no Brasil. Vale dizer: cerca de 85% tem entre 13 e 59 anos.
- Hoje em dia, a face da AIDS é caracterizada pela feminização, pauperização e interiorização.
- O Rio Grande do Sul é o Estado com maior taxa de incidência de casos: 31,3 por 100 mil habitantes.

Porém, quando dirigimos o foco aos adolescentes, características peculiares desse grupo se associam. Na adolescência, o jovem, tentando um “experimental” de comportamentos e situações, busca uma definição de sua identidade. É também a essa direção que as políticas públicas de prevenção a DSTs/ HIV devem estar voltadas, com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos, notadamente os adolescentes.

Diante de tais dados e boletins apontando à gravidade das doenças mencionadas, evidenciando a importância da prevenção, descrevendo o dia-a-dia do atendimento a pacientes – neste caso, os adolescentes –, surgem inquietações e questionamentos constantes: Qual a nossa função, o nosso papel enquanto profissionais de saúde? Qual o caminho mais adequado a fim de podermos

desenvolver um trabalho de sensibilização realmente eficaz no que diz respeito aos adolescentes?

Como exemplo desencadeante dessas reflexões, citamos o caso de uma adolescente, que só aparecia no consultório quando já estava em período gestacional. Além disso, havia um aspecto preocupante – a sua primeira gestação foi com treze anos, a segunda, com quinze, e a terceira, com dezessete. Para muitos, o que mais chama a atenção nesse exemplo talvez seja a ocorrência das múltiplas gestações na adolescência; porém, uma outra leitura é possível: se não evitou a gravidez, também não se preveniu de nenhum tipo de doença.

É inegável que nossa sensação diante de situações como a descrita é de impotência e ansiedade, pois encontrar o melhor caminho possível para um bom desenvolvimento de uma linguagem de sensibilização a esses adolescentes não nos parece uma tarefa fácil e tranqüila. Ao contrário, denota inúmeras contradições e empecilhos.

Assim, propomos que sejam analisadas as políticas de prevenção a DSTs/HIV propostas pelo Ministério da Saúde, bem como as desenvolvidas pelo Programa Municipal de DST/AIDS – Pelotas –, com o objetivo de avaliar se estão atingindo adequadamente os adolescentes de diferentes classes sociais.

Para efetivar uma aproximação com o objeto de pesquisa, é preciso não apenas recorrer a alguns conceitos, mas também caracterizar pontos fundamentais, a saber: adolescência, vulnerabilidade, entre outros, associando-os sempre ao contexto social onde o adolescente está inserido, visto que, em se tratando de políticas de saúde, existem distintos e, por vezes, divergentes conceitos possíveis de serem adotados.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Uma vez que este trabalho tem como um de seus objetivos identificar quais políticas públicas são desenvolvidas na área da saúde, no aspecto da prevenção a DSTs/HIV em adolescentes, faz-se necessária uma breve explanação do significado de políticas públicas de maneira geral.

Segundo Edite Cunha e Eleonora Cunha (2003, p.12), para se conceituarem políticas públicas, torna-se importante compreender antes de tudo o sentido do termo público e, para tanto, utilizam os dizeres de Pereira (1994):

O termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva do Estado, como muitos pensam, mas sim a coisa pública, ou seja, de todos, sob a égide de uma mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses. Portanto, embora as políticas públicas sejam reguladas e frequentemente providas pelo Estado, elas também englobam preferências, escolhas e decisões privadas podendo (e devendo) ser controladas pelos cidadãos. A política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos.

São políticas regulamentadas pelo Estado, as quais podem ter como ponto de partida a esfera privada, tornando-se pública pelo aspecto universal que assumem. Público nesse âmbito diz respeito ao direito a todos, deslocando seu ângulo para o coletivo.

Já o conceito de política pública pode ser descrito como:

Linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual **(PEREIRA apud DEGENNSZAJH, 2000, p. 59, apud CARVALHO, 2003, p.23)**.

Segundo Lustosa, “as políticas públicas são decisões de Estado resultantes do esforço de buscar as soluções dos problemas enfrentados pelas pessoas e comunidades” (2005, p.1).

Dessa forma, entendemos que sua origem está ancorada na demanda da sociedade, provocada pelo conflito entre os diferentes atores sociais ou por suas necessidades, exigindo uma ação efetiva do Estado em busca de resolução. Porém, nem sempre essas situações irão gerar uma política saneadora, pois, para isso, depende da luta dos atores sociais e dos interesses envolvidos a fim de que seja incluída na agenda pública.

No que respeita ao planejamento das políticas desenvolvidas na prevenção a DSTs/AIDS pela Coordenadoria Municipal de Saúde de Pelotas, contribuem nessa construção representantes da sociedade e do governo, possibilitando, dessa forma, que sejam atendidas as necessidades da população e adotados os procedimentos benéficos a todos. Assim é que:

Trocar idéias e experiências pode ajudar a pensar sobre as estratégias e as finalidades da construção de políticas públicas. Afinal, essas idéias e práticas são as sementes de políticas a serem construídas e, ao mesmo tempo, os reflexos de antigas políticas, impregnadas em nossa cultura, em nossas maneiras de pensar e agir (VALADÃO, 2003, p.203).

Diante disso, julgamos que a política social deva ser um instrumento de promoção e emancipação pessoal, isto é, um processo o qual atue de modo favorável a indivíduos conscientes de suas necessidades, sendo estes capazes de convertê-las em prol do bem comum. Em outros termos: política social é um importante meio de promoção da cidadania.

É este o desafio das políticas sociais: a garantia de condições dignas de vida da população, ou melhor, a promoção da cidadania social, vinculada à garantia de direitos sociais, pela presença ativa do Estado, e com a efetivação de tais políticas.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – A VISÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

Para o Ministério da Saúde¹ (2006), a execução de uma política nacional de prevenção e de promoção à saúde tem como principais requisitos o delineamento de ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados à saúde, a diversificação e a ampliação da oferta de serviços de assistência e de prevenção.

Com o intuito de atingir seus objetivos, o Ministério apresentou suas principais linhas estratégicas, abaixo transcritas, que orientam as ações na área de prevenção à comunidade em geral e às populações de maior vulnerabilidade e risco.

- Promover mudanças de comportamento por meio de acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção, bem como a percepção de risco.
- Estabelecer modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais quanto à tomada de consciência referente à sua situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos.
- Priorizar o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em *peer education* e *outreach work* (trabalhos em pares e agentes comunitários de saúde), revelando as mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação a DSTs/AIDS.

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br>> Acesso em: 20 ag. 2006.

- Fortalecer redes sociais, objetivando atingir as ações de promoção e prevenção à saúde que dêem suporte social aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia.
- Ampliar as ações de prevenção, por meio de parcerias com organizações não-governamentais, associações comunitárias e de classe.
- Promover a criação de mecanismos institucionais para expandir a participação do setor empresarial e das empresas privadas, e de outros agentes sociais na luta contra a AIDS.

A formulação das políticas surge da relação existente entre as tendências das epidemias e as populações vulneráveis. Tais políticas foram sendo avaliadas pelas suas propostas diante dos trabalhos desenvolvidos desde os primeiros casos de AIDS, bem como pela mobilização da sociedade civil.

As políticas públicas de saúde dirigidas para o tema DSTs/AIDS avaliam as peculiaridades da epidemia da AIDS e DSTs entre os segmentos populacionais, delimitados segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia. No seu material, o risco é definido pela exposição de indivíduos ou grupos a determinados contextos que envolvem comportamentos, modo de vida, opção sexual e aspectos culturais e sociais relativos à construção e representação da sexualidade e do uso de drogas em determinada sociedade. Dependendo desses aspectos, as pessoas ou os grupos podem se tornar mais, ou então, menos suscetíveis aos agravos à saúde. Vulnerabilidade é definida como a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social de decidir sobre sua situação de risco.²

Com o intuito de se contemplarem esses aspectos, são formuladas políticas públicas pelo Ministério da Saúde a fim de se efetivar a promoção de mudanças de comportamento capazes de se manterem estáveis nos diferentes níveis envolvidos, uma vez que os esforços individuais à adoção de comportamentos seguros são influenciados por opiniões e atos de outras pessoas, grupos ou normas sociais, entre elas as leis e regulamentações relacionadas ao assunto. Assim, essas políticas requerem:

² BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br>> Acesso em: 20 ag. 2006.

- mudanças individuais de comportamento que estejam diretamente vinculadas às estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares;
- mudança de crenças e normas sociais;
- ações de informação e prevenção destinadas à população em geral, com vistas à participação comunitária;
- diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e de insumos de prevenção.

No entanto, para que essas políticas sejam plenamente contempladas, o indivíduo necessita sentir-se parte do processo, isto é, um protagonista, fortalecendo a sua colaboração com os cuidados em saúde, inserindo-se nos serviços referentes a essa área e atendendo ao paradigma das políticas de promoção e prevenção de saúde.

Em vista disso, foram criados os princípios e as diretrizes que orientam as políticas públicas na área de promoção e prevenção a DSTs/HIV.³

Abaixo se encontram listados alguns desses princípios.

- Atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação referentes às pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas, seringas e materiais educativos.
- Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DSTs nos serviços de saúde.
- Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2006), esse conjunto de medidas tem o suporte de ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia

³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br>> Acesso em: 20 ag. 2006.

sobre os segmentos vulneráveis da população, bem como acolher as pessoas infectadas com o vírus HIV. No presente trabalho, a população vulnerável enfatizada são os adolescentes, considerados pelo Ministério da Saúde como um grupo de alta vulnerabilidade.

2.3 PREVENÇÃO A DSTS/HIV COM ADOLESCENTES: TRABALHOS DESENVOLVIDOS

Paiva, Peres e Blessa (2002), do Instituto de Psicologia da USP/SP, propiciam-nos uma reflexão sobre propostas de prevenção com jovens e seus educadores, em um trabalho desenvolvido pelas pesquisadoras na cidade de São Paulo.

Esse trabalho começou em 1990 e surgiu da necessidade de se implantarem ações interativas sobre sexo, reprodução, desinformação, emoção, violência e outros, visando atingir os caminhos à cidadania plena. Elas apresentaram um referencial histórico acerca da concepção social da epidemia – AIDS – nas duas últimas décadas, buscando construir novas trajetórias à prevenção.

Inicialmente, a AIDS era concebida, de um modo geral, com muita discriminação, ligada a grupos de risco. No entanto, a equipe de estudo da USP (2002) propôs refletir sobre a prevenção com base no contexto sociocultural, e na construção coletiva, simbólica e psicossocial, abandonando a antiga postura discriminatória, a qual era propagada como uma tentativa tranquilizadora aos que não queriam considerar o problema na sua extensão, pois, não se incluindo nos “grupos de risco”, como seria o caso de homossexuais, prostitutas, dependentes químicos, o problema estaria “distante”, assim como o risco de contrair o HIV (PAIVA, 2002).

A partir da segunda década do desencadeamento da epidemia, as ações dos grupos ativistas dos Direitos Humanos, em diferentes momentos, mostraram-se fundamentais ao enfraquecimento dessa visão moralista sobre a epidemia. Dessa forma, foi conquistado um espaço onde se defendia que a diminuição da epidemia era dependente da disseminação de informações corretas e da possibilidade de os indivíduos nelas se reconhecerem, usando-as à sua proteção. Entretanto, essa possibilidade parece não estar se efetivando, independentemente das culturas, do

contexto político e social de cada país, e dos programas de saúde e educação existentes (PAIVA, 2002).

Quando iniciaram o trabalho, as autoras levantavam alguns questionamentos: Quem são os adolescentes? Como entendem a epidemia? O que fazem para se proteger? Depararam-se com adolescentes os quais muito se diferenciavam quanto às realidades, às oportunidades e aos cotidianos a eles relacionados. Em decorrência disso, foi necessário elaborar uma proposta de acordo com o contexto do grupo em questão, de maneira que o adolescente se sentisse como pertencente ao processo, e não uma proposta construída com base em uma realidade distante. Com a palavra, as pesquisadoras:

O trabalho de prevenção com jovens que, desenvolvemos ou acompanhamos, tem buscado construir espaços para que eles possam se conhecer e se reconhecer em suas diferenças de raça e credos, de atitudes, de gêneros, de preferências sexuais, em realidades sociais e momentos de vida diferentes. Buscamos colaborar para que se tornem cidadãos, ocupem e transformem seu lugar social através da ação: questionando, propondo, discutindo, escolhendo, decidindo, experimentando, respeitando as diferenças (PAIVA; PERES; BLESSA, 2002, p.6).

Paiva (2002) relata que, quando o estudo foi desenvolvido com um grupo da FEBEM, o maior desafio era conciliar a prevenção com um grupo que sobrevivesse do risco e em risco. As oficinas eram desenvolvidas fundamentando-se em atividades de arte-educação e discorrendo sobre temas, além da AIDS e prevenção, escolhidos por eles, tais como drogas, violência policial, injustiça social, desemprego, racismo, entre outros.

Como indicativo dessa pesquisa, as autoras explicam que os jovens são muito receptivos, preferindo a colaboração à preleção, a fim de analisarem seus problemas e apontarem, juntos, alternativas para solucioná-los ou, então, minimizá-los. Aprenderam que a prevenção do HIV deve estar integrada à educação à cidadania, pois, assim, o jovem é constantemente encorajado a ser cidadão e opinar, discutir, escolher seus caminhos para transformar sua condição social.

Enfatizam que, sobretudo, é preciso decodificar cada cenário motivador da vulnerabilidade ao qual os jovens têm de se submeter, para, depois, apresentarem propostas de prevenção e informações coerentes segundo aquele contexto.

Assim, entendemos que, entre as políticas propostas, a prevenção deva ser alcançada pela informação clara, associada ao contexto social, econômico e cultural

do grupo focado, para, então, seus integrantes poderem construir os próprios caminhos. Isso só é possível com a formação de cidadãos conscientes de seus direitos e capazes de exercer sua cidadania em prol do bem comum.

Cabe salientar que as políticas delineadas pelo Ministério não objetivam contemplar somente os indivíduos tidos como “vulneráveis”, mas também os não-portadores. Ademais, elas devem atingir os contaminados pelo vírus e possibilitar a prevenção de novas contaminações por parte do próprio indivíduo ou de outro, bem como promover o acesso a uma qualidade de vida digna, com pleno suporte e assistência necessários.

Paiva (2002), em outro trabalho, tece uma rápida análise sobre o Programa Brasileiro de Prevenção a DSTs/HIV. Segundo a autora, em suas iniciativas, sempre esteve presente não só o desafio de articular a prevenção do HIV nos grupos mais vulneráveis, mas também a assistência aos portadores com a devida proteção de seus direitos. Nessa caminhada, a ação de grupos não-governamentais fez-se presente e tornou-se fundamental à garantia dos direitos dos cidadãos. Graças a esses ativistas, reconheceu-se publicamente que as pessoas as quais adoeciam em decorrência da AIDS não deveriam “perder” seus direitos, recusando-se à “morte civil”. A partir de então, os programas de combate à epidemia, em todas as esferas, têm a meta de promover políticas não-discriminatórias, ressaltando que a AIDS atinge a todos, abandonando, pois, o estigma de grupo de risco ou comportamento de risco.

Desse modo,

A sexualidade a ser abordada é a de todos, como se todos fôssemos igualados pelas mesmas práticas, sem considerar que práticas sexuais sem seus sentidos particulares em cada cena sexual, em cada contexto sócio-cultural, não existem (PAIVA, 2000 apud PAIVA 2002, p.28).

Esse trabalho tem a intenção de redimensionar a visão que existe, pois, em geral, as políticas públicas de prevenção são ligadas e direcionadas aos HIV negativos, como se somente estes tivessem de se proteger, repensar comportamentos, entre outras atitudes. Via de regra, tais políticas não consideram o HIV positivo e toda a necessidade de ele proteger a si e aos outros, de construir a sua vida com os direitos de cidadão respeitados. Não é necessário muito esforço

para se compreender que, entre as inúmeras campanhas de prevenção, nenhuma é voltada ao soropositivo, como se a sexualidade deste não existisse.

Segundo a autora, quando se busca o controle do HIV, o desafio consiste em renovar práticas e sensibilizar os responsáveis pelos programas de saúde e profissionais ligados a essa área e à da educação para se construir um país de cidadãos positivos e negativos, aprofundando o *continuum* entre prevenção e assistência. Ela ressalta ainda a ausência, nos treinamentos dos profissionais, de informações sobre a estrutura sócio-econômica, exclusão, discriminação racial, que afetam indivíduos em uma sociedade como a nossa, tão desigual. A pesquisadora abre, assim, uma lacuna a fim de se pensarem novos caminhos à prevenção (PAIVA, 2002).

Diante dessa exposição, torna-se importante dedicar um espaço exclusivo aos adolescentes uma vez que são eles os sujeitos da pesquisa.

3 O ADOLESCENTE

Em se tratando da temática em foco, um conceito a ser tratado é o da adolescência, dada a sua importância como objeto de pesquisa.

De acordo com o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (2000), que contempla o conceito utilizado ao presente trabalho, “considera-se criança para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade, incompletos, e adolescente aquele entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade”.

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período do desenvolvimento humano que se estende aproximadamente, dos 10 aos 19 anos de idade, e uma fase caracterizada por uma revolução biopsicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Para Mead (apud MAGALHÃES, 2007), a palavra-chave dessa fase é a mudança e só pode ser analisada se for levado em conta o contexto sociocultural onde o adolescente está inserido. Enfatiza a autora que as diferenças de valor social atribuídas a essa etapa do desenvolvimento humano dependem da sociedade e da época na qual é realizado o estudo.

Magalhães (2007) faz alusão a diversos autores na conceituação e na ênfase atribuídas à adolescência, bem como às suas características, a saber:

- Piaget – ocorre um abandono do pensamento mágico infantil, e o adolescente passa a desenvolver um pensamento conceitual, sendo capaz de medir as conseqüências de seus atos.
- Erickson – em busca de formar e sedimentar sua identidade, a experimentação se faz necessária durante a adolescência.
- Zagury – aponta que a sexualidade é a grande e importante descoberta da adolescência.
- Freud – apresenta esse período como uma passagem do auto-erotismo infantil para o encontro com o objeto sexual externo, podendo, portanto, ter início a atividade sexual adulta.

Fonseca (2004) destaca que as alterações da adolescência ocorrem em três níveis: na mudança do corpo, na alteração das relações com os pares, e na modificação do modelo relacional com os pais. Dessa forma, a construção do

adolescente, no que diz respeito aos aspectos psicológicos, depende de sua história pessoal, sua competência sexual, cognitiva e social. A família e o meio social estabelecem uma ponte entre os espaços psíquicos e somáticos, que são indissociáveis.

Esta visão é sustentada pelo fato de que atitudes e comportamentos adotados ligam-se a diferentes fatores, integrando-se a um processo iniciado no seio da família e, após, no cenário social em que o adolescente se encontra. Por conseguinte, “a adolescência é uma etapa da vida na qual a personalidade está em fase final de estruturação e a sexualidade se insere nesse processo, sobretudo como um elemento estruturador da identidade do adolescente”. (OSÓRIO, 1992 apud CANO et al., 2000, p.2)

É, pois, um período de desenvolvimento intelectual, físico e emocional muitas vezes caracterizado pela exploração e experimentação. O adolescente começa a explorar sua sexualidade e a desenvolver sua autonomia. Assim, é um momento de aquisição de novas forças e competências, mas também de riscos, incluindo o risco de infecção por HIV e de novas vulnerabilidades (CANAVARRO; PEREIRA; MORGADO, 2003).

Como bem descreve Theodore Lidz (1983, p.104),

É uma época de metamorfose física e emocional, durante a qual o adolescente se sente alheado do eu que a criança conhecia. É um tempo de busca interna para se saber quem é; uma procura no exterior a fim de localizar o lugar que se tem na vida; um anseio por outrem a fim de satisfazer os fortes desejos de intimidade e realização. É uma ocasião de despertar turbulento para o amor e para a beleza, mas também de dias escurecidos para a solidão e o desespero. É um tempo de vagares descuidados dos espíritos através dos reinos da fantasia e em busca de visões idealísticas, mas também de desilusão e desgosto com o mundo e o eu.

Nessa turbulenta fase, ocorre um intenso esforço no sentido de o adolescente se afirmar como adulto e abandonar comportamentos infantis. Dessa forma, na ânsia de tomar atitudes adultas, alguns, por exemplo, vivenciam o uso de drogas. Como bem sabemos, o cigarro e o álcool sempre instigaram os adolescentes, como se, ao consumirem tais drogas, passassem a fazer parte de um mundo exclusivamente adulto, conforme observa Lidz:

Agora o jovem precisa adquirir uma personalidade de ego, uma identidade ou seu próprio direito e não simplesmente como filho ou filha,

uma identidade no sentido de uma coerência única de comportamento que permite aos outros uma expectativa de como a pessoa se comportará e reagirá. Em certo sentido, a pessoa terá respondido a pergunta "quem sou eu?" e, por conseguinte, os outros saberão quem o indivíduo é. A consecução de uma identidade de ego usualmente requer a consecução concomitante da capacidade de deslocar-se para a interdependência com uma pessoa do sexo oposto; uma intimidade que propriamente abrange mais do que a capacidade de ter relações sexuais, ou até de gozar do prazer orgásmico no ato. Diz respeito a uma capacidade de ousar para formar um relacionamento significativo sem medo da perda do eu (1983, p.110).

É nesse jogo de descoberta de relacionamentos que os adolescentes, acreditando que os problemas de doenças estão distantes deles, e, ao mesmo tempo, "testando" as modificações do seu corpo, tornam-se vulneráveis tanto ao desenvolvimento de doenças quanto ao de uma gestação.

Esse aspecto do comportamento do adolescente é descrito por Tiba (2005) como "onipotência juvenil", a mania de "Deus" dos moços. É, sem dúvida, a fase mais complicada do relacionamento entre pais e filhos. O adolescente acredita, imbuído de sua ilusão onipotente, que jamais vai engravidar e julga-se protegido de acidentes e doenças, entre tantos outros perigos existentes. Na sua visão, entende-se invulnerável. Sobre isso cabe ainda salientar:

Nesta fase, muitos querem ter autonomia para escolher seus programas, vida sexual, experimentar drogas, beber muito, correr com seus carros, abusar de esportes radicais, viajar sem destino na certeza absoluta de que nada de ruim irá acontecer justamente com eles, etc. (TIBA, 2005, p.53).

Assim, o adolescente, com a necessidade de firmar sua identidade, procura renunciar comportamentos e atitudes infantis, manifestando reações nas quais crêem ser de adultos, o que transparece por meio da sexualidade, do uso de drogas, entre outros aspectos, tornando-se, portanto, vulnerável.

Partido desse ponto, após discorrer sobre algumas peculiaridades com relação à adolescência, faz-se necessário, além de conceituá-la, compreender a vulnerabilidade que lhe é atribuída.

4 VULNERABILIDADE

Segundo o dicionário Ferreira (2002), vulnerável significa “o ponto pelo qual alguém ou algo pode ser atacado”.

O Ministério da Saúde do Brasil (2006) adota, como já citado, a definição de vulnerabilidade, como a pouca ou nenhuma capacidade de o indivíduo ou grupo social decidir sobre sua situação de risco.

No entanto, tal definição isoladamente não expõe o motivo dessa condição do indivíduo ou grupo social, não explica como tal conceito pode ser construído e, dessa forma, tornar-se um aliado na prevenção de doenças.

Seffner (1998-c) chama a atenção sobre a vulnerabilidade estar diretamente relacionada à forma como a sociedade construiu e constrói a doença, sendo esse conceito fundamental na abordagem de qualquer enfermidade.

O autor utiliza uma citação de Mann para melhor esclarecer esse conceito:

Ao enfrentar a epidemia do HIV/AIDS, as pessoas muitas vezes reagem distanciando-se do problema. Muitos acreditam que, hoje, e mesmo amanhã, o risco de tornar-se soropositivo ou de ter familiar e/ou amigo infectado pode ser essencialmente zero. Será? Para confrontar-se com uma epidemia dinâmica, volátil, são necessárias uma apreciação mais detalhada da vulnerabilidade e uma abordagem mais útil para avaliar a vulnerabilidade atual e futura ao HIV. A AIDS no Mundo desenvolveu uma estrutura para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS, essencialmente para entender a história da pandemia do HIV e para prever seu curso futuro (1993, p. 275 apud SEFFNER, 1998-c, p.2).

Assim, a maneira conforme o adolescente entender uma determinada doença e se posicionar diante dela, no caso DST/HIV, pode influenciar diretamente sua compreensão do risco a que está exposto mediante determinado comportamento. De forma oposta, a desinformação faz com que perceba a doença distante de si e, conseqüentemente, considere seu comportamento seguro. Canavarro, Pereira e Morgado (2003) salientam que muitas adolescentes envolvidas em práticas sexuais sem proteção acreditam que estabelecem uma relação monogâmica e de confiança com seu parceiro e, por isso, estão protegidas do HIV.

De acordo com o exposto, a vulnerabilidade é um conceito a ser construído, pois depende de diversos fatores, tais como o entendimento de doença, o contexto social onde o adolescente está inserido, a percepção de risco, crenças, valores,

auto-estima, projeto de vida, acesso a serviços de saúde, entre outros aspectos. Sobre essa construção, Seffner (1998-c, p. 7) esboça alguns questionamentos:

Qual a sua relação com a AIDS? Que relação mantém a sociedade com a epidemia atualmente? Que relação mantém cada um de nós com a AIDS? Todos se relacionam da mesma forma com ela? Considerando cada um de nós, montam-se estratégias em relação a DSTs/HIV conforme os modelos socialmente construídos.

A primeira forma de a sociedade se relacionar com a AIDS foi restringindo-a a “grupo de risco”, levando o problema para longe e segregando grupos de conduta desviante, pecaminosa ou criminosa, como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas. Por conseguinte, transformou-se a AIDS em “doença dos outros”. “No entanto, o que é promiscuidade? Está relacionada a quantos parceiros? Com que frequência? Mais uma vez aponta-se a uma construção individual” (SEFFNER, 1998-c).

A segunda forma de se relacionar, apontada por Seffner (1998-c) foi limitar a epidemia a comportamentos de risco, evidenciando que pode acometer pessoas não-incluídas nos “grupos de risco”, isto é, tratando-a como “um problema de todos”.

No entanto, ela não é de todos porque não estão todos na mesma posição social, diante dela. Encará-la assim é desconsiderar fatores, tais como acesso à informação e à assistência à saúde, questão econômica e social, entre outros elementos. Além disso, pensar desse modo é assumir uma ótica individualista e culpabilizante, pois, caso alguém se contamine, “é porque adotou um comportamento de risco; a culpa é dele!” É o que se percebe na citação transcrita abaixo.

(...) Ora, os modos de transmissão de uma doença são muitas vezes mais sociais do que individuais, e não resolveremos a questão buscando culpabilizar cada um por atitudes tomadas, ou premiando outros com modelos de comportamento, mas sim entendendo as razões que levam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável à infecção pelo HIV (SEFFNER, 1998, p. 403 apud SEFFNER 1998-b, p.9).

Para Lorenzo (2006) é evidente que todos os seres humanos podem estar expostos a um ou outro fenômeno, no entanto, é, por seu turno, igualmente consensual que a susceptibilidade e o grau de risco não são os mesmos nem se distribuem ao acaso a toda a sociedade; conseqüentemente, os graves efeitos

decorrentes da vulnerabilidade também não são idênticos entre todos os seus membros.

Como mencionado inicialmente, o conceito de vulnerabilidade deve ser construído, e Ayres entende que a definição pode ser entendida como

(...) um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põe em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES, 1997, p. 3 apud SEFFNER, 1998-c, p. 12).

Adicionando ao exposto acima, Lorenzo (2006, p.300) toma o viés da saúde pública e conceitua vulnerabilidade como

[...] o estado de sujeitos e comunidades no qual a estrutura de vida cotidiana, determinada por fatores históricos ou circunstanciais momentâneos tem influência negativa sobre os fatores determinantes e condicionantes de saúde.

Entre os fatores condicionantes e determinantes de saúde, o autor considera aqueles reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde do Brasil, que são: meio ambiente, alimentação, saneamento básico, moradia, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. Dessa forma, a redução de vulnerabilidade em saúde pública depende da formulação e implementação de políticas públicas visando à redução das desigualdades sociais.

Além desses dois conceitos, Ayres (apud SEFFNER, 1998-c) entende que a vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado agravo, no caso em questão a AIDS, pode ser determinada por três fatores:

- a) Plano individual: centrado no comportamento que oportuniza infectar-se ou adoecer, por meio das diversas formas conhecidas de transmissão. Deve ficar claro que o comportamento associado a maior vulnerabilidade não pode ser entendido como vontade do indivíduo, mas, sim, com o grau de consciência desse indivíduo sobre os possíveis danos causadores de tal comportamento, e do poder de transformação de comportamentos considerando-se essa consciência.

- b) Plano programático: relacionado à existência de ações institucionais específicas ao problema da AIDS e à vulnerabilidade, aponta aspectos como: compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações; financiamento e continuidade dos programas; entre outros procedimentos.
- c) Plano social: voltado à forma como vem sendo avaliada a vulnerabilidade pelos seguintes aspectos: acesso e qualidade de informações e serviços de saúde; recursos destinados; comportamento de indicadores epidemiológicos; aspectos sócio-políticos e culturais, como da mulher e do adolescente; grau de liberdade de pensamento e expressão, em que a vulnerabilidade é inversamente proporcional; condições de bem-estar social, entre outros fatores

Quando se relacionam as políticas de prevenção a DSTs/HIV com adolescentes, além do reconhecimento das políticas vigentes, desde a sua proposta até a sua concretização, devem ser contemplados todos os aspectos acima descritos. Essa preocupação se deve ao fato de os mencionados “comportamentos de risco” não poderem ser dissociados do grau de informação e de consciência, do contexto sócio-político onde eles se situam, bem como da capacidade de o adolescente exercer sua cidadania.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (2000), em seu capítulo I, art. 7º, “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

Compreendemos por condições dignas de existência a situação de saúde, educação, moradia, ou seja, a qualidade de vida aos atores em questão. Isso é possível, conforme mencionado, pela efetivação de um conjunto de políticas sociais voltado à sensibilização, no caso do presente trabalho, dos adolescentes anteriormente caracterizados. No entanto, propomos focalizar este estudo na área da saúde, buscando estabelecer uma relação entre as políticas públicas existentes de prevenção a DSTs/HIV e a sensibilização dos adolescentes mediante tais políticas.

De acordo com a OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), saúde não é apenas a ausência de doenças, mas, sim, um completo estado de bem-estar físico, social e mental.

Em contrapartida, deparamo-nos com um modelo de vida, que é fruto das políticas econômicas e sociais implantadas em nosso meio, e não tem provocado senão um estímulo ao consumo, à concentração de renda e exclusão social. Em consequência desse modelo, nota-se uma intensa degradação ambiental, além de péssimas condições de vida e saúde da população.

Nesse contexto, as DSTs encontram um fértil terreno à sua disseminação, pois a degradação, tanto ambiental quanto social, acarretam possibilidades de surgimento ou ressurgimento de doenças.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Diante do tema exposto, consideramos necessária a realização de uma pesquisa qualitativa, pois uma avaliação somente numérica não traduziria, de forma fidedigna, comportamentos e interpretações da realidade do adolescente, bem como do cenário em que este se insere. Optamos, então, pela abordagem qualitativa e pelo método da entrevista.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p.21).

Não se trata de desprezarmos, de um modo geral, a abordagem quantitativa, mas, utilizar, aqui, um método investigativo que dê conta de uma realidade a qual não pode ser quantificada. Procuramos, assim, viabilizar o emprego de uma metodologia – a qualitativa, como se disse, – com vistas a atingir o objetivo do estudo, vale lembrar, o de avaliar o comportamento dos adolescentes em face das DSTs/HIV, relacionando sua conduta com as políticas de saúde desenvolvidas à sua prevenção.

A abordagem qualitativa estuda profundamente o significado do agir e das relações humanas, o que não pode ser mensurável através de médias e equações. (MINAYO, 1994).

Trabalhar a pesquisa qualitativa no campo da saúde exige entendimento de seu perfil multidisciplinar, de sua complexidade, demandando conhecimentos distintos integrados, uma vez que ela não se constitui uma disciplina nem um campo separado de outras realidades sociais (MINAYO, 2004).

Portanto, avaliar o comportamento implica associá-lo a todo um contexto social, político, econômico e cultural onde esse adolescente está inserido.

Segundo Chizzotti (2005), uma pesquisa é caracterizada pelos tipos de dados e pela forma de análise destes. Para ele, a pesquisa qualitativa fundamenta-se em dados coligidos nas relações interpessoais, na co-participação das situações

dos informantes, analisadas com base na significação que estes atribuem aos seus atos. Minayo ratifica esse posicionamento quando afirma:

Objeto principal de discussão são as *Metodologias de Pesquisa Qualitativa* entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas [Grifos do autor] (2004,p.10).

Cumpramos destacar que a proposta de avaliar os possíveis impactos dessas políticas em relação aos adolescentes é altamente significativa à avaliação da própria política, podendo-se, com base nessa avaliação, trilhar o mesmo caminho ou redimensioná-lo. Acerca disso são pertinentes os ensinamentos de Castioni: “Tem ganhado grande relevância entre os gestores de políticas públicas a necessidade de conhecer qual o efeito que determinada política provoca quando implementada” (1999, p.1).

De acordo com Antunes (2001), esse tipo de avaliação pode ser conceituado como um processo cujas finalidades são a determinação da relevância, efetividade de programas ou as políticas públicas à luz de seus objetivos, visando, assim, aperfeiçoar e orientar a distribuição de recursos humanos e/ou financeiros para onde estão sendo ou serão executadas determinadas políticas.

Segundo Castioni (1999) os estudos de avaliação compreendem a investigação avaliativa e a avaliação propriamente dita, podendo a última ser de dois tipos: a avaliação de processo e a de impacto. A segunda, objetivo desta pesquisa, pretende estudar os efeitos dos resultados de uma política, ocorridos durante ou depois de sua fase de implementação:

Avaliação de impacto: Tem como objetivo medir os resultados dos efeitos de uma política. A avaliação de impacto tem como objetivo determinar se houve modificação; a magnitude dessa modificação; quais segmentos afetou e em que medida; e quais foram as contribuições dos distintos componentes da política para lograr os seus objetivos (1999, p.11).

Esta pesquisa se propõe a contribuir, recorrendo aos depoimentos dos próprios adolescentes, à construção ou ao aperfeiçoamento das políticas de saúde voltadas ao tema em foco.

Para tanto, a metodologia do presente estudo foi realizada por meio de entrevistas, com a finalidade de compreender os fatos, interpretando-os segundo o contexto a que pertencem os entrevistados e o objeto da investigação.

Assim, se o objetivo é compreender as estruturas dos grupos observados, procurou-se respeitar a liberdade dos componentes do grupo enquanto atores sociais, bem como as suas interpretações da realidade, do corpo, da relação saúde/doença e das políticas implantadas. Dessa forma, consideraram-se as diferentes alternativas, uma vez que foram construídas pela experiência dos grupos em um determinado contexto (MINAYO, 2004)

Portanto, partimos de pressupostos de que o adolescente, em geral, pouco conhece a respeito das DSTs, das políticas de prevenção ou, diretamente, da sua própria prevenção. A pesquisa qualitativa permite que essas questões sejam esclarecidas de forma fidedigna, e, fundamentada na compreensão e avaliação das respostas obtidas, seja possível refletir e, portanto, colaborar na elaboração e concretização das políticas de saúde.

5.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Em uma abordagem qualitativa, os sujeitos devem ser escolhidos considerando-se o objetivo da pesquisa, de forma intencional, devendo ser estudados em profundidade (CAMPOS VELHO, 2003).

O critério utilizado para o término das entrevistas, isto é, a coleta de dados, foi a saturação, ocorrida quando os depoimentos passaram a ser repetitivos, semelhantes aos anteriores. Esse momento marcou o limite do número de entrevistas a serem efetuadas (MEIHY, 2005). Havia sido estimadas no máximo 30 entrevistas, mas se efetivaram apenas 19.

O estudo foi realizado com 19 adolescentes e obedeceu a alguns critérios, a saber:

- idade entre 12 e 18 anos, segundo o conceito do Estatuto da Criança e do Adolescente (2000), não importando a série em que estavam matriculados na escola;
- concordância de todos em participar da pesquisa;

- sorteio de nomes realizado pela Direção da escola, entre os adolescentes que se enquadravam na idade proposta pelo estudo, evitando, dessa maneira, uma seleção direcionada.

Embora este trabalho não tenha sido feito, na análise dos resultados, a diferenciação de classes sociais, iremos caracterizar o perfil destes adolescentes.

Com relação:

- Idade: um participante com 12 anos; dois com 13 anos; quatro com 14 anos; três com 15 anos; sete com 16 anos; um com 17 anos; um com 18 anos.
- Sexo: oito adolescentes do sexo masculino e onze do sexo feminino.
- Escola: treze estudantes de escola pública e seis de escola particular.
- Renda familiar: um participante tinha renda inferior a um salário mínimo; oito com renda de um a dois salários; três com renda de dois a três salários; um com renda de quatro salários; e seis com renda superior a cinco salários.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em duas escolas na cidade de Pelotas/RS.

Optamos por realizar a pesquisa em uma escola pública e outra particular, com a intenção de não restringir a uma classe social, evitando que o resultado encontrado fosse relacionado somente a uma dessas.

5.4 INÍCIO DA TRAJETÓRIA

Na primeira semana do mês de outubro, após a aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas, procuramos as diretoras das escolas informando-as acerca do número de adolescentes a serem contatados. Já havia sido acordado que só participariam do estudo aqueles os quais aceitassem o convite. Não foram, portanto, obrigados a isso, e lhes foi facultada a desistência de prestar depoimentos a qualquer momento da pesquisa.

A partir de então, foram marcadas reuniões com pequenos grupos, nas quais foram expostos os objetivos do estudo, a metodologia para a coleta de dados e a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes (Apêndice II) com o intuito de que os futuros entrevistados, assim como seus responsáveis o assinassem. Nesse termo, são garantidos todos os preceitos éticos e legais, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, denominada Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Todos os alunos convidados aceitaram participar da pesquisa.

Posteriormente, foram agendadas as entrevistas, no turno em que os adolescentes se encontravam na escola, para evitar que tivessem de se deslocar até a instituição, pois a muitos esse deslocamento representaria dificuldade, em razão de outros compromissos assumidos, além dos encargos financeiros. As entrevistas se estenderam até o dia 13 de Novembro de 2007.

Nas duas instituições, foram destinadas uma sala, a qual proporcionava privacidade, especificamente à realização das entrevistas, condição fundamental para que o adolescente se sentisse acolhido, à vontade e seguro para falar livremente.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Solicitamos à Coordenação das instituições uma autorização, por escrito, para o desenvolvimento do referido estudo.

Com relação aos adolescentes, sujeitos do estudo, requeremos uma autorização, por escrito – Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) –, garantindo-lhes todos os preceitos éticos e legais, bem como o sigilo, o anonimato e o direito de desistir do estudo a qualquer momento, conforme a Lei 196/96⁴, que,

⁴ Capítulo III da Resolução 196/96. a) consentimento livre e esclarecido de indivíduos e a proteção de grupos incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa deverá tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais e coletivos (beneficência); c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não-maleficência); d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade). Devem ser considerados ainda os incisos 2 e 3 e o capítulo IV e V desta resolução.

conforme já descrito, trata de pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Universidade Católica de Pelotas.

5.6 COLETA, REGISTRO E SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS

A obtenção dos dados da pesquisa qualitativa ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada (Apêndice I), individual e gravada, com adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, avaliando-se, dessa forma, o nível de informação referente à prevenção a DSTs/HIV, e podendo, assim, adquirir informações de caráter qualitativo em profundidade com relação a percepções e sentimentos do grupo em questão. A entrevista semi-estruturada obedeceu a um roteiro previamente estabelecido e testado por um estudo-piloto com 02 adolescentes, não incluídos como sujeitos do estudo.

Após as entrevistas, transcreveu-se o conteúdo das fitas gravadas pela própria entrevistadora, de forma que fosse mantida a fidedignidade dos dados.

“Não é possível analisar as informações tais quais elas se apresentam. É necessário organizá-las, classificá-las, e o que é mais importante, interpretá-las dentro de um contexto amplo, para distinguir o fundamental do necessário” (TRIVIÑOS, 1995, p. 170).

5.6.1 As Entrevistas

Visando proporcionar uma melhor compreensão da trajetória percorrida, optamos por descrevê-la em três etapas, assim denominadas: a pré-entrevista, a entrevista propriamente dita e a pós-entrevista.

5.6.1.1 A Pré-entrevista

Como anteriormente mencionado, as entrevistas ocorriam em horários previamente agendados, de modo a não interferir nas aulas dos alunos e também não acontecer em período muito próximo ao final das aulas, tentando-se impedir que tivessem pressa para ir embora.

Quando fazíamos o agendamento, devolvíamos, individual e devidamente assinado, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os alunos eram chamados pela pesquisadora ou por uma funcionária da escola à sala onde as entrevistas estavam sendo realizadas.

Antes das entrevistas, procedia-se, de nossa parte, a uma revisão do material, do roteiro da entrevista, e dos objetivos. Era fundamental conferir o adequado funcionamento de gravador, pilhas e fitas.

No momento da pesquisa, explicávamos novamente a importância do uso do gravador e reforçávamos a questão do sigilo, assim como confirmávamos o uso de um nome fictício, lembrando-os de que lhes seria garantido não serem identificados por outras pessoas.

5.6.1.2 A Entrevista Propriamente Dita

As entrevistas foram realizadas, nos meses de outubro e novembro de 2007, de forma individual, em ambiente privado, descontraído, buscando, com isso, facilitar uma maior aproximação com os adolescentes. Antes de começar a entrevista, fazíamos uma nova apresentação, relembrando a importância de participarem da pesquisa e mostrando-lhes o caminho à prevenção.

As escolas destinavam o local, criando oportunidades para que tudo ocorresse tranquilamente e sem interrupções e facilitando tanto a concentração quanto a qualidade do som da gravação.

Segundo Meihy (2005), a escolha do local das entrevistas mostra-se relevante, sendo ideal proporcionar condições adequadas de som, evitando-se interrupções e situações que possam comprometer a concentração. Thompsom (2002) aponta a casa do informante como o melhor local para realizar a entrevista, e a privacidade como elemento importante à promoção da franqueza e confiança.

Entendemos que, mesmo a escola não sendo a sua casa, ela representa um ambiente conhecido, um local seguro aos entrevistados. Por outro lado, falar de sua sexualidade na própria casa, próximo da família, para muitos adolescentes poderia ser um fator inibidor.

A entrevista era iniciada solicitando-se aos adolescentes informações relativas aos dados de identificação. Naquele momento, já procurávamos desenvolver um clima de descontração, evitando formas de perguntar as quais

pudessem lhes causar a impressão de se tratar de um “interrogatório”. Ao contrário, procuramos deixá-los à vontade a fim de que, se desejassem, formulassem outras perguntas ou comentários de seu interesse por alguma questão, proporcionando-lhes, assim, o desencadeamento de uma fala mais livre e solta. Por vezes, ocorreu que, durante as conversas, a resposta à questão seguinte aparecia, pois eram estimulados a falar livremente sobre as perguntas lançadas. Já em outras situações, as perguntas eram feitas por parte dos entrevistados, pois se sentiam sem cerimônia para tirar suas dúvidas.

Procuramos sempre utilizar termos simples, num linguajar de fácil entendimento, de forma a contribuir para a aproximação com os entrevistados.

Alguns adolescentes mostravam-se mais espontâneos, no entanto, quando tinham de responder diretamente acerca de suas experiências sexuais, acabava por transparecer uma evidente timidez. Nesses casos, buscava-se contornar a situação formulando a pergunta de forma inversa. Por exemplo: a questão “Tens usado camisinha em todas as relações?” era respondida de forma mais descontraída do que se feita diretamente – “Já mantiveste relações sexuais?”.

Inicialmente, a gravação parecia deixá-los inibidos, mas ela era esquecida à medida que a conversa fluía. Por vezes, dúvidas eram levantadas depois de o gravador ter sido desligado. Posteriormente ao entrevistado ter se retirado da sala, essas questões eram anotadas como complementação às respostas.

Este é um cuidado proposto por Thompsom (2002): sugere que, finalizada cada entrevista, o entrevistador permaneça um tempo no local à disposição para discutir algum assunto de interesse dos adolescentes ou simplesmente demonstrar interesse e afetividade pelos entrevistados.

5.6.1.3 A Pós-entrevista

Após cada encontro, procuramos transcrever o conteúdo das fitas gravadas, procedimento feito pela própria pesquisadora, mantendo, assim, a fidedignidade dos dados, segundo propõe Meihy (2005). Isso facilitou a etapa de sistematização, análise e discussão dos dados.

Primeiramente, a transcrição foi realizada de forma manual, palavra a palavra, relida várias vezes e acompanhando a gravação, para, só então, ser digitada.

Os momentos de silêncio dos adolescentes foram representados por meio de reticências – (...) –; as dúvidas, com ponto de interrogação – (?) –; as interjeições, com ponto de exclamação – (!) –; e a exclusão de alguns trechos das falas, entre colchetes – [...] –, conforme sugerem Thompsom (2002) e Meihy (2005).

5.6.2 A Sistematização dos Dados

Para a avaliação dos dados, propusemos a análise temática sugerida por Minayo (2004) composta de três momentos, a saber:

- a) Pré-análise: consiste na revisão dos pressupostos e objetivos e na escolha dos documentos a serem analisados. Este momento é composto de *Leitura Flutuante* do material e acontece quando há um contato exaustivo e conseqüente impregnação de seu conteúdo; *Constituição do Corpus*, que reside na organização do material de forma a validá-lo, como a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nesse estágio da pesquisa, também deverá ocorrer a determinação das unidades de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.
- b) Exploração do material: momento de transformação de dados brutos em núcleos de compreensão. Trata-se do recorte, da classificação e agregação dos dados para a escolha de categorias.
- c) Tratamento dos resultados obtidos: etapa nas quais os resultados brutos passam por operações que permitem verificar as informações mais importantes, quando são realizadas inferências teóricas relacionadas ao conteúdo do material.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciaremos este capítulo apresentando os dados coletados na Coordenadoria Municipal de DST/AIDS, do Programa Municipal de DST/AIDS da cidade de Pelotas.

Apresentaremos a seguir, os dois temas que emergiram a partir dos dados coletados através de entrevistas com os adolescentes. São eles:

- Informação e acesso às campanhas de DSTs/AIDS
- Vulnerabilidade

6.1 PROGRAMA MUNICIPAL DE DST/AIDS – PELOTAS, RS

Situado na região sul do Rio Grande do Sul, o município de Pelotas é considerado referência em saúde para 22 municípios da área de abrangência da 3ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde), e está em exercício o sistema de municipalização plena de saúde (Coordenadoria Municipal de DST/AIDS⁵).

Pelotas conta com uma população aproximada de 346.000 habitantes, distribuída, conforme dados do IBGE, apresentados pela Coordenadoria Municipal de DST/AIDS (2006), da seguinte maneira:

- 17.116 na zona rural;
- 66.831 na zona urbana;
- 260.000 em situação suburbana (áreas de posse, loteamentos cedidos à população sem atender, na maioria das vezes, às necessidades básicas de saneamento, saúde, lazer, educação e segurança).

A população em situação suburbana acaba por provocar a existência de um “cinturão de pobreza” no entorno da cidade. Cabe ressaltar, pela importância no trabalho, que cerca de 84.000 mil habitantes locais encontram-se na faixa etária de 14 e 24 anos.

A Coordenadoria observa que, com a expansão das áreas de miserabilidade, há também maior vulnerabilidade para as chamadas “doenças

⁵ O termo DST/AIDS, e não só DST/HIV, poderá aparecer neste trabalho em razão de a Coordenadoria Municipal de DST/AIDS assim se pronunciar nos trabalhos que costuma desenvolver.

sociais”, advindas na maioria das vezes, da falta de informação, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e educação, do desemprego, etc (IBGE, COORDENADORIA MUNICIPAL DE DST/AIDS, 2006).

Com relação às Políticas de Prevenção a DST/AIDS na cidade de Pelotas, é desenvolvido, pela Secretaria Municipal de Saúde, o Programa de Avaliação e Monitoramento (PAM), que procura medir o alcance das metas previstas e reduzir os índices de contaminações do vírus HIV (PROGRAMA DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO, COORDENADORIA MUNICIPAL DE DST/AIDS, 2006).

Devido ao fato de as Políticas de Prevenção a DST/AIDS terem sido organizadas e sistematizadas por pressão das organizações civis, ela se torna um pouco diferente das demais políticas públicas de saúde, pois sofre constante avaliação e controle social.

Os recursos para o desenvolvimento das ações são provenientes do Ministério da Saúde e repassados via “fundo a fundo”, excluídos das verbas totais da municipalização. Por meio desse subsídio, objetiva-se desenvolver estratégias de acordo com as características e necessidades regionais e orientações do Ministério da saúde. No Rio Grande do Sul, 39 municípios habilitaram-se a receber esse recurso já que preenchiam os requisitos necessários em relação à importância epidemiológica. Por sua vez, os outros municípios são atendidos por esses municípios de referência ou pela seção estadual de controle de DST/AIDS. (COORDENADORIA MUNICIPAL DE DST/AIDS, 2006).

O investimento financeiro deve ser aplicado em conformidade com o Plano de Ações e Metas, elaborado por um Grupo de Trabalho, formado por representantes de serviços, ONGs, Conselho Municipal de Saúde e Coordenadoria Municipal de DST/AIDS de Pelotas, composto da seguinte forma:

- SAE – Serviço de Atendimento Especializado
- CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
- RD – Redução de Danos
- HD – Hospital-Dia
- Saúde Pública
- Conselho Municipal de Saúde
- Vigilância Epidemiológica

- ONG Vale a Vida
- ONG Gesto
- Pastoral da AIDS
- ONG Olojukan
- Coordenadoria Municipal de DST/AIDS

Em 2006, foram realizadas campanhas com o intuito de atuar na promoção, prevenção e proteção da saúde dos cidadãos, com foco nos grupos vulneráveis.

Segundo dados do Programa de Avaliação e Monitoramento – PAM –, em 2006, foram realizadas cinco campanhas, em datas e eventos especiais, visando à promoção de práticas sexuais seguras: Carnaval, Dia da Mulher, Dia dos Namorados, Fenadoce e o Dia Mundial da Luta Contra a AIDS. Nessas campanhas são distribuídos preservativos, materiais educativos informativos e também é sugerido às pessoas que se dirijam ao Centro de Testagem e Aconselhamento para realizar o teste anti-HIV, bem como se habilitarem a receber preservativos nas Unidades Básicas de Saúde.

Com relação aos adolescentes, embora envolvidos em todas as campanhas e receberam atenção especial em alguns trabalhos desenvolvidos como os listados abaixo.

- a) Gincana Pela Vida: realizada com alunos de escolas públicas, onde é trabalhada a prevenção a DSTs/HIV e o tema “discriminação”.
- b) Curso de multiplicadores voltado a adolescentes de escolas públicas e particulares para compor a equipe de trabalho na Parada GLBTS (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Simpatizantes).
- c) Blitz Pela Vida: equipes compostas por voluntários distribuíam materiais informativos e preservativos em cruzamentos de avenidas com alto fluxo de veículos.
- d) Capacitação para alunos multiplicadores, realizada em parceria entre o PM-DST/AIDS e ONGs, com o propósito de atuarem em projeto voltado à população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, objetivando reduzir a incidência de DSTs/HIV/AIDS e combater a violência e discriminação referente a esses grupos.

Por meio dessas propostas, os adolescentes, além de receberem informações para sua própria vida, atuam como multiplicadores de tais informações, sensibilizando jovens da sua faixa etária, tornando, assim, o diálogo mais fácil. Porém, neste caso, não são trabalhadas apenas a prevenção e incorporação de práticas de sexo seguro, mas também o preconceito, a discriminação, proporcionando a construção da cidadania desses adolescentes.

Para 2007, o Programa de Avaliação e Monitoramento (PAM) prevê várias ações e, dentre elas, envolvendo adolescentes, estão: campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS; campanhas preventivas do Carnaval, do Dia Internacional da Mulher, do Dia dos Namorados, da FENADOCE. O programa objetiva ainda sensibilizar 120 profissionais da área da educação à manutenção de ações de prevenção, bem como sensibilizar 300 alunos de escolas públicas e particulares para as ações de prevenção (PAM, 2007).

6.2 INFORMAÇÃO E ACESSO ÀS CAMPANHAS DE DSTS/AIDS

No que respeita a este tema, buscaremos compreender as formas de acesso à informação, a qualidade da informação obtida e o entendimento sedimentado. Procuraremos também reconhecer se os adolescentes foram capazes de identificar as campanhas de prevenção e a interferência por esta alcançada, objetivando a prevenção de DSTs/AIDS.

Com relação ao tema, surgiram três categorias: Significado de DSTs/AIDS para os Adolescentes; Formas de Contaminação de DSTs/AIDS e a Prevenção; e Participação e/ou Reconhecimento de Trabalhos de Prevenção de DSTs/AIDS nas Políticas de Saúde.

6.2.1 Significado de DSTs e AIDS para os Adolescentes

Buscamos, neste momento, compreender o que significam as DSTs/AIDS para os adolescentes, pois, deste ponto, parte a construção da doença e o entendimento com base nas informações recebidas formal e informalmente. Entendemos ser este item fundamental quando o objetivo é a prevenção. Seffner ajuda-nos a melhor refletir sobre o conceito de doença:

Uma doença é antes de mais nada, um fenômeno social, e a maneira como a sociedade lida com as questões da doença e da morte, que é a consequência mais temida de qualquer doença, pode nos revelar muita coisa sobre a organização desta sociedade e suas práticas cidadãs (1998-b, p.2).

Visando entender essa definição, uma pergunta era exposta de forma ampla, possibilitando que falassem livremente sobre o assunto: “O que significa para você DSTs e AIDS?”

“Doença sexualmente transmissível... são doenças transmitidas através do sexo ah, troca de seringas, tipo usada por pessoa portadora de HIV, essas coisas” (Paulo, 14 anos).

“É uma doença que é contagiosa, pode vim através do sexo, beijo e até de um machucado” (Renata, 16 a).

“Te uma relação sexual e te uma doença” (Eduardo, 16 a).

Alguns respondiam simplesmente acerca do significado da sigla, sem saberem se explicar de outra forma, mesmo quando a pergunta era complementada com: “Mas qual a importância para ti?”

“Uma doença, pode pegar através de relação sexual, ah não sei o que mais posso falar” (Vitória, 16 a).

No entanto, outros conceituavam a doença sempre de forma negativa, o que sabiam era “coisa ruim”, passando, por vezes, a sensação de que o melhor era nem falar muito no assunto, como podemos ver a seguir:

“Ah sei lá... sei que tenho medo disso. Sei que é uma coisa ruim que tenho medo” (Rodrigo, 15 a).

“São doenças sexualmente transmitidas. É coisa ruim né? Se a pessoa tem vão passando pros outros” (Renato, 16 a).

O sentimento despertado em cada um quanto à doença está ligado à maneira como a sociedade construiu a doença, assim como à idéia de que a doença manifesta um estado de pecado, pois, a princípio, era relacionada a grupos de risco – as populações marginalizadas: homossexuais masculinos, prostitutas, usuários de drogas injetáveis (SEFFNER, 1998-b).

Essa visão inicial construída em torno da AIDS provoca um distanciamento da doença, pois caso o adolescente não se encontre em nenhum desses grupos,

pode julgar que está livre da doença: “Há um descompasso entre o avanço da epidemia e as representações que a maioria da população faz acerca dela” (SEFFNER, 1998-b. p. 4).

Com a evolução da doença em termos estatísticos, as lutas das organizações não-governamentais, as pesquisas, entre outros fatores, surgiu uma nova constatação: todos podem se infectar com o HIV, dependendo do comportamento que assumir. Assim, se não for utilizado preservativo nas relações sexuais, pode contrair o vírus.

De acordo com essa modalidade – comportamento de risco –, tudo se resume a uma questão individual: “Eu me cuido ou eu não me cuido”. Não se levam em conta questões sociais, de gênero, de acesso a informações, entre outros aspectos que influenciam individualmente o comportamento das pessoas. Assim, caso alguém se infecte pelo HIV, a culpa é exclusivamente sua, pois adotou um comportamento de risco. Isso coloca todos em igualdade em relação à doença (SEFFNER, 1998-d).

No entanto, as condições sociais, o acesso às informações, assim como outros fatores citados, possibilitam às pessoas internalizarem e compreenderem, de uma maneira individual, própria, o significado de DSTs/AIDS e, com base nessa compreensão, entenderem seu comportamento como de risco ou não. A fala dos adolescentes expõe claramente tais questões.

“Não sei, nem penso muito nisso, não é uma coisa que chegue a representar alguma coisa. Simplesmente doenças que se não tiver um cuidado são facilmente transmitidas”. (Rafaela, 16 a).

“Distante?”, complementou a pesquisadora.

“Eu acho... mais por isso assim... É uma coisa que eu acho que hoje em dia, até nos jovens, é uma coisa que não é levada tão em conta...Tipo não se preocupa tanto com isso, nem se tu ta conversando sobre relações nunca se preocupam com isso, com a AIDS. É... eu acho tipo... ainda mais quando se fala em relações sexuais, a principal coisa que preocupa é a gravidez” (Rafaela, 16 a).

Para Ayres (1996), o comportamento de maior ou menor risco deve ser entendido não como uma escolha livre e voluntária dos indivíduos, mas deve estar associado às condições do meio natural e social em que se manifestam esses comportamentos, ao grau de consciência desenvolvido por esses indivíduos sobre

tais condutas e ao efetivo poder de transformação ocorrido com base nessa consciência.

Assim, a importância conferida à determinada doença, à sua prevenção está fortemente relacionada ao significado construído individualmente, o que vai variar de acordo com as condições sociais, econômicas, culturais de cada grupo.

“Ah é difícil falar assim né? É uma coisa assim... eu acho complicado falar porque eu não tenho noção do que é. Ta DST... (referindo-se que o conceito ela sabe), mas eu não tenho noção da gravidade da coisa, apesar de ouvir falar”.

“É um conhecido desconhecido?”, perguntou a pesquisadora.

“É, é porque apesar de todo mundo falar assim, que ta aumentando o percentual de contágio da doença, que todo mundo ta pegando, que tem que se cuida, mas eu não conheço ninguém que tenha, então parece que não é bem assim né, mas é” (Betina, 17 anos).

Pela fala dos adolescentes, é impossível deixar de ver que o entendimento negativo do significado de DSTs/AIDS associa-se à forma como um se posiciona diante do outro, portador de uma DST, ou seja, como uma pessoa, limitada para vida, culpada de sua condição, promíscua, contrariando o que se preconiza – o respeito e a solidariedade. Dessa forma, o presente trabalho deve proporcionar a reflexão para a construção, com base nas idéias introjetadas, a fim de os adolescentes em questão encontrem um espaço para compreender o seu “eu” e o dos outros, tornando-os capazes de exercer sua cidadania de maneira consciente.

Conforme Seffner, “A AIDS, como doença mortal, provoca um sentimento de morte anunciada. Quem tem AIDS é visto como morto, antecipa-se nele a morte e isso condiciona quase todos os atos da nossa relação com o doente” (1998-d, p. 8). Na fala dos adolescentes, em alguns momentos, percebemos esse sentido negativo que lhe é atribuído, como bem ilustra o trecho a seguir.

“Uma doença bem complicada acaba com a vida eu acho ...”

“Por quê?”, perguntou a pesquisadora.

“Porque tu vai te torna uma pessoa limitada pras coisas. Tu tem que ta sempre usando remédio, não é?” (Samuel, 15 a).

Ou, então, emerge uma aparente consciência da importância da prevenção, porém dissociada do significado. Prevenir como? De quê? “Mas o meu comportamento é de risco?”

“Ah... doenças tá, sexualmente transmissíveis e que sempre lembra segurança, que mesmo sendo nova, meus pais sempre me falam então, eu sempre tive consciência que não era algo bom e que tinha que prevenir o máximo” (Carolina, 15 a).

Vera Paiva (2002), em seu trabalho com adolescentes, enfatiza que não existe uma fórmula pronta para lidar com a prevenção, no entanto, os adolescentes preferem a colaboração à preleção, e, portanto, podem analisar seus problemas, construir soluções capazes de transformar sua realidade individual ou de seu grupo. Reforça-se a certeza de que a atitude mais produtiva é aquela a qual se abre para ajudá-los a crescer e tornarem-se sujeitos de sua própria vida.

“Aprendemos que é fundamental validar a opinião deles, ouvir, conversar, abrir espaço para a reflexão, sem oferecer fórmulas prontas (existem?) ou empurrar valores que consideramos mais corretos” (PAIVA, 2002, p.11).

Com certeza, todos esses aspectos abordados encontram-se ligados à cidadania ou à falta dela. Há uma relação direta entre a luta dos direitos humanos, da igualdade nas relações, da liberdade de opiniões, e a prevenção da AIDS (SEFFNER,1998-d).

À luz de tal perspectiva, como mencionado, busca-se a construção de cidadãos que saibam exercer seus direitos e serem sujeitos de sua própria vida. No entanto, quem são esses sujeitos de que falamos?

O sujeito que desejamos enfocar nesta pesquisa é o “ser real, considerado como alguém que tem qualidades ou exerce ações” (LALANDE, 1993 apud AYRES, 2001, p.3)

Ayres (2001) criticamente aponta que essa não é a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário.

Para Ayres, há dois tópicos fundamentais em que encontramos essa concepção de sujeito em nossos discursos:

O primeiro é relativo à identidade dos destinatários de nossas práticas; ao ser autêntico, dotado de necessidades e valores próprios, origem e assinalação de sua situação particular. É desse sujeito que falamos quando nos comprometemos a conhecer ou atender às “reais necessidades da saúde da população”, surrado jargão de nosso campo. O segundo tópico é relativo à ação transformadora, o sujeito como ser que produz a história, o responsável por seu próprio devir. É disso que falamos quando desejamos que aqueles a quem assistimos “tornem-se sujeitos de sua própria saúde”,

outra surrada expressão, de que certamente cada um de nós já fez uso alguma vez (AYRES, 2001, p.4).

No entanto, será esse sujeito que está no centro de nossos trabalhos de prevenção, ou é o sujeito o qual almejamos encontrar por intermédio das propostas de educação em saúde cujo objetivo é proporcionar meios para sua construção?

Ademais, é preciso que se encontre um caminho a todas as necessidades, como a construção de cidadãos capazes de exercer sua cidadania e se prevenirem de DSTs/HIV. Podemos pensar que o ponto de convergência é a educação e, dessa forma, cabe refletirmos sobre tal aspecto.

Sabemos que o modelo predominante nas práticas de educação em saúde segue a perspectiva de transmissão do conhecimento especializado, ou seja, um sujeito detém e ensina à população leiga, cujo saber individual e cuja história de vida são ignorados. Assim, para aprender o que sabemos, devemos “desaprender” o aprendido no cotidiano da vida (MEYER, 2006).

É nesse contexto discursivo que formas definidas como “certas” e “erradas” de viver são compreendidas como decorrência do domínio ou da ignorância de um certo saber e a educação, assentada no pressuposto da existência de um sujeito humano potencialmente livre e autônomo, passa a ser concebida e exercitada como processo de instrução (passiva) para o exercício do poder sobre a própria saúde. Esse processo tem como objetivo central a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional (MEYER, 2006, p. 4).

Como bem explica Pinto (2000), trata-se de um modelo em que um indivíduo impõe formas de prevenção para o outro, expondo uma relação de dominação entre o produtor de conhecimento, o benfeitor, e o que precisa se prevenir. Por isso, por ser destituído de qualquer reflexão de conhecimentos e práticas de vida do grupo, não alcança resultados esperados.

Daí a necessidade de um modelo libertador, desocultador da realidade, que propicie a reflexão sobre o próprio poder das pessoas em refletir e em desenvolver esse poder de reflexão, que fatalmente resultará na sua capacidade de opção e decisão (PINTO, 2000, p. 85).

Pinto (2000, p. 85), citando Paulo Freire, autor de *Educação como Prática da Liberdade*, relata com clareza os caminhos da educação para construir do cidadão: “as atitudes optativas só o são em termos autênticos na medida em que resultem de

uma captação crítica do desafio e não sejam o resultado de prescrições ou de expectativas alheias”.

Verifica-se que, nos programas de educação em saúde, os problemas encontrados, como a “falta de saúde”, são possíveis de ser solucionados desde que se disponha de informações técnico-científicas adequadas. Esse modelo desconsidera todo um saber individual, uma história de vida embasada em cultura, crenças, valores de um grupo. Torna-se, portanto, necessário avaliar não só o conteúdo da informação à adoção ou mudança de comportamento, como a forma e o porquê da informação comunicada.

Com isso, não estamos defendendo a persuasão de mensagens ou estratégias, mas, sim, tentando mostrar que a informação científica recebida “é um elemento que passa pela vida das pessoas através de um filtro de seus próprios saberes gerando um conhecimento diferente” (MEYER, 2006, p. 5). Essas mensagens são necessárias a fim de proporcionar sua competência e liberdade para decisões.

Meyer (2006) enfatiza que a educação deve ser trabalhada como um processo no qual o indivíduo se transforma em sujeito de uma cultura, reconhecendo nela muitas instâncias sociais envolvidas. É por meio da cultura de um determinado grupo que se atribuem sentido às coisas, isso implica a cada grupo a possibilidade de viver de forma diferenciada e atribuir um significado diferente a um mesmo fenômeno ou objeto.

Adquirimos crenças, princípios e valores, transmitidos de geração em geração segundo cada sociedade, portanto, culturalmente, somos diferentes. Somos dotados de inteligência, capacidade de saber, fazer e agir. Vivemos contradições como, por exemplo, conviver simultaneamente com o amor e o ódio, o trabalho e o descanso, e somos ainda capazes de tomar atitudes por meio da racionalidade, embora, por vezes, a emoção tome conta de nós incitando-nos a agir de forma instintiva. Mas a nossa inteligência é capaz de explicar nossas ações, até mesmo o impulso mais inexplicável (MORIN, 2002).

Visto sermos humanos, só existimos em sociedade. Em contrapartida, a sociedade só se forma porque existimos e a compomos. Cada sociedade é carregada de uma cultura e, se somos capazes de assimilar e transformar culturas diferentes da nossa, esse processo torna-se enriquecedor. Por outro lado, desconsiderar uma cultura seria empobrecedor (MORIN, 2002).

Para educar, é necessário entender a complexidade do ser humano e, com base nesse conhecimento, procurar entender e valorizar a diversidade, aprendendo e convivendo com ela.

Cabe ao educador assumir as contradições do nosso tempo e abrir espaços a questionamentos e discussões sobre a diversidade de costumes, posturas e condutas, pois o contato com idéias diferentes amplia as possibilidades de aprendizagem e crescimento, podendo também fortalecer os valores aprendidos.

Assim, a educação em saúde, como parte de um processo de educação mais ampla, passa a ser entendida tanto como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER, 2006, p. 7).

Fundamentando-se nessa perspectiva, necessariamente integrada e abrangente, a educação em saúde não deve ser pensada como uma forma de envolvimento para um modelo de aprendizagem sanitária satisfatória, mas como um eixo orientador de escolhas político-pedagógicas plenas de significados para determinado grupo. Assim, a resposta que se procura alcançar com tal modelo, não é a uniformização de pensamentos e condutas, porém, a construção e o fortalecimento na busca de proteção (MEYER, 2006).

6.2.2 Formas de Contaminação de DSTs/AIDS e a Prevenção

Em nosso trabalho, quando tentamos compreender as políticas de prevenção a DSTs/AIDS, e em que medida estas sensibilizam os adolescentes, deparamo-nos com uma complexidade de fatores que nelas interferem, tais como o significado da doença, a informação, os caminhos da educação em saúde, sempre associados, entre outros aspectos, ao contexto político e social onde estão inseridos.

No entanto, as questões persistem: Prevenir o quê? Do quê? Para prevenir, “Eu tenho que estar vulnerável; estou”?

Sabemos que o conhecimento sobre as formas de contaminação encontra-se ligado às informações formal ou informal recebidas. Com os adolescentes participantes da pesquisa, observamos que já haviam participado de palestras

informativas acerca de DSTs/AIDS e/ou sexo seguro, sendo assim, tiveram acesso a informações formais.

Percebemos, nas falas dos adolescentes, quando questionados sobre as formas de contaminação relativas a DSTs/ AIDS, que, por vezes, as informações conhecidas são citadas como “receita”, conforme a transcrita abaixo.

“Através de seringa e sexo” (Paulo, 14 a.).

“Através do ato sexual, transfusão de sangue, seringa aquelas de se drogá.... isso” (Samuel, 15 a.).

Freqüentemente, evidenciam uma total falta de conhecimento. No entanto, como já exposto, todos os adolescentes entrevistados declaram ter participado de palestras informativas. Isso nos permite afirmar que a informação existiu, mas sem avaliarmos a qualidade ou o contexto em que a informação foi desenvolvida.

No entanto, com tais falas, notamos uma vez mais, que o conhecimento não foi construído com o adolescente, no seu contexto de vida, o que gera uma compreensão repleta de dúvidas, entendimentos equivocados e repetições decoradas quase literalmente. Vejamos a seguir.

“Entre relações sexuais, tem doenças que podem ser transmitidas pelo beijo também” (Ricardo, 18 a.).

“Sei poco... através do sexo, relações. Tem coisa que eu tenho dúvida. Através do beijo? Tem tanta coisa, o garfo, a faca [...]” (Rodrigo, 15 a.).

“É uma doença que é contagiosa, pode vim através do sexo, beijo e até de um machucado” (Renata, 16 a.).

“Já, sexo seguro eu sei que tem que usa camisinha. Tem que depois que a gente faz tem que lava bem... ah, tem um monte de jeito de cuida pra não pega doença” (Renata, 16 a.).

“Ah contato sexual, ...anal também , eu não sei..., contágio de seringas...ah não sei, também falam que aquele boato que beijo só se tiver ferida né? Ah, dizem da cutícula... tirar cutícula...mas isso aí... dizem que o vírus morre super rápido” (Betina, 17 a.).

Entre os adolescentes entrevistados, chama a atenção a fala de Cecília por já ter participado de trabalhos de prevenção e do curso de multiplicadores da Coordenadoria Municipal de DST/AIDS. Com base nisso, poderíamos inferir um maior conhecimento referente ao assunto, porém, quando questionada sobre as formas de contaminação, tornaram-se evidentes as mesmas deficiências:

“Beijo, através de seringa compartilhada. Já trabalhei, fiz o curso e trabalhei na parada gay”.

“Curso de multiplicadores?”, perguntou a pesquisadora.

“Isso multiplicadores” (Cecília, 16 a.).

Com isso, não queremos dizer que informar não seja importante, ao contrário, como bem afirma Ayres (2000), a informação é um elemento fundamental na construção da cidadania:

Agir no sentido de preparar as pessoas para enfrentar a epidemia é também, e especialmente, tentar pensar, para cada grupo com que se vai trabalhar, quais são os conjuntos das condições que efetivamente limitam as chances de as pessoas adotarem aqueles comportamentos mais protegidos e protetores (AYRES, 2000, p. 27).

Nossa crítica está voltada àquele tipo de informação depositada no outro como um recipiente vazio, onde não há chance de solucionar o problema. Como resultado, surgem contradições próprias da informação que é prestada aos adolescentes. A título de ilustração, citamos a idéia de que “estar exposto ao vírus não significa estar infectado”. Ora, trata-se de uma mensagem confusa e contraditória, pois o adolescente pode racionalizar o risco examinando sua chance de contaminação. Para alguns, pode ser um convite ao risco, uma sedução, uma espécie de roleta-russa (AYRES, 2000).

Desse modo, a informação deve se constituir numa ferramenta para que os adolescentes possam aprender a identificar uma situação de risco, compreender sua vulnerabilidade, conhecer as alternativas que eles possuem para se proteger, decidir qual é a melhor escolha a cada situação, levando em conta seus valores pessoais, diante da conscientização do risco e do dimensionamento das conseqüências. Caso contrário, a informação e as estratégias educativas não ultrapassarão sequer a superfície do problema: “É como atirar pedras em lagos escuros. Produz-se um abalo de superfície, observam-se efêmeras ondulações provocadas e perde-se de vista aonde a pedra vai parar e o que realmente acontece com ela” (AYRES, 2002, p.16).

Merchán-Hamann (1995) explica, em seu trabalho com adolescentes, que a informação sobre AIDS havia chegado a todos, a noção de contágio era fonte de preocupação, embora com muitas crenças e informações mal compreendidas sobre

as formas de contágio, a concepção de risco, mais bem entendida como perigo do que provável existia, no entanto, a razão apontada para não usar proteção na relação sexual estava relacionada principalmente com o impulso, a falta de previsão que a relação iria acontecer.

Sabe-se que a relação entre a informação e o comportamento não aponta a um sentido apenas. Existem situações nas quais a modificação de comportamento precede à intenção de adotar condutas preventivas, e mantêm as mudanças de atitude sobre a saúde (CAMARGO, 2007). No caso de adolescentes, as atitudes impulsivas são mais comuns. Assim, a qualidade da informação, a construção do conhecimento de acordo com a realidade, bem como a promoção da cidadania de cada grupo constituem pontos-chave à prevenção.

Recorremos à informação como instrumento preventivo e, com isso, ao entendimento da sua vulnerabilidade, considerando as condições emocionais, sociais, culturais que tornam as pessoas menos capazes de se defenderem de uma situação a qual possa lhes proporcionar um pouco mais de felicidade. Há uma meta que torna os indivíduos semelhantes no mundo inteiro: a busca da felicidade (AYRES, 2000).

Assim, trabalhar a informação segundo tal perspectiva exige-nos ter claras as condições de cada grupo para que adote comportamentos preventivos, conforme Ayres: “Em outras palavras, identificar onde as pessoas buscam a felicidade, como o fazem, e em que medida essa busca está associada a riscos. A partir disso, tentar ampliar o leque de possibilidades para essa busca de felicidade” (AYRES, 2000, p.27).

6.2.3 Participação e/ou Reconhecimento de Trabalhos de Prevenção de DSTs/AIDS nas Políticas de Saúde

Os trabalhos de prevenção de DSTs/AIDS, preconizados pelo Ministério da Saúde, são desenvolvidos na cidade de Pelotas pela Coordenadoria Municipal de DST/AIDS. Nesta pesquisa, mencionamos a denominação Secretaria de Saúde porque ela é a forma mais popular e conhecida dos adolescentes.

Na presente investigação, foram analisados o conhecimento e a importância, aos adolescentes, sobre as atividades de prevenção realizadas pela Coordenadoria Municipal de DST/AIDS. Cabe, então, retornarmos a um ponto: os trabalhos desse

órgão foram capazes de sensibilizar os adolescentes quanto ao comportamento preventivo?

Para aprofundarmos a questão, os adolescentes foram abordados de distintas formas, pois entendíamos que, interrogando apenas sobre o conhecimento deles relativo aos trabalhos de prevenção da Secretaria de Saúde, esse conhecimento poderia não ser reconhecido, porém, questionando sobre campanhas de distribuição de preservativos, palestras informativas, orientação sobre a prática de sexo seguro, poderíamos ser mais bem compreendidos.

Claro, a fim de trabalhar a prevenção, os profissionais da saúde precisam ter em mente conhecimentos que ultrapassem dados sobre a distribuição da epidemia, os comportamentos de riscos – quem usa ou não o preservativo e por que o usa ou deixa de fazê-lo. Necessitam saber quem está fazendo o quê, como e por quê. No entanto, isso não é tudo, convém-lhes saber acerca do impacto de suas intervenções (HEARST, 2000).

Buscando contribuir à prevenção de DSTs/AIDS, objetivo da pesquisa, percebemos, nos depoimentos, a realidade dessas intervenções. Com efeito, os adolescentes, de uma maneira geral, não reconhecem as abordagens a que tiveram acesso como um trabalho de prevenção da Secretaria. As respostas eram, portanto, dadas com certa indiferença.

Paulo (14 a.), quando questionado sobre trabalhos de prevenção da Secretaria de Saúde, respondeu com certa dúvida:

“Tipo... tem uma ONG lá perto de casa que trabalha bem em cima disso. Da Secretaria de Saúde, acho que é” (Paulo, 14 a.).

A pesquisadora indagou acerca da participação em campanhas de distribuição de preservativo.

“Sim, sim até aqui na escola, esse ano já veio duas vezes” (Paulo, 14 a.).

“E sobre palestras informativas?”, explorou mais a pesquisadora.

“É, tipo eles vêm aqui, tipo... como posso explicar pra senhora...eles entregam preservativo e tão sempre comentando sobre como se transmite a doença, o que fazer pra cuidar, essas coisas ...” (Paulo, 14 a.).

“Essas informações foram importantes para ti?”, interveio a pesquisadora.

“Sim, tipo se vai te relação sexual sem camisinha pode morrê, pega AIDS, tipo essas coisas sabe? Ninguém qué [...]” (Paulo, 14 a.)

Já Rafael (14 a.) contribuiu sucintamente dizendo:

“Aqui eles vêm, explicam, distribuem camisinhas... Foi uma informação boa né! Na hora não sei ” (Rafael 14 a.).

Durante a entrevista, observamos ainda nas respostas a carência de significado das ações.

“É eles, quando ta perto de festa eles vão, distribuem camisinha, dão telefone pra liga (Carla, 16 a.)”.

Até mesmo o conflito de informações, ou seja, entendimentos equivocados, adquiridos de participação em palestras, podem ser notados:

“Sexo seguro eu sei que tem que usa camisinha. Tem que depois que a gente faz tem que lava bem... Há tem um monte de jeito de cuida pra não pega doença”. (Renata, 16 a.)

Outros relacionam trabalhos de prevenção somente com a distribuição de camisinha.

“Só de dá camisinha nos postos de saúde, que eu acho que eles dão” (Samuel, 15 a.).

“E, na rua, já participaste de alguma campanha?”, perguntou a pesquisadora.

“Já, no carnaval, distribuía camisinha” (Samuel, 15 a.).

“É tipo eles vêm aqui, tipo... como posso explicar pra senhora... eles entregam preservativo e tão sempre comentando sobre como se transmite a doença, o que fazer pra cuidar, essas coisas” (Paulo, 14 a.).

A maneira como o adolescente se expressa quanto à distribuição de preservativos deixa transparecer um certo descaso, uma fato de pouca importância.

Observa-se que as campanhas de distribuição gratuita de preservativos, da forma como são feitas, não funcionam muito bem com os adolescentes. Isso porque elas são monolíticas e não levam em conta as especificidades e as dificuldades ligadas a cada sexo, a cada classe social, ou seja, são feitas para um adolescente “unissex, tamanho único” (VIEGAS-PEREIRA, 2000, p.20).

É importante ressaltarmos que, excetuando-se um participante o qual fez o curso de multiplicador, todos os participantes de palestras tiveram acesso a elas dentro da escola, por ser este um espaço propício, pois, como mencionado, “falar em prevenção é falar em educação”.

Na literatura e nos programas desenvolvidos à prevenção de DSTs/AIDS, um ponto fundamental a ser atingido é a mudança de comportamento, no entanto, para Jeolás e Ferrari (2003, p.4)

A mudança de comportamento é fruto de um processo complexo, ideológico, psíquico e afetivo que se realiza a médio e a longo prazo, demandando, portanto, uma continuidade de ações e projetos do próprio serviço de saúde, da escola e da comunidade, além de sofrer os efeitos das informações difundidas pelos meios de comunicação (JEOLÁS; FERRARI, 2003, p.4).

Nas respostas dos adolescentes, é visível a falta de continuidade, como se algo tivesse ficado perdido no tempo ou não se enquadrasse no momento de vida deles. Então, como esperar “mudanças de comportamentos?”

É por questionamentos como esses que devemos lembrar ser o processo emancipatório sempre mais difícil, dependente da paciência e do tempo, pois é impossível consumir mudanças “prontas”. O que pode ser aparentemente interessante ao consumo não transforma a nossa vida como num passe de mágica. Só mudamos se ancorados numa realidade viva, aquela onde vivemos, e não numa outra realidade, apresentada como cenário de produtos prontos ao consumo (PAIVA, 2002).

Esse processo, buscando a emancipação psicossocial e cidadania, tem sido fundamental para garantir acesso sustentado a bens e serviços, garantir respeito a direitos e à ética e, ao mesmo tempo, alimentar a constituição de sujeitos e identidades cidadãs (PAIVA, 2002, p.27).

O modelo ora vivenciado em busca de mudanças de comportamentos, aponta-nos o quão distante está da realidade do adolescente, pois muitos explicitam certa dificuldade para lembrar ou mesmo responder às questões propostas, tornando evidente o desinteresse.

“Não, já teve aqui no colégio, faz tempo já” (Renato, 16 a.), afirmou Renato quando questionado sobre os trabalhos desenvolvidos pela Secretaria de Saúde.

“Não. Ah, tive palestra na escola, vem uma mulhe aí” (Ricardo, 18 a.).

Entendemos o desinteresse partindo do pressuposto de que o adolescente busca respostas às questões que lhe foram transmitidas. Vale dizer: ele não é mero produto, ao contrário, reage ativamente buscando respostas próprias que lhe façam sentido. (MATHEUS, 2003). No entanto, esse caminho de construção só será

percorrido caso a informação lhe provoque sentido no momento, caso não se apresente como um “receituário” a mudanças aparentemente distantes de sua realidade.

Matheus (2003) observa que os adolescentes são céticos em relação às possibilidades de mudança do mundo onde vivem e a falta de perspectiva ou visão mais otimista do mundo deixa-se entrever pelo aparente desinteresse: “Para que mudar?”

O caminho a uma mudança efetiva, segundo Jeolás e Ferrari (2003), reside no trabalho contínuo, em grupos compartilhados à discussão, propícios para se falar de assuntos dificilmente tratados em outros lugares. Nesses espaços de discussão, proporcionam uma reflexão acerca das relações sociais em que estão inseridos, sobretudo no tocante à sexualidade, visto possibilitarem uma maior autonomia, necessária para torná-los sujeitos de sua própria sexualidade.

Esses pequenos espaços, convencionalmente chamados de oficinas – *workshops* – têm sua origem nas comunidades gays, organizadas em São Francisco e Nova Iorque, as quais idealizaram as primeiras oficinas de sexo seguro, e, reconhecem sua inspiração em Paulo Freire, pedagogo criador da educação como prática de liberdade. Tal princípio até hoje aparece em diversas partes do mundo, ligado a movimentos sociais contra a pobreza e exclusão social. Nessa perspectiva, os espaços de educação, ou seja, as oficinas, têm relevância quando a linguagem popular e os temas da vida dos participantes são valorizados (PAIVA, 2002).

Mediante o exposto, enfatizamos uma vez mais que essa educação à qual nos reportamos não deve ser trabalhada como domesticação, porém, entendida como uma oportunidade de questionamento, com o intuito de cada um sentir-se capaz de se entender como sujeito, exercer uma visão crítica e uma práxis transformadora sobre a sua sexualidade, reconhecendo a si mesmo e aos outros, assim como as diferentes formas de exercício da sexualidade (JEOLÁS e FERRARI, 2003).

Portanto, nesse espaço para trocas de crenças e valores, será possível ao adolescente realizar uma auto-reflexão, oportunizando-lhe, assim, romper com a alienação produzida pelo mundo onde vive, perpassando a sua condição individual. Talvez, então, além de buscar a autonomia como sujeito de sua sexualidade, esteja caminhando à construção da cidadania. Logo, a informação passa a lhe conferir outro significado, pois essa mudança de postura e mentalidade consiste em “pensar

sobre a vida e senti-la a partir de cada componente e as histórias de todos, que poderão ser reveladas e transformadas pela força dos argumentos e dos sentimentos compartilhados” (RENA, 2001 apud JEOLÁS E FERRARI, 2003, p.6).

Desse modo,

Do ponto de vista subjetivo e individual, as ações que promovem também a cidadania e estimulam as pessoas a serem agentes de sua vida integral, sujeitos que escolhem e decidem, adaptam os guias e propostas a sua realidade e são apoiados neste caminho, permitem às pessoas refletirem e modificarem modos de vida, uma atitude ou seu comportamento, conscientes da teia que engendra sua vulnerabilidade (PAIVA, 2002, p. 36).

Não diferindo da bibliografia encontrada, notamos uma grande dificuldade, que reside na falta de continuidade das ações de prevenção dos serviços de saúde. De acordo com Jeolás e Ferrari (2003), as ações deveriam ser contínuas e articuladas interinstitucionalmente, pois, por intermédio das oficinas, os adolescentes seriam acompanhados e receberiam formação para atuarem também como multiplicadores fora da escola, com seus pares.

Ayres (2002) aponta que a prevenção tem representado um ponto crucial aos programas de controle da epidemia e, mesmo com o progresso técnico-científico, não houve uma mudança substancial nos determinantes da infecção e do adoecimento. Tomando como fundamento a experiência brasileira dos programas de prevenção em duas décadas de trabalhos, o autor, fazendo uma (re)leitura dos diferentes aspectos os quais dificultam os trabalhos de prevenção, entende que:

- a prevenção deva ser menos pensada em termos de grupo populacional e mais em termos de espaços sociais, culturais, de interação, articulados com contextos intersubjetivos que favoreçam à construção de respostas à vulnerabilidade;
- uma atitude emancipadora deva ser assumida nas práticas educativas, e não uma postura modeladora;
- os programas não devam ser centrados em grupos ou comportamentos de risco e, sim, nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos sujeitos sociais e nos contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade.

Hearst salienta em seus estudos:

Após 15 anos de AIDS e de verificar que não existe solução mágica e possivelmente durante os próximos 15 anos ainda estaremos discutindo essa questão, temos de trabalhar não só nos estados de crise, temos de medir o impacto de nossos esforços para enfocar nossos recursos limitados nas ações que dão resultados, nos programas mais eficazes e eficientes (HEARST, 2000, p. 104).

Em nossa pesquisa, buscamos reconhecer possíveis impactos que as políticas de prevenção de DSTs/AIDS exercem sobre os adolescentes, objetivando auxiliar no delineamento de ações sensibilizadoras e eficientes a esses jovens. Contudo, ao tratar das experiências realizadas ao longo dos anos pela Coordenadoria, não estamos de forma alguma desqualificando seu trabalho ou o de todos os profissionais nele envolvidos, apenas queremos contribuir com o encontro de mais caminhos que ampliem as possibilidades de sucesso nessa caminhada.

6.3 VULNERABILIDADE

Após conhecermos o significado das DSTs/AIDS para os adolescentes, bem como as suas percepções quanto aos trabalhos de prevenção da Coordenadoria Municipal de DST/AIDS, visamos compreender seu posicionamento sobre vulnerabilidade, a qual se constitui tema importante deste estudo, pois poderá orientar as ações de saúde a esse grupo. Do presente tema emergiram três categorias, a saber: O Uso de Preservativos nas Relações Sexuais; O Conhecer Versus o Prevenir; Gravidez, uma Realidade Próxima.

Em nossa pesquisa, entender a noção de vulnerabilidade dos adolescentes entrevistados foi uma medida destacadamente significativa se pensarmos justamente nos caminhos à sua redução.

Retomando a temática referente à vulnerabilidade, lembramos as formas como a sociedade estava/está organizada para se relacionar com a AIDS. Basicamente, essa relação foi construída ancorada em três grandes modelos: os grupos de risco, os comportamentos de risco e a noção de vulnerabilidade.

Quanto ao grupo de risco, a pessoa sente-se ameaçada em maior ou menor grau pela epidemia na medida em que pertence ou não a um dos denominados “grupos de risco”.

Na modalidade comportamento de risco, a questão assume um aspecto individual, isto é, cuidar-se depende da própria vontade, expondo todos em situação de igualdade perante a doença, desconsiderando as peculiaridades da vida, determinantes de gênero, classe social, cultura, entre tantos outros fatores que diferenciam uma pessoa da outra, e os inserindo em posições diferentes diante da epidemia. Por fim, cumpre-nos analisar os aspectos relativos à vulnerabilidade (SEFFNER, 1998-d).

A vulnerabilidade de um indivíduo a uma doença específica é determinada por circunstâncias que podem ser agrupadas em três planos: o individual, o programático e o social.

O programático refere-se às ações institucionais voltadas à questão da AIDS, compreendendo a vulnerabilidade por aspectos como: compromisso das autoridades locais para seu enfrentamento; ações efetivamente propostas por tais autoridades; planejamento e gerenciamento das ações; financiamento adequado e estável dos programas; continuidade, avaliação e retro-alimentação dos programas (SEFFNER, 1998-d).

Já o plano social avalia a vulnerabilidade por meio de aspectos como o acesso à informação; à qualidade da saúde; aos aspectos sociais, políticos e culturais, entre outros elementos (SEFFNER, 1998-d).

No que respeita aos planos programático e social, estão relacionados aos capítulos anteriores e foram abordados e exemplificados conforme as falas selecionadas dos adolescentes.

No tocante ao plano individual, abordado no presente capítulo, a avaliação da vulnerabilidade baseia-se nos comportamentos que oportunizam a infecção nas diferentes situações já conhecidas de transmissão da doença. No entanto, esses comportamentos não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas, sim, do entendimento dos males os quais podem decorrer de tais comportamentos e da capacidade de mudança com base nesse entendimento (SEFFNER, 1998-d).

6.3.1 O Uso de Preservativos nas Relações Sexuais

Com relação ao uso de preservativo nas relações, foco de avaliação da vulnerabilidade no presente trabalho, devido à sua importância em termos de

prevenção, vários aspectos merecem ser avaliados como, por exemplo, o reconhecimento de sua relevância à prevenção, o gênero e a submissão, a fidelidade e confiança. Cabe ressaltar que a recorrência às drogas foi também questionada na avaliação de vulnerabilidade; no entanto, seu uso foi negado em todas as entrevistas.

Silveira (2002), em seu estudo sobre vulnerabilidade em mulheres na cidade de Pelotas, encontrou uma prevalência de 28% de uso de preservativos masculinos na última relação sexual; destes, 42% eram de adolescentes os quais freqüentavam escola. Ela alerta ao fato de que, apesar das várias campanhas, a recorrência ao preservativo ainda é considerada baixa, dado muito preocupante visto se ter conhecimento do uso de preservativo como o único método realmente eficaz na prevenção de DSTs.

Taquette, Vilhena e Paula (2004) reforça essa preocupação quando salienta que, de acordo com o Ministério da Saúde, o maior número de notificações acumuladas entre 1980 e 1999 concentra-se entre 15 e 24 anos. Como o tempo de latência é longo, atingindo até 11 anos, podemos inferir que grande parte dessas pessoas deve ter se infectado na adolescência.

Em nossa entrevista, nas respostas relacionadas ao preservativo, observamos que seu uso não ocorre em todas as relações. Mesmo aqueles que utilizam esse tipo de prevenção expõem algumas justificativas para dele não se lançar mão – a dificuldade de acesso, estabilidade da relação, fidelidade, o fato de conhecer o parceiro, o impulso do momento.

Renato (16 a.) julgava importante o uso de preservativos nas relações, porém, não o utilizava sempre.

“A primeira vez ela falo se tinha camisinha... falei que não, aí foi sem” (Renato, 16 a.).

“[...] na maior parte não. Porque assim, quando eu era mais nova eu não sabia, mas depois como eu não era mais virgem, fui na ginecologista, daí eu usava mas não teve.... Eu sempre uso é que as vezes eu esqueço sabe, aí ele não tinha, eu também não” (Renata, 16 a.).

Betina (17 a.), quando questionada sobre o porquê de não usá-lo, respondeu:

“Ah, porque a gente acha que não precisa, que a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, porque quando vê foi (risos)”.

É sabido que as relações sexuais têm iniciado cada vez mais cedo e com um maior número de parceiros, contribuindo para a ocorrência de DSTs. Entre os adolescentes, o uso de preservativos não é freqüente, bem como suas relações não são programadas na maior parte das vezes (TAQUETTE, 2004).

Associadas às relações não-programadas, encontramos também, conforme ilustra a fala a cima, a impulsividade e a ilusão onipotente de que nada irá acontecer, características da adolescência, as quais contribuem à vulnerabilidade.

No que se refere ao processo de negociação entre os parceiros, segundo os adolescentes homens, apesar de conhecerem a AIDS e de saberem do risco de contrá-la, ainda assim deixam de usar preservativo, movidos pelos impulsos sexuais, dando ocasião para que, segundo eles, o emocional supere o racional (VIEGAS-PEREIRA, 2000, p.15).

Segundo Viegas-Pereira (2000), existem fatores que interferem na percepção de risco. Além disso, há o sentimento dos adolescentes de que são “super-heróis”, como se uma gravidez ou uma DST nunca pudesse vir a acontecer com eles, contribuindo de forma negativa à sua percepção.

Paiva (1994 apud VIEGAS-PEREIRA, 2000, p.16) explica esse tipo de atitude:

O uso da camisinha confronta a noção básica de virilidade que diz que ser homem é “naturalmente” ter menos controle de seus impulsos sexuais e agressivos, tê-los mais intensos que a mulher. Colocar a camisinha, racionalizar ou regradar seus impulsos sexuais, ter que levar em conta a parceira, é trair a sua virilidade.

Acrescida à impulsividade, a questão de gênero interfere sobremaneira na utilização de preservativos devido à questão cultural, bem como dos valores sociais que perpetuam a posição de desigualdade da mulher e dificultam seu posicionamento e suas negociações de uso à prevenção. No entanto, aos adolescentes (masculinos), a exigência também não é menor, pois têm um papel a cumprir imposto pela sociedade.

Paiva (et al, 1998) relatam que essa cultura machista fragiliza igualmente os homens porque devem cumprir com seu papel impulsivo, reclamando do uso de preservativos e, por vezes, recorrendo ao álcool para se sentirem mais seguros e menos responsáveis pela contracepção e prevenção. Assim, esses condicionantes

de gênero, criados pela própria sociedade, fragilizam e dificultam os cuidados com a saúde de ambos os sexos.

Segundo Taquette; Vilhena e Paula (2004), os jovens se manifestam não raro insatisfeitos com o papel a desempenhar, e, as consultas devido à dificuldade de ereção, ejaculação precoce, preocupação quanto ao tamanho do pênis, necessidade de bebidas alcoólicas a fim de realizar o ato sexual.

Rodrigo (15 a.), quando questionado sobre a pretensão de usar preservativo ao iniciar suas atividades sexuais, respondeu:

“Pretendo né...só que eu tenho medo de não conseguir, não sabê coloca ...é se eu não consegui também não vo desisti né, a pessoa já... (risos)” (Rodrigo, 15 a.).

Entretanto, os papéis desempenhados num modelo de dominação de gênero, bem como a visão de masculinidade e feminilidade dificultam o avanço dos programas de prevenção de DSTs/AIDS. Assim, trabalhar a prevenção inclui aprofundar o debate em torno dos modelos de dominação de gênero.

Viegas-Pereira (2000) sugere que as políticas sociais proporcionem aos adolescentes conhecimentos sobre a sexualidade, afetividade, reprodução, permitindo, dessa forma, escolhas livres e conscientes de querer ou não ter relações, e, se quiserem tê-las, como o querem. Em outras palavras, permitir o exercício de sua autonomia.

Novamente, ao tratar desses problemas, estamos abordando aspectos vinculados à cidadania. Existe uma estreita relação entre a luta pelos direitos humanos, pela igualdade de poder nas relações, liberdade de pensamento, de outros modos de expressão, e a discussão sobre o que achamos certo ou errado, elementos atrelados à prevenção da AIDS. Às mulheres, prevenir-se do HIV e aumentar sua parcela de poder na sociedade e na relação com o homem são ações que devem andar de mãos dadas (SEFFNER,1998-d).

No mesmo sentido, Taquette; Vilhena e Paula adverte:

Nesta hierarquia de gênero, a supremacia masculina refere-se à força, violência, virilidade [...] Ser homem neste contexto significa soberania, repudiar o feminino, não revelar sentimentos e arriscar sempre, mesmo por meio de violência. Ser mulher, então, associa-se à passividade frente ao abuso sexual, submissão, cuidado e temor em relação ao homem, enfim, resignação ao papel cristalizado de objeto do controle masculino. A desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade (2004, p.9).

Betina (17 a.) afirmou que exigia o uso, no entanto, a relação aconteceu independentemente dessa vontade, associada também ao impulso:

“[...] mas tu vai indo, vai indo e quando vê já foi e tu não exige... sei lá” (Betina, 17 a.).

“Eu só fiquei mesmo com três. Dois perguntô e um não perguntô. O último disse que sabia que eu não tinha nada, aí não usei” (Renata, 16 a.).

Conforme se percebe, embora Renata não soubesse se o parceiro tinha alguma doença, isso não era relevante.

Ayres (1996, p. 20) salienta a importância das relações de poder entre os diversos sujeitos sociais: “A questão de gênero é, portanto, uma das mais fundamentais situações de relação de poder que precisam ser consideradas na discussão da vulnerabilidade”.

Se nos reportarmos ao início de disseminação da AIDS, as únicas mulheres consideradas suscetíveis a ela eram as prostitutas, ou melhor, pertencentes a “grupo de risco”: a boa mulher vive em casa, lugar limpo e protegido. No entanto, com a feminização da epidemia, observa-se que ela está acometendo a todas, casadas, solteiras, pertencentes a diferenciadas faixas etárias (SEFFNER, 1998-d).

Essa construção imposta pela sociedade demonstra um aspecto de dificuldade na negociação das mulheres à prevenção. Seffner (1998-d) exemplifica bem tal aspecto quando cita os casos de homens que mantêm relações, fora do matrimônio, com mulheres casadas, e não usam preservativo porque estas não pertencem a “grupo de risco”. Logo, pode-se inferir que somente o usarão se mantiverem relações sexuais com prostitutas.

Viegas-Pereira (2000), em sua pesquisa, explica que as meninas têm uma percepção de risco de contrair o HIV menor que a dos meninos. O fato se deve ao não-treinamento dessa percepção, pois os pais agem de forma mais liberal com os filhos, e mais conservadora com as filhas. Assim, no campo da sexualidade, as mulheres sujeitam-se a ocupar uma posição subalterna na organização da vida social.

Por conseguinte, a vulnerabilidade feminina aumenta com a não-viabilidade de negociação e domínio de suas relações em termos de fidelidade mútua e do uso de preservativos pelo homem (TAQUETTE et al, 2005).

De acordo com Paiva (1996 apud VIEGAS-PEREIRA, 2000), um indivíduo só comanda sua vida sexual se é capaz de dizer não, assumir decisões e ser respeitado, explorar ou não sua sexualidade por iniciativa própria, negociar práticas sexuais prazerosas, negociar sexo seguro, ter acesso à informação e decidir sobre suas escolhas reprodutivas. Todas essas ações traduzem a idéia do empoderamento, segundo o qual as mulheres são vistas como sujeitos e agentes ativos e não como objeto passivo de uma sociedade.

Com efeitos, são pertinentes as observações de Ayres:

Em termos bem sintéticos, trata-se de não centrar as políticas, programas e ações tanto em grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas independentes e cambiantes identidades. Por outro lado, não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por AIDS como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem (AYRES, 2002, p.20).

Mais uma vez voltamos a enfatizar que os programas e ações voltados à prevenção devem ser construídos em conformidade com o contexto de cada grupo para que seja reconhecida sua importância e a vulnerabilidade seja percebida como fator de risco, fazendo sentido à sua vida.

6.3.2 O Conhecer Versus o Prevenir

Neste item, importa desvelar, pela fala dos adolescentes, outro motivo que possa justificar o porquê de não utilizarem o preservativo em suas relações. Aparece, então, o “conhecer” o outro, estabelecendo uma estreita relação com a prevenção, ou melhor, são elementos inversamente proporcionais. À medida que aumenta o seu conhecimento sobre o parceiro, diminui o uso de preservativos, e, quanto mais desconhecidos ou mesmo pertencentes a um dito “grupo de risco”, como prostitutas, usuários de drogas, etc., maior o seu uso.

Eduardo (16 a.), quando questionado sobre por que usou preservativo na sua primeira relação, respondeu:

“Com a pessoa que foi, por doença, era uma prostituta, e as outras, por gravidez, só gravidez” (Eduardo, 16 a.).

“Porque é pessoa que eu conheço assim... e era a primeira vez dela. E com a outra era uma prostituta. Se eu não conheço a pessoa eu sempre vou usar por gravidez e por doença” (Eduardo, 16 a.).

Como mencionado, quando discorremos sobre o significado de DSTs/AIDS aos adolescentes, observamos que essas doenças se apresentam distantes da sua realidade, isto é, usar preservativos faz sentido aos adolescentes se a relação sexual estiver ligada a uma situação de risco ou a um grupo de risco, porque, assim, aproxima-os da doença.

Viegas-Pereira (2000), em sua pesquisa, sustenta que os adolescentes consideram a AIDS como uma epidemia distante, gerando neles uma menor percepção de risco. Portanto, ao se aproximarem de algo ou alguém que torna a doença mais próxima, a prevenção faz-se necessária. “E assim a maioria das pessoas vai pela vida, adotando ou não medidas de prevenção, julgando cada caso com critérios que muitas vezes variam enormemente” (SEFFNER, 1998-a, p.5).

Porém, quando a doença permanece distante aos olhos do adolescente, como no caso de “conhecer” o parceiro, a possibilidade de uso do preservativo é rapidamente abandonada:

“Acho assim, quando conhece a pessoa assim... se tu conhece bem... acho que não precisa usar” (Renato, 16 a.).

“Acho que tem que olhar pelo jeito delas, tem que conhecer bem” (Ricardo, 18 a.)

“E quando é só ficante?”, interveio a pesquisadora.

“Tem que usar por medo de gravidez e doenças” (Ricardo, 18 a.).

“Quando é namoro é que muda?” perguntou a pesquisadora.

“É” (Ricardo, 18 a.).

Em seu estudo, Merchám-Hamann (1995) observa que a maioria de seus entrevistados de sexo masculino acredita ser possível saber, pela aparência física, quando uma pessoa está com AIDS. Ademais, quando confiam no parceiro, não é, segundo eles, necessário o uso de preservativos.

Viegas-Pereira (2000) explica que as pessoas consideram comportamento preventivo o fato de conhecerem o parceiro, e isso se baseia no comportamento sexual do/da outro/a e no tempo de relacionamento. O conhecer o/a outro/a estimula a confiança, a qual parece se tratar de um sentimento importante, contribuindo à decisão de usar ou não preservativos.

“O que determina usar ou não preservativo?”, indagou a pesquisadora.

“Daí depende se tu conhece ou não a pessoa que tu ta junto” (Samuel, 15 a.).

“O que é conhecer?”, questionou a pesquisadora.

“É tipo... conhecer mais tempo , eu acho que eu saberia se tivesse uma doença, e ah... eu conhecia.... sabia que não ia te doença” (Samuel, 15 a.).

Vitória (16 a.), quando questionada se o preservativo deve ser sempre utilizado, explica por que dispensaria o uso.

“Agora eu não tenho namorado mas, assim ah...só depois de um relacionamento que eu tenha há muito tempo [...]” (Vitória, 16 a.).

Para Seffner (1998-a), os adolescentes relacionam o verdadeiro amor, isto é, aquele cujo envolvimento afetivo é maior, com um mínimo de intenções e planos de convivência em comum, com um escudo contra AIDS.

Viegas-Pereira (2000) refere que a decisão de se proteger assume um caráter sentimental. A prática de “ficar” é um relacionamento passageiro, sem vínculo afetivo, mas, quando se torna namoro, implica compromisso sério e o sentimento e a fidelidade entre os parceiros são peças fundamentais.

No delineamento das políticas de prevenção de DSTs/AIDS a adolescentes, o reconhecimento desses aspectos é imprescindível para que explicitem as respostas adequadas à prevenção. A aproximação com sua realidade e com seus motivos e justificativas de comportamentos são o segredo a fim de se construir um perfil de prevenção eficaz.

6.3.3 Gravidez, uma Realidade Próxima

Como exposto, se o conhecimento e a fidelidade dispensam o uso de preservativos, qual a maior motivação àqueles que o utilizam?

Discorreremos, para finalizar, sobre o principal motivo que estimula os adolescentes a recorrerem ao preservativo, especialmente porque estamos trabalhando com a prevenção de DSTs/AIDS.

O medo da gestação emerge como o motivo mais importante ao uso de preservativos visto que é real e próximo dos adolescentes. Essa realidade foi construída muito próxima à realidade deles, e, com isso, a percepção de sua vulnerabilidade é maior.

Samuel (15 a.), quando questionado sobre por que usou preservativo, responde assim:

“Pra previni, mas aí eu acho que foi mais prevenção contra gravidez do que contra doença”.

Rafaela (16 a.) esclarece que se preocupa mais com a gravidez porque é o que conhece, está próximo à sua realidade:

“Eu acho...mais por isso assim...É uma coisa que eu acho que hoje em dia, até nos jovens, é uma coisa que não é levada tão em conta...Tipo não se preocupa tanto com isso, nem se tu ta conversando sobre relações nunca se preocupam com isso, com a AIDS”.

“O risco não está aqui, agora?”, indagou a pesquisadora.

“É... eu acho tipo, ainda mais quando se fala em relações sexuais, a principal coisa que preocupa é a gravidez. Acho que é o que mais assusta”. Rafaela (16 a.)

Carolina (15 a.), da mesma forma, apresenta a AIDS como um risco distante:

“Gravidez eu acho horrível porque não me imagino com um filho agora. A gravidez é o que eu vejo, porque eu sei que a AIDS existe, mas não conheço ninguém que tenha. Eu sei o tratamento como é mas eu nunca senti isso...mas a gravidez assim ...”

Paiva (1994 apud VIEGAS-PEREIRA, 2000) relata que a utilização de preservativos nas relações sexuais está relacionada ao medo da gravidez, e não à prevenção de doenças. Associado a isso, quando as mulheres utilizam anticoncepcionais, têm uma dificuldade maior em negociar o uso de preservativos com seus parceiros.

Apesar dos depoimentos dos adolescentes referindo-se ao uso de preservativos para impedir a gestação, Viegas-Pereira (2000), divergindo do depoimento acima, a pesquisadora refere que a alta incidência de gestação na adolescência mostra a ocorrência das relações sexuais sem qualquer contracepção ou prevenção, sugerindo que eles não estão preocupados com a possibilidade de uma gestação ou com a AIDS.

Reforçando essa idéia, Aquino (et al, 2003) afirmam que, em sua pesquisa, a maioria das adolescentes, quando indagadas sobre sua primeira gestação, afirmaram que não pretendiam engravidar. No entanto, em média somente 30% dentre elas, relataram usar algum método contraceptivo naquele momento.

À medida que se têm expectativas em relação ao comportamento sexual dos adolescentes e os trabalhos de prevenção das doenças passam a nortear as ações de saúde, mudam as apreciações sobre a gestação na adolescência, pois a gestação anda de mãos dadas com a falta de prevenção.

No que concerne à gravidez na adolescência, atualmente no Brasil e nos países em desenvolvimento, ela é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública, devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude, como também, aos problemas que dela derivam. Dentre este se destacam: o abandono escolar, o risco durante a gravidez, este derivado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. (XIMENES NETO et al, 2007, p.5).

Ximenes Neto et al (2007) afirmam que só reduziremos o número de gestações em adolescentes recorrendo a políticas públicas eficientes e promotoras da cidadania, pois somente dessa forma teremos adolescentes e adultos felizes, saudáveis e com autonomia para decidir sobre sua vida.

A visão preventivista no âmbito da gravidez na adolescência pressupõe a necessidade de incorporar à dimensão biológica, as dimensões sociais e comportamentais. Assim, os trabalhos nesse campo devem estabelecer associações entre as características das pessoas, do seu ambiente social, e os comportamentos sexuais que aumentam o risco de engravidar (LIMA et al, 2004).

Enfatizamos que reconhecer o contexto sociocultural onde vive esse adolescente e o significado de uma gestação são fundamentais para trabalhar a sua vulnerabilidade, ou, no caso, a redução de gestações em adolescentes.

As condições materiais da existência e os significados e expectativas que cercam a gravidez, torna-a, para umas adolescentes, parte do projeto de vida, constituindo-se, para outras, em um evento não planejado, em uma surpresa desagradável que gera temores e conflitos ou acentua os já existentes (LIMA et al, 2004, p.5).

Vejamos alguns dados colhidos do SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos –, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, para ilustrar a dimensão da questão apresentada em relação a gestação na adolescência.

De acordo com o Painel de Indicadores do SUS – Sistema Único de Saúde(2005) –, as gestações na adolescência responderam por 22% dos partos ocorridos no Brasil em 2003. Em Pelotas, nesse mesmo ano, dos 4411 partos

ocorridos, 871 foram de adolescentes, representando um percentual não muito diferente do País de 19,74% (SINASC, 2008).

Em Pelotas, no ano 2006, ocorreram 755 partos de adolescentes, do total de 4248 partos, correspondendo 17,77% dos ocorridos no referido ano (SINASC, 2008).

Para 2007, a diferença não foi relevante, pois foram realizados 3985 partos, sendo verificados 675 de adolescentes, indicando 16,93% do total de partos em Pelotas (SINASC, 2008).

Os dados representam somente os partos ocorridos em mulheres residentes em Pelotas e com até 18 anos completos.

Observamos uma redução do número total de partos feitos a cada ano e uma discreta redução de partos em adolescentes, mas, ainda assim, certamente, seria assustador pensar nesse mesmo número de novos casos de contaminação ao HIV em adolescentes anualmente. Não poderia ser?

Com os índices apurados, podemos inferir que o número de gestações na adolescência permanece elevado. Dessa forma, é possível afirmar que, se houve redução dos casos de DSTs/AIDS em adolescentes, tal fenômeno não ocorreu somente pela prevenção, e, sim, por outros fatores os quais devem ser estudados em maior profundidade. Porém, diante disso, pode-se supor que, se houve gestação, não houve prevenção, e quem se expõe à gestação, está exposto igualmente a DSTs e HIV.

CONCLUSÃO

Ao percorrermos a trajetória de avaliação dos impactos que as políticas de prevenção de DSTs/HIV acarretaram aos adolescentes, deparamo-nos com aspectos importantes os quais devem ser abordados em busca da prevenção.

Após a Constituição de 88, foi consagrado o direito à participação popular e política-administrativa. A sociedade passou a compor os conselhos deliberativos das políticas sociais, em espaços paritários com o poder público. As experiências democráticas passaram a conviver com o ajuste estrutural da economia, com as limitações dos gastos públicos e com a necessidade de capacitação dos conselheiros e dos gestores para a prática democrática e participativa.

Observa-se que o pacto federativo prevê a co-responsabilidade da União, dos Estados e Municípios, mas, de fato, o município passou a ser o principal responsável pela oferecimento dos serviços sociais, tais como saúde, educação e assistência social. Assim, a gestão das políticas sociais no nível local torna-se mais complexa e deve garantir a participação da sociedade civil, nas discussões, elaboração e execução das políticas sociais, com o intuito de garantir direitos.

Ao tratarmos com os adolescentes escolares da cidade de Pelotas sobre o acesso ao trabalho de prevenção realizado pela Coordenadoria Municipal de DST/AIDS, vemos que eles não o percebem de uma forma presente e contínua. Lembram que, em algum momento, tiveram palestras nas escolas, sendo esse trabalho, para alguns, de fácil lembrança; para outros, com certo esforço, deixando transparecer algo de pouca importância.

Entre os trabalhos de prevenção referidos pelos adolescentes, alguns foram realizados pela própria escola, e não diretamente pela Coordenadoria, não sendo abandonados, com isso, os objetivos preconizados pelas políticas públicas quando inseriu os temas transversais, no caso a sexualidade, para serem trabalhados nas

escolas. De uma forma geral, quando esses trabalhos não são realizados por professores da escola, os adolescentes não sabem quem está realizando a palestra.

Quanto à informação, ela de fato existe, no entanto, parece dissociada da realidade do adolescente e, por isso, repetida como uma receita de comportamento correto, não o alterando. Os adolescentes descrevem o que é certo ou errado, por vezes de forma equivocada, mas do jeito que a informação é compreendida.

É com base na informação recebida que passam a construir internamente a representação da doença, ou melhor, o significado para cada um. No entanto, é fundamentando-se nessa compreensão e nas suas formas de contaminação, que se percebem vulneráveis ou não, ponto central em um trabalho de prevenção.

Assim, torna-se necessário proporcionar aos adolescentes um espaço onde o conhecimento seja construído segundo sua realidade, seu contexto de vida e sua forma de viver para que essa prevenção surja pela percepção de sua vulnerabilidade.

Ao desvelar o reconhecimento dos adolescentes com relação à sua vulnerabilidade ou aos aspectos que os tornam mais expostos, constatamos diferentes nuances nesse ponto.

É importante destacar que, quando trabalhamos a vulnerabilidade de cada um, ocorre a associação de informações com o comportamento, ou melhor, do saber e do fazer, o que se mostraram, no presente estudo, dissociados um do outro. A título de exemplo, ouvimos inúmeras vezes declarações, tais como “Eu sei que o preservativo é necessário para a prevenção, no entanto nem sempre uso por que...”

Portanto, aos adolescentes, o uso do preservativo é reconhecidamente a melhor forma de prevenção de doenças, mas isso não é suficiente para sua utilização, pois está vinculado a outros fatores, tais quais: a questão de gênero, o conhecer, os comportamentos característicos de adolescentes, a prevenção de doenças e gestação.

A questão de gênero assume uma posição importante: nas mulheres, aparece uma dificuldade de negociar o seu uso, ficando este a critério dos homens; nos homens, o medo de não saber usar o método parece colocar em xeque a sua virilidade: “é melhor sem do que fracassar”.

O conhecer o parceiro é outro fator responsável por dispensar o uso de preservativos. Como dizem, “quando é namoro sério”, seu uso não se faz necessário. Por vezes, nem é preciso se tratar de namoro, vale somente o fato de

conhecer a pessoa para saber que não tem doenças. Nesse contexto, a percepção de sua vulnerabilidade não existe.

Outros dois aspectos aparecem na pesquisa para o não-uso de prevenção, sendo eles a impulsividade e a onipotência de achar que, com ele, nada vai acontecer. Visando trabalhar a prevenção com adolescentes, devemos sempre lembrar as características e os comportamentos peculiares desse grupo, pois, sem isso, a informação lhes carece de sentido.

Também é verdade que o preservativo, por vezes, é usado à prevenção de DSTs/HIV, mas isso expõe o quanto a construção da doença está distante do mundo dos adolescentes, pois ela se faz necessária para eles quando se relacionam com alguém dos ditos grupos de risco. Essas pessoas não fazem parte do seu meio, fazem apenas parte da doença, ou melhor, representam a doença.

Aos adolescentes, ao contrário do exposto, a gravidez, porque faz parte de sua realidade, aparece como o principal motivo para usá-lo. A gravidez se apresenta como um risco real e não necessita da imaginação; eles têm exemplos reais no seu meio.

Diante de tal fato, percebemos que, mesmo com campanhas informativas, distribuição de preservativos, o seu uso não ocorre por uma atitude consciente de prevenção de doenças, e, sim, por medo de gravidez.

Logo, toda expectativa da prevenção perde sua esperança quando usam anticoncepcionais, garantindo a prevenção de gravidez e tornando-os vulneráveis a doenças, pois logo o preservativo é abandonado.

No entanto, apesar do medo da gravidez, o número de gestantes adolescentes permanece em patamares elevados, mostrando que nem mesmo a prevenção de gestação é realizada de forma satisfatória.

É lícito, pois, voltarmos a interrogar: quem engravidou não poderia ter contraído uma doença sexualmente transmissível ou o HIV?

Ao retomar as políticas públicas, no caso de saúde, cujo objetivo é o delineamento de ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados, e, com isso a redução da epidemia, observamos, no presente trabalho, a existência de uma dissociação entre tais políticas e as ações efetivamente desenvolvidas.

São preconizadas por tais políticas linhas estratégicas à prevenção que promovam a mudança de comportamento pela percepção do risco, informação

qualificada, considerando, para isso, as condições sociais, culturais, crenças e os valores de determinado grupo visando, a partir daí, estabelecer modelos de intervenção.

Entretanto, observamos na exposição que as ações desenvolvidas são isoladas e descontínuas e, dessa forma, ficam carentes de sentido. Essas só serão percebidas pelos adolescentes como importantes para sua vida, se forem construídas conforme sua realidade, fazendo com que se perceba o quão próximos tais problemas estão, e, a partir daí, a necessidade de adotar este ou aquele comportamento.

Percebemos, então, que a base de todo trabalho deve ser centrada na construção da cidadania. Nas mais distintas explanações sobre o significado de doenças, formas de contaminação e prevenção, vulnerabilidade, como todos os outros temas e categorias abordados, o caminho passa pela construção de indivíduos capazes de reconhecer e respeitar a si mesmos e aos outros, bem como todas as formas de viver; capazes de ouvir, serem ouvidos e negociar seus desejos e decisões; e, acima de tudo, serem sujeitos de sua própria vida.

É certo, porém, que só atentamos a essas necessidades de abordagem à prevenção porque inúmeros trabalhos e propostas já trilharam esse caminho, permitindo, assim, que fizéssemos uma avaliação, e, nelas nos fundamentando, pudéssemos propor as mudanças necessárias para que nos aproximássemos do nosso objetivo.

Dessa forma, a saúde, tais quais as demais políticas sociais (educação, assistência social), reconhecidamente como política de proteção social, deve atuar de forma inter-setorial, com o objetivo de garantir ações e serviços que assegurem efetivamente os direitos e sensibilizem os adolescentes no sentido de sua implicação para superarem estar em situação de risco e vulnerabilidade. A efetivação das políticas públicas de prevenção à saúde, além da discussão sobre a apropriação dos fundos públicos, também se fazem necessárias como um processo contínuo, levando em consideração os interesses coletivos dos adolescentes.

Portanto, ao avaliar os impactos das políticas de prevenção de DSTs/HIV em adolescentes, esperamos, sem dúvida, estar contribuindo ao ajuste e delineamento de programas eficientes, visando à redução das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

Resumidamente, concluímos que:

- Quanto ao trabalho de prevenção realizado, este não é percebido de forma presente e contínua.
- A informação existe, porém, é dissociada da realidade.
- Os adolescentes não têm percepção de sua vulnerabilidade.
- O preservativo é reconhecidamente o melhor meio de prevenção, no entanto nem sempre é usado.
- O principal motivo para o seu uso é a gravidez.
- Acreditamos que a base de todo trabalho de prevenção deve estar centrado na construção da cidadania.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C.M. **Métodos Epidemiológicos Para Planejamento e Avaliação de Impacto dos Programas de Controle Vetorial da Doença de Chagas**. Grupo de Trabajo OPS em Enfermedad de Chagas. Montevideo, Uruguay. Noviembre, 2001. Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/consulta-6.pdf>> Acesso em: 11 abr. 2008.

AQUINO, E. M. L. HEILBORN, M. L. KNAUTH, D. BOZON, M. ALMEIDA, M.C. ARAUJO, J. MENEZES, G. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais**. Cad. Saúde Pública, v 19 supl.2 Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a19v19s2.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2008.

AYRES, J. R. **Sujeito, Intersubjetividade e Práticas em Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva v.6 n1, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-1232001000100005-71k> Acesso em: 10 jan. 2008.

_____. Cidadania, Vulnerabilidade e Prevenção de HIV/AIDS. In: **AIDS E ESCOLA, reflexões e propostas do EDUCAIDS**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais**. Interface – comunic, saúde, educ. v.6, n 11, p. 11-24, ago 2002. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista11/ensaio1.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2007.

_____. **O Jovem Que Buscamos e o Encontro Que Queremos Ser: A Vulnerabilidade Como Eixo de Avaliação de Ações Preventivas do Abuso de Drogas, DST e AIDS Entre Crianças e Adolescentes**. Série Idéias. N 29. São Paulo: FDE. 1996. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015:024_c.pdf> Acesso em: 20 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos/SINASC. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>> Acesso em: 28 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_do_sus.pdf> Acesso em: 10 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Municipal de DST/AIDS Programa de Monitoramento e Avaliação.** 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Municipal de DST/AIDS Programa de Monitoramento e Avaliação.** 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS.** Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br>> Acesso em: 20 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde **Programa Nacional de DST e AIDS para Adolescentes.** Disponível em: <<http://www.adolesite.AIDS.gov.br>> Acesso em: 20 set. 2006.

CAMARGO, B. BOTELHO, L. **AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV.** Rev. Saúde Pública. V.41, n.1. São Paulo. Fev, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/5296.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2008.

CAMPOS VELHO, M.T.de. **Gestação na Adolescência:** um marco na construção de vida do ser mulher. Florianópolis: UFSC, 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

CANAVARRO, M.C., PEREIRA, M., MORGADO, L.M. **A adolescência, a mulher e a sida.** In: *HIV-AIDS Virtual Congress*, Lisboa. 2003. Disponível em: <<http://www2.deep.msst.gov.pt/docbweb/plinkres.asp?Base=CATESOC&Form=COM>> Acesso em: 10 mar. 2007.

CANO, M.A.T. et al. **Sexualidade na adolescência:** um estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v.8, n.2, abr.2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12413.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2007.

CARVALHO, A, et al. **Políticas Públicas.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

CASTIONI, R. **AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: modelos e usos da avaliação de impacto em programas de formação profissional.** VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho, Abet,1999.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** São Paulo: Cortez, 2005.

CUNHA, E. CUNHA, E. **Políticas Públicas e Sociais**, cap.1. In: CARVALHO, A, et al. **Políticas Públicas.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

ECA. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo: Saraiva, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio Século XXI – O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FONSECA, H. **Abordagem sistêmica em saúde dos adolescentes e suas famílias**. In: *Adolescência e Saúde*. V.1, n.2 Rio de Janeiro, 2004.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico – Elaboração e Formatação**. 14. ed. Porto Alegre: Brasul, 2006.

HAMMES, Wallney J. **Prontuário de Linguagem e Comunicação**. 2. ed. rev e aum. Pelotas: EDUCAT. 2001.

HEARST, N. **PESQUISA EM PREVENÇÃO DE AIDS**. In: AIDS E ESCOLA, reflexões e propostas do EDUCAIDS. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

JEOLÁS, L. FERRARI, R. **Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado**. *Cienc. Saúde coletiva* v.8 n.2, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a21v08n2.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2006.

LIMA, C.T. et. al. **Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação**. *Ver. Bras. Saúde Mater. Infant.* V.4 n.1 Recife jan/mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19983.pdf>> Acesso em: 08 mar. 2008.

LORENZO, C. **Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas**. In: *Revista Brasileira de Bioética*. V.2, n 3 Brasília. 2006.

LUSTOSA, P. H. **Políticas públicas e Assistência Social: um preâmbulo para discussão do plano municipal de assistência social da Prefeitura Municipal de Fortaleza (1998/2002)**. 2005. Disponível em: <<http://www.ibrad.org.br>> Acesso em: 25 dez. 2006.

MAGALHÃES, R. **Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública**. In: *Adolescência e Saúde*. V.1, n.1 Rio de Janeiro, 2003.

MATHEUS, T. **O discurso adolescente numa sociedade na virada do século**. *Psicol. USP*. V.14, n.1 São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-65642003000100006-43k> Acesso em: 10 dez. 2006.

MEIHY, J.C.S. **Manual de história oral**. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MERCHÁN-HAMANN, E. **Grau de Informação, Atitudes e Representações Sobre o risco e a Prevenção de AIDS em Adolescentes Pobres do Rio de Janeiro, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*. V. 11 n. 3, Rio de Janeiro jul/set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a09.pdf>> Acesso em: 25 dez. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2004.

Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2002

NAUD, P. et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** In: *Rotinas em Ginecologia.* Porto Alegre: Artmed, 2006.

NETO, C.N. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

PAIVA, V. PERES, C. BLESSA, C. **Jovens e Adolescentes em Tempo de AIDS** Reflexões Sobre Uma Década de Trabalho de Prevenção. In: *Psicologia USP*, v.13 n.1 São Paulo. 2002. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?>> Acesso em: 25 dez. 2006.

PAIVA, V. **Sem Mágicas Soluções:** a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. In: *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* v.6, n.11, p.25-38. 2002. Disponível em www.interface.org.br/revista11/ensaio2.pdf Acessado em 25.12.2006.

PAIVA, V. et.al. **A VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV É MAIOR POR CAUSA DOS CONDICIONANTES DE GÊNERO?** Artigo publicado e traduzido do Cuadernos Mujer Salud 3, 1998. Red de Salud de las Mujeres Latino Americanas e del Caribe, p 34-38. Disponível em: <<http://www.usp.br/nepAIDS/>> Acesso em: 10 mar. 2008.

PINTO, T., TELLES, I. (orgs). **AIDS E ESCOLA, reflexões e propostas do EDUCAIDS.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA HIV/AIDS. Site construído e mantido pelas Nações Unidas. Disponível em: <http://www.unAIDS.org/en/HIV_data/epidemiology/epi_slides.asp> Acesso em: 27 out. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Programa Estadual de DST/AIDS.** Disponível em: <<http://www.abcdAIDS.com.br>> Acesso em: 20 set. 2006.

SEFFNER, F. **AIDS & Escola.** In: *Saúde e Sexualidade na Escola.* Porto Alegre. Mediação. 1998. Disponível em: <<http://ww1.unilassale.edu.br/seffner/artigo2.htm>> Acesso em: 06 out. 2007-a

SEFFNER, F. **Cidadania, doença e qualidade de vida: o caso da AIDS.** In: *Cidadania e Qualidade de Vida.* Canoas: CELES. 1998. Disponível em: <<http://mhtml:file://H:\Artigos publicados seffner.mht>> Acesso em: 03 nov. 2007-b.

SEFFNER, F. **O Conceito de Vulnerabilidade:** uma ferramenta útil em seu consultório. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/final/dh/afroatitude/vulnerabilidade-protagonismo/vulnerabilidade.itf>>. Acesso em: 08 jan. 2006-c.

SEFFNER, F. **Aids e (é) falta de educação.** In: A escola cidadã no contexto da globalização. Petrópolis. Vozes, 1998. Disponível em: <<http://mhtml:file://H:\artigos publicados seffner.mht>> Acesso em: 03 nov. 2007-d.

SILVA, E.L. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação.** 3.ed. ver. Atual. Florianópolis. Laboratório de Ensino à Distância da UFSC. 2001.

SILVEIRA, M. BÉRIA, J. HORTA, B. TOMASI, E. **Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres.** Ver. Saúde Pública. V.36 n.6. São Paulo. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/13520.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2008.

TAQUETTE, S. ANDRADE, R. VILHENA, M. PAULA, M. **A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis.** Ver. Assoc. Med. Bras. v.51 n.3 São Paulo. Maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n3/a15v51n3.pdf>> Acesso em: 13 out. 2007.

TAQUETTE, S. VILHENA, M. PAULA, M. **Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Pública, v. 20 n. 1 Rio de Janeiro, jan/fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/46.pdf>> Acesso em: 13 out. 2007.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral.** 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002. 385 p.

TRIVIÑOS, N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VALADÃO, M.M. **A Saúde nas Políticas Públicas:** juventude em pauta! In *Políticas Públicas: Juventude em pauta.* São Paulo: Cortez, 2003.

VÍCTORA, C.G. **Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEGAS-PEREIRA, A.P. **“AIDS? To fora” Um estudo com adolescentes em duas escolas de Belo Horizonte sobre os fatores que determinam o uso de preservativo na era da AIDS.** Belo Horizonte: UFMG, 2000. Dissertação (Mestrado em Demografia). CEDEPLAR/UFMG. 2000. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../todos/posteres/AIDS%20Tô%20fora%20%20um%20estudo%20com%20adolescentes...pdf>> Acesso em: 10 dez. 2007.

XIMENES NETO, F. R. DIAS, M.S. ROCHA, J. CUNHA, I. C. **Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes.** Rev. Bras. Enf. V.60 n.3 Brasília, maio/junho, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s00347167200700030000681ng=pt-65k > Acesso em: 20 fev. 2008.

APÊNDICE I

<p>Perfil dos adolescentes</p>	<p>1-Idade: _____</p> <p>2-Sexo: () Feminino () Masculino</p> <p>3-Renda familiar:</p> <p>() menos de um salário mínimo</p> <p>() de 1 a 2 salários mínimos</p> <p>() de 2 a 3 salários mínimos</p> <p>() mais de 5 salários mínimos</p> <p>4-Trabalha: () Sim () Não</p> <p>5- Escola: () Pública () Particular</p> <p>6- Série: _____</p>
<p>Informação e acesso às campanhas de DSTs e AIDS</p>	<p>8- O que significa para você DSTs e AIDS?</p> <p>9- Você conhece as formas de contaminação dessas doenças? Dê exemplos.</p> <p>10- Você conhece algum trabalho de prevenção de dst/AIDS desenvolvido pela secretaria de saúde aqui do município? Qual (is)?</p> <p>11-Você já participou de alguma campanha de distribuição de preservativos? Onde?</p> <p>12-Você já participou de alguma campanha de informação com relação às doenças sexualmente transmissíveis e/ou AIDS? Onde?</p> <p>13 - Você já teve orientações sobre a prática de sexo seguro? Com quem?</p>

<p>Vulnerabilidade</p>	<p>14- Você já teve relações sexuais?</p> <p>15- Se sim, com que idade foi sua primeira relação sexual?</p> <p>16- Você tem filhos?</p> <p>17- Você utiliza algum método de prevenção de Dsts e AIDS em suas relações sexuais? Com que frequência?</p> <p>18- Que métodos você utiliza?</p> <p>19- Você já utilizou algum tipo de droga? Qual? Com que frequência você utiliza?</p>
-------------------------------	---

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL MESTRADO EM POLÍTICAS SOCIAIS

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA SOBRE A INVESTIGAÇÃO DOS POSSÍVEIS IMPACTOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO A DST/HIV EM ADOLESCENTES

A pesquisa que estamos lhe convidando a participar tem como objetivo investigar os impactos causados nos adolescentes referente a prevenção de dst/hiv pelas políticas de saúde propostas. Para tal, é importante a participação de adolescentes da comunidade.

Se você aceitar participar deste estudo, terá que responder a um questionário que será aplicado pela pesquisadora e gravado. Os dados fornecidos por você durante a aplicação do questionário, através de anotações e gravações, serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, entretanto a pesquisadora e a orientadora garantem que a sua identidade permanecerá em sigilo, tendo em vista a manutenção de sua privacidade.

Você é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos ou danos.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com a pesquisadora ou com a orientadora da pesquisa, através dos números (53-81161746) falar com Maira, ou (53-81114553) falar com Helenara.

Declaração da cliente

Eu, _____, declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida com a pesquisadora.

Assinatura do aluno (a): _____

Assinatura do responsável: _____

Declaração de responsabilidade da pesquisadora

Eu, _____, declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

Pesquisador responsável: _____

Nome do pesquisador: Maira Guedes Piltcher Recuero.

Nome do orientador: Prof^a. Dr^a Helenara Fagundes.