

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL – UNIJUÍ – *CAMPUS* DE IJUÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
NAS CIÊNCIAS**

**ADOLESCENTES E AIDS:
A respeito da prevenção**

JOANINE GIRARDI KETTNER

**IJUI – RS
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JOANINE GIRARDI KETTNER

**ADOLESCENTES E AIDS:
A respeito da prevenção**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *Scripto Sensu* em Educação nas Ciências como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Educação.
UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Walter Frantz

Ijuí (RS)

2009

**ADOLESCENTES E AIDS:
A respeito da prevenção**

JOANINE GIRARDI KETTNER

**Dissertação de Mestrado defendida e aprovada pela banca examinadora
constituída pelos professores doutores abaixo assinados.**

Data de aprovação: ____/_____/____.

Banca Examinadora:

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Ijuí (RS), junho de 2009.

À minha família.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me protegeu inúmeras vezes nas viagens até a UNIJUÍ, e com certeza me afastava de algum sinistro nas curvas à frente.

Aos meus pais, Renato Kettner (*in memoriam*) e Maria Elena Girardi Kettner, por terem criado a mulher e profissional que sou.

À Patrícia, secretária do Grupo Vida de Santo Ângelo/RS, colaboradora incansável na realização das entrevistas com os adolescentes.

Ao meu orientador, Dr. Walter Frantz, por trazer mais luz ao tema desenvolvido.

Aos professores do Mestrado em Educação, que com habilidade enriqueceram meus conhecimentos; e aos colegas de estudo, pela amizade e convívio.

À direção e professores da Escola Estadual de 1º e 2º Grau Onofre Pires e da Escola Cenicista de 1º e 2º Grau Sepé Tiaraju de Santo Ângelo, onde foi realizada a pesquisa de campo.

Aos estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede de ensino de Santo Ângelo, pela participação neste trabalho.

“Há muitas adolescências, e em cada uma delas, jovens prestes a iniciar a atividade sexual, a experimentá-la na ‘vida real’ com os parceiros. O ideal seria que se prevenissem, não ficando suscetíveis à gravidez sem planejamento e às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como AIDS e outras patologias infectocontagiosas que têm no contato sexual o principal meio de transmissão. A vida sexual dos adolescentes [...] os torna vulneráveis às DST/AIDS; informações e acompanhamento clínico são fundamentais para ajudá-los a lidar com fantasias e dúvidas a respeito da sexualidade e do corpo em maturação.

(Margaret Fialho – 2008).

“Apenas a informação não faz a pessoa mudar seus hábitos”.

(Amaury Mendes Júnior – 2005).

“A vulnerabilidade dos adolescentes merece redobrada atenção da família e da sociedade e demanda estratégias interdisciplinares de prevenção e combate [...]”.

(Marcelo Niel et al – 2008).

“[...] a prevenção da AIDS deveria ser orientada para o comportamento das pessoas”.

(Humberto L. Vieira – 2000).

“A prevenção requer um duplo trabalho: da alma e do corpo – o cuidado de si – orientado pelo médico e pelo educador”.

(Adaptado de Michel Foucault – 1985).

RESUMO

O presente estudo tem como foco essencial a discussão em torno de aspectos fundamentais de uma educação para a saúde, como é o caso da prevenção contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entre os adolescentes. Na verdade trata-se de reconhecer os meios mais eficazes de acesso a informações sobre AIDS e sexualidade, para descobrir as falhas na comunicação com os adolescentes no processo da construção de um conhecimento para a diminuição da vulnerabilidade diante de situações geradoras de risco. O estudo procura mostrar as particularidades da construção subjetiva e desafiadora do sujeito na adolescência, isto é, como a informação chega até ele e como pode contribuir para a prevenção do HIV/AIDS, fundamentalmente à modificação de comportamentos de riscos. Como tal, a pesquisa se inscreve no campo da educação para a saúde. A metodologia utilizada é a da abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, e a estratégia é o estudo de casos reais. O estudo inicia com uma análise bibliográfica sobre o assunto central que é a prevenção da AIDS entre adolescentes. O estudo teórico revela distintas faces da adolescência, a constituição do sujeito, a descoberta da sexualidade, a vulnerabilidade cada vez maior dos jovens ao risco de contrair as DSTs, como AIDS e outras patologias infectocontagiosas que têm no contato sexual o principal meio de transmissão. O estudo empírico apresenta uma pesquisa de campo, realizada junto a uma amostra de 52 adolescentes entre 13 e 16 anos de duas escolas do Ensino Fundamental e Médio da cidade de Santo Ângelo, RS. Os dados foram obtidos através de questionários, aplicados durante a realização de atividades educativas no espaço formal das escolas. O estudo empírico aponta para falhas na comunicação do processo pedagógico que visa modificar comportamentos e atitudes dos jovens para com a vida. A análise e a avaliação dos dados permitem apontar que o ideal seria que uma disciplina de Educação para a Saúde e para a sexualidade, integrasse a estrutura curricular das escolas e dos cursos de formação de professores. No entanto, sem constituir como pré-requisito que o professor seja da área específica de Ciências Biológicas. Porém, que soubesse interagir com as questões complexas que envolvem a adolescência e o olhar adolescente. Isto é, que esteja capacitado para falar sobre sexualidade, emoções, subjetividade na adolescência, contribuindo, através de um discurso com vínculos no real e na sua função de orientação com o adolescente rumo à sua independência e a um comportamento saudável. O estudo abre perspectivas para novas pesquisas na área da educação para a saúde.

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, AIDS, Prevenção.

ABSTRACT

The present study has as essential focus the discussion around fundamental aspects of an education for the health, as it is the case of the prevention against to Syndrome of Acquired Immunodeficiency (AIDS) among the adolescents. Actually it is recognizing the most effective ways of access to information about AIDS and sexuality, to discover the flaws in the communication with the adolescents in the process of the construction of a knowledge for the decrease of the vulnerability due to generating situations of risk. The study tries to show the particularities of the subject's subjective and challenging construction in the adolescence, that is, as the information arrives until him and as it can contribute for the prevention of HIV/AIDS, fundamentally to the modification of behaviors of risks. As such, the research enrolls in the field of the education for the health. The used methodology is the one of the qualitative approach, of exploratory and descriptive character, and the strategy is the study of real cases. The study begins with a bibliographical analysis on the central subject that is the prevention of the AIDS among adolescents. The theoretical study raises different faces of the adolescence, the subject's constitution, the discovery of the sexuality, the vulnerability every time larger of the youths to the risk of contracting DST's, as AIDS and other pathologies infect contagious that have in the sexual contact the principal middle of transmission. The empiric study presents a field research, accomplished a sample of 52 adolescents close to among 13 and 16 years of two schools of the Fundamental and Medium Teaching of the city of Santo Angelo, RS. The data were obtained through questionnaires, applied during the accomplishment of educational activities in the formal space of the schools. The empiric study points for flaws in the communication of the pedagogic process that seeks to modify behaviors and the youths' attitudes to the life. The analysis and the evaluation of the data allow to point that the ideal would be that a discipline of Education for the Health and for the sexuality, it integrated the structure curricular of the schools and of the courses of teachers' formation. However, without constituting as previous requirement that the teacher is of the specific area of Biological Sciences. However, if he/she knew how to interact with the complex subjects that involve the adolescence and the adolescent glance. That is, that it is qualified to talk about sexuality, emotions, subjectivity in the adolescence, contributing, through a speech with entails in the Real and in your orientation function with the adolescent heading for your independence and to a healthy behavior. The study opens perspectives for new researches in the area of the education for the health.

Key words: Adolescence, Sexuality, AIDS, Prevention, Education for the health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 AS DEMANDAS DA ADOLESCÊNCIA E A VULNERABILIDADE À AIDS.....	21
1.1 O ADOLESCER NA LINHA DO TEMPO E DO IMAGINÁRIO.....	21
1.2 A SIGNIFICAÇÃO DOS CONCEITOS: ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE E AIDS.....	29
1.2.1 Adolescência e sexualidade.....	29
1.2.2 Vulnerabilidade e Aids.....	73
2 PREVENÇÃO DA AIDS E AS FALHAS DE COMUNICAÇÃO COM ADOLESCENTES.....	97
2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO.....	97
2.2 AS AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DAS DSTS/AIDS E A INFORMAÇÃO DOS ADOLESCENTES.....	119
3 O TRABALHO EDUCATIVO PARA ALÉM DA SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL.....	138
3.1 SEXUALIDADE E SAÚDE NO CURRÍCULO ESCOLAR.....	138
3.1.1 As práticas escolares na área da educação sexual e a preparação dos professores.....	151
3.1.2 As informações contraditórias e as necessidades sentidas.....	158
3.2 O ENCONTRO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	164
3.2.1 O encontro da doença e da medicina, do paciente e da médica.....	164
3.2.2 Desafio do encontro: educar para a saúde.....	164
3.2.2.1 Uma relação pedagógica entre médica e paciente – uma relação de aprendizagem, de educação.....	170
3.2.2.2 A intervenção educativa.....	171
4 REFLEXOS DA DISCUSSÃO DA SEXUALIDADE E DA PREVENÇÃO DA AIDS À SAÚDE DOS ADOLESCENTES.....	175
4.1 A FALA E O IMAGINÁRIO DOS ADOLESCENTES.....	179
4.1.1 O perfil dos entrevistados.....	180
4.1.2 Significado da AIDS e conhecimentos sobre prevenção.....	183
4.1.3 Informações – Meio de comunicação mais eficiente.....	185
4.1.4 Prática da prevenção.....	187

4.1.5 Suficiência das informações e adequação das campanhas aos adolescentes.....	189
4.1.6 Sugestões de campanhas e participação na pesquisa.....	194
4.2 VISÃO DO PROFISSIONAL DE MEDICINA INVESTIDO NUMA RACIONALIDADE PEDAGÓGICA.....	200
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
REFERÊNCIAS.....	212
APÊNDICES.....	233

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
- ABRAPIA – Associação Brasileira de Educação Sexual
- ADN – Ácido desoxirribonucléico
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (no Brasil)
- APA – Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
- BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
- CAGE – Centro de Atendimento ao Jovem Infrator
- CEBRAP - Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
- CES – Conselho Estadual de Saúde
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- CIOMS – Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas
- CMS – Conselho Municipal de Saúde
- CNDST/AIDS - Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
- CNEC – Campanha Nacional de Escolas da Comunidade
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CNTE – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação
- CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento
- DEGASE – Departamento Geral de Ações Sócio-educativas
- DF – Distrito Federal
- DI – Desenvolvimento Institucional e Intercâmbio
- DIP – Doença inflamatória pélvica
- DSTs – Doenças sexualmente transmissíveis
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- FCS – Fatores-chave de sucesso

GGF – Grupo Gestor Federal
GRID - Imunodeficiência relacionada aos gays
GTPOS – Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual
GV/SA – Grupo Vida de Santo Ângelo
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH – Homossexuais
IC – Intervenção Comportamental
IEC – Informação/Educação/Comunicação
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC – Ministério de Educação, Cultura e Desportos
MS – Ministério da Saúde
NRE – Núcleo Regional de Educação
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organizações Não-Governamentais
OSC – Organizações da Sociedade Civil
PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais
Pe – Padre
PN – Programa Nacional
PRD - Projetos de redução de danos
PROGED – Programa de Formação Continuada de Gestores de Educação Básica
RNA – Ácido Ribonucléico
RS – Rio Grande do Sul
S1 – Somestésico primário
S2 – Somestésico secundário
SEF – Secretaria de Estado de Fazenda
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SP – São Paulo
SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas
SPS – Secretaria de Política Social
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

TTs – Temas Transversais

UD – Usuários de drogas

UDI – Usuários de drogas injetáveis

UF – Unidades da Federação

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

UNICEF – United Nations Children's Fund

UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

UNOPAR – Universidade do Norte do Paraná

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Tabela 01 - Prática sexual entre os adolescentes, segundo o sexo, idade 13 a 16 anos.....	182
Tabela 02 - Perfil dos adolescentes quanto à prática sexual.....	182
Tabela 03 - O significado da AIDS para os adolescentes.....	183
Tabela 04 - Conhecimento a respeito da prevenção da AIDS.....	184
Tabela 05 - Onde o adolescente busca informações sobre AIDS.....	186
Tabela 06 - Meio de comunicação que mais chama a atenção dos adolescentes quando apresenta campanhas de prevenção à AIDS.....	187
Tabela 07 - Pratica os conselhos dados nas campanhas de prevenção.....	188
Tabela 08 - As informações disponíveis são suficientes.....	189
Tabela 09 - As campanhas têm alguma coisa a ver com você.....	191
Tabela 10 - A maneira como explicam o assunto é fácil de entender.....	193
Tabela 11 - Sugestões dos adolescentes para campanhas de prevenção à AIDS.....	195
Quadro 01 - A banalização da Aids em três Bairros de Porto Alegre.....	113
Quadro 02 – Pessoas que convivem de perto com portadores do vírus ou pessoas com Aids – Vila A.....	114
Quadro 03 – Projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS em parceria com estados, municípios e outras instituições.....	122

INTRODUÇÃO

O tema abordado neste estudo é a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) entre os adolescentes e, tem como eixo central a prevenção, isto é, a educação para a saúde.

A preocupação com a discussão de questões fundamentais à educação para a saúde, na família ou na, sociedade, aos cuidados com a AIDS, passa por um olhar às peculiaridades da sexualidade na adolescência, especialmente, a vulnerabilidade dos adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis. Passa também pela reflexão sobre o trabalho educativo voltado à saúde reprodutiva e sexual. Em termos amplos, trata-se do encontro da saúde e da educação, que é um encontro da doença e da medicina, do paciente e da médica. Desse encontro nasce o desafio de educar para a saúde. É inegável a importância de uma série de elementos fundamentais para essa discussão, tais como subjetividade, gênero, desejo, identidade, tensões, contradições, riscos. Para realizar o estudo busca-se apoio teórico nas obras de Foucault e Habermas. A expectativa é de que esses referenciais teóricos permitem compreender melhor o comportamento sexual de risco entre os adolescentes e mediar a informação intragrupo para que a mensagem seja adequadamente recebida e auxilie na construção da sexualidade, em especial no que se refere à alteração de conhecimentos e atitudes, com vistas a uma relação de aprendizagem, de educação, no encontro de duas pessoas – paciente e profissional da saúde – que aprendem e se educam para a cidadania e o controle do risco de AIDS nos comportamentos sexuais.

Como a educação em saúde é também uma ação interpessoal que põe em jogo os antagonismos de preferências e os conflitos de valores, o trabalho de prevenção tem sido atravessado por situações problemáticas provocadas por orientações individuais que não se conciliam. Em face das dificuldades encontradas, o desinteresse dos alunos,

a insuficiência de tempo e a falta de material pedagógico adequado, educadores e profissionais da saúde se defrontam com a necessidade de desenvolver estudos que priorizem a redução da prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre jovens.

Nos últimos anos, as críticas à limitada eficácia de intervenções comportamentais, focadas apenas no processo decisório racional, têm deslocado as abordagens educativas para a valorização dos significados que orientam a prevenção da AIDS nos diferentes meios sociais, culturais e políticos (PARKER, 2000; PAIVA et al, 2002). Essa perspectiva torna premente o reconhecimento de que os adolescentes, antes de querer e aceitar as orientações programáticas, baseadas em padrões socioculturais onde se situam e na potencialidade crítica e autocrítica da reflexão, questiona a validade de recomendações sobre o uso de preservativo, quando não esquecem ou deixam de lado seu uso na vivência da sexualidade. Portanto, na falta de informações significativas na construção da sexualidade e na prevenção da AIDS, é fundamental considerar os valores que estão enraizados no imaginário social e que são constitutivos das práticas de homens e mulheres (PAIVA, 1996; MONTEIRO, 1999).

Embora a maior vulnerabilidade da mulher diante da disseminação do HIV, o uso do preservativo masculino em última instância é uma decisão do homem, todavia, a assimetria de poder entre os gêneros não é estanque, “o que e como se negocia são propensos a contestações e reinvenções, de acordo com as relações e contextos nos quais a mulher se encontra” (BARBOSA, 1999, p. 79). São esses conflitos do cotidiano que tornam a discussão prática indispensável, pois essa prática atua como condutor dos discursos por meio dos quais as pessoas, em particular, os adolescentes, interagem e organizam seus modos de vida.

A necessidade da prevenção, no entanto, faz da habilidade para negociar os conflitos interpessoais, resultantes do confronto de duas vontades, uma questão central para a diminuição da transmissão sexual do HIV. Nessa perspectiva, toma-se como referência o paradigma da comunicação (HABERMAS, 1988) que, focalizando-se numa razão centrada no entendimento intersubjetivo entre sujeitos capazes de falar e de agir, baseia-se em procedimentos argumentativos, a prevenção pode ser apreendida como a resultante de uma grande construção coletiva que envolve sujeitos diversos, portadores de diferentes projetos de mundo, em contínua e imprescindível interação material e simbólica.

Apoiada na experiência de profissional da medicina com relação à problemática vivenciada no trabalho com os adolescentes, vislumbra-se a necessidade de realizar este estudo, com o intuito de averiguar, o problema específico constatado, que se resume na existência de falhas de comunicação sobre a sexualidade. Em face dessa situação, para descobrir e analisar o que está acontecendo, questiona-se: Quais os aspectos das informações disponíveis aos adolescentes que não estão sendo processados por eles? O desconhecimento da sexualidade faz com que experiências sexuais prematuras favoreçam a aquisição de HIV/AIDS? Qual a prática de intervenção nesse caso? Quais os desafios do encontro da saúde e educação?

Estas questões emergem do contexto da sociedade, perplexa com o aumento dos casos de AIDS, entre a população jovem, bem como de um encontro da doença e da medicina, do paciente e da médica. Mesmo com todas as campanhas de prevenção realizadas dentro das escolas e nos meios de comunicação, tem-se o conhecimento do ainda substancial número de infecções entre indivíduos de 13 a 24 anos de idade. No Rio Grande do Sul, por exemplo, entre os anos de 1982 a 1999, em uma população de 1.935.195, foram identificados 1.513 casos de AIDS, evidenciando incidências (taxa por 100.000 habitantes) de 78,2 entre jovens dessa faixa etária (SANTOS; SANTOS, 2002).

Algum fator deve estar encoberto ou passando despercebido, ou a linguagem usada talvez não esteja sendo adequada para surtir a conscientização necessária. Pretende-se conhecer o perfil desta população, bem como descobrir quais os fatores que levam os adolescentes a deixarem de lado as práticas preventivas, mesmo quando têm conhecimento delas.

Assim, elege-se como objeto de estudo do presente trabalho, uma amostra de 52 adolescentes entre 13 e 16 anos de idade, estudantes de duas escolas de Ensino Fundamental e Médio da cidade de Santo Ângelo, RS.

Dessa perspectiva, como hipóteses deste estudo, se têm as seguintes: a) o conteúdo da proposta de educação sexual inserido nos currículos das escolas de ensino fundamental e médio, não tem contribuído para a redução o problema da AIDS nem o número de gestações precoce entre adolescentes, onde a educação sexual foi adotada como solução para este problema; b) os discursos dos adultos sobre a sexualidade testemunham confusões e também produzem efeitos nos saberes e práticas escolares; c) a escola favorece não só a construção de noções, mas também de imagens, conceitos e valores a respeito do corpo; d) uma educação para a saúde pode promover o encontro do aprender com o conhecer e o fazer, permitindo que o educando assimile

informações corretas do ponto de vista científico sobre si mesmo, os outros e o mundo, tornando-se capaz de por em prática os seus conhecimentos, conforme Marques (2002) e Delors (2006).

Para o estudo foi utilizada a metodologia de abordagem qualitativa, conforme Minayo (2001), de caráter exploratório, porque se preocupa em estudar a aplicação prática dos conceitos desenvolvidos sobre a adolescência, sexualidade, prevenção da AIDS, educação e saúde, relação pedagógica entre médica e paciente, e a prática de intervenção, em face da problemática da vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV. Por outro lado, adota o enfoque descritivo, que na afirmação de Marconi e Lakatos (1996), possibilitará descrever por inteiro um dado fenômeno, para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. A estratégia de pesquisa é o estudo de casos reais, que segundo Yin (2001), se refere à existência de tipos diferentes de casos.

Quanto aos procedimentos da investigação, primeiramente, passou-se a fazer um estudo bibliográfico sobre o assunto central que é a prevenção da AIDS entre adolescentes. Além do estudo teórico, foi realizada uma pesquisa de campo, em março de 2008. A pesquisa de campo teve como amostra 52 adolescentes entre 13 e 16 anos de idade, no espaço formal da Escola de 1º e 2º Graus Onofre Pires e da Escola Cenecista de 1º e 2º Graus Sepé Tiaraju, ambas de ensino fundamental e médio, localizadas na cidade de Santo Ângelo, RS, segundo a classificação de pesquisa proposta por Vergara (1998) e as técnicas de pesquisa propostas por Marconi e Lakatos (1996) e Mattar (1997). As técnicas de coleta de dados utilizadas foram a documentação indireta e a documentação direta. A documentação indireta abrangendo a pesquisa bibliográfica e a documentação direta, um questionário aberto, composto por doze questões, com ênfase na aquisição e processamento das informações sobre a AIDS pelos adolescentes.

A pesquisa foi adequada aos princípios científicos que a justificam (ECO, 1999), tendo o projeto sido avaliado e homologado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ – *campus* de Ijuí, RS, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Mantiveram-se os procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização. Garantiu-se a não-utilização das informações em prejuízo dos adolescentes envolvidos – no que se refere à auto-estima e não-constrangimento – assim como ao respeito a valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos.

A população estudada só aceitou participar da pesquisa após ter recebido esclarecimentos, em linguagem acessível, sobre os procedimentos que foram integrados no estudo, ou seja, sobre a participação na pesquisa, ter concordado em participar da mesma e assinado um termo de consentimento livre e esclarecido, bem como seu responsável, autorizando a pesquisadora a utilizar as informações concedidas e/ou os resultados alcançados.

Portanto, a pesquisa foi realizada em três etapas: Etapa 1 – pesquisa bibliográfica utilizando para tanto o material especializado em livros, revistas, códigos de ética médica, artigos, via telemática (Internet), relatórios (ONGs); Etapa 2 – pesquisa de campo, compreendendo o levantamento de dados reais através da aplicação de questionário aberto com adolescentes; e Etapa 3 – Discussão de resultados, envolvendo a análise e interpretação da fala dos adolescentes, e considerações finais. A análise das informações fornecidas pelos participantes da pesquisa foi realizada por meio de tabelas, gráficos e análise de conteúdo, conforme o que foi proposto por Bardin (2006), aplicados a discursos (conteúdos e continentes), extremamente diversificados. Serviram como recursos para discussão dos resultados, a análise bibliográfica, anotações e observações de vivências da população estudada. As considerações finais surgiram implicitamente durante o desenvolvimento do estudo, análises e discussão.

O interesse pelo estudo do tema se justifica, principalmente, devido à sua relevância, atualidade e preocupações com os adolescentes e os conflitos que vivem no cotidiano, que tornam a discussão do trabalho educativo sobre a AIDS indispensável. O desconhecimento sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), em especial a AIDS, ainda é muito grande nas escolas. Nota-se que muitos adolescentes ainda infectam-se com o HIV pelo uso de drogas injetáveis ou pelo início de suas atividades sexuais sem proteção. O Ministério da Saúde estima que, no Brasil, 10.917 crianças e adolescentes tenham sido infectados pelo HIV (MS, 2004), mesmo com campanhas de prevenção promovidas pelo Ministério da Saúde e com a ação das ONGs. Pretende-se descobrir como o jovem processa as informações sobre prevenção e a aplica no seu cotidiano. Portanto, descobrir eventuais falhas na abordagem do assunto que possam estar prejudicando este trabalho de prevenção, é um dos propósitos deste estudo.

Justificam também o estudo do tema, as grandes questões educacionais, dentre elas o reconhecimento de que a argumentação desempenha um papel

importante nos processos de aprendizagem, já que as relações que uma pessoa, ou um grupo social, estabelece entre a razão e o mundo, por meio das necessidades, dos interesses e da ação, continuam sempre contingentes se não são acrescidas da habilidade de aprender dos seus erros, da refutação de pressupostos e do insucesso das suas intervenções. A interdição dos procedimentos argumentativos cria obstáculos para o andamento das apreciações e decisões sobre a relação entre o que vale como conhecimento – discurso teórico – e a interpretação das necessidades à luz das informações existentes e das experiências vividas – discurso prático (HABERMAS, 1997), etapa considerada essencial para o estabelecimento de um acordo por meio do qual as pessoas podem coordenar seus planos de ação e alcançar suas metas.

Com base no estudo bibliográfico e empírico pretende-se atingir os seguintes objetivos. Como objetivo geral do estudo propõe-se, reconhecer os meios mais eficazes de acesso a informações sobre AIDS e sexualidade, para descobrir as falhas na comunicação com os adolescentes, visando à construção de um conhecimento conjunto e a diminuição da vulnerabilidade diante de situações geradoras de risco. E estabelecem-se como objetivos específicos: delimitar uma população adolescente em escolas da rede de ensino fundamental e médio da cidade de Santo Ângelo, buscando conhecer o tipo de informação que chega aos adolescentes, e se as colocam em prática no seu cotidiano; determinar as falhas, para delinear quais as estratégias que surtem um efeito mais contundente no cotidiano; e levar os adolescentes a aplicarem de fato as informações que recebem, seja de meios de informação de massa, trabalho de ONGS ou da própria escola e da família.

Este trabalho está estruturado em quatro capítulos, e se inicia com as demandas da adolescência e a vulnerabilidade à AIDS e finaliza com a apresentação da discussão da sexualidade e da prevenção da AIDS à saúde dos adolescentes.

O Capítulo 1 refere-se às Demandas da Adolescência e a Vulnerabilidade à AIDS, e apresenta a significação dos conceitos de adolescência e sexualidade, vulnerabilidade e AIDS.

O Capítulo 2 trata da Prevenção da AIDS e as Falhas na Comunicação com Adolescentes. Nessa perspectiva analisa as políticas de saúde, no aspecto de educação e prevenção, bem como as ações sócio-educativas para a prevenção das DSTs/AIDS e a informação dos adolescentes.

O Capítulo 3 aborda o Trabalho Educativo voltado à Saúde Reprodutiva e Sexual, focalizando sexualidade e saúde no currículo escolar; e o encontro da saúde e educação.

O Capítulo 4 apresenta os Reflexos da Discussão da Sexualidade e da Prevenção da AIDS à Saúde dos Adolescentes, analisando a fala e o imaginário dos adolescentes sobre a AIDS e as informações sobre a prevenção que eles não estão processando; e a visão do profissional de medicina investido numa racionalidade pedagógica.

E finalmente as Considerações Finais, juntamente com as referências bibliográficas e os apêndices que também fazem parte deste trabalho.

Pode-se esclarecer ao leitor a experiência como médica. Dessa experiência nasceu a percepção da problemática e a necessidade de sua compreensão.

1 AS DEMANDAS DA ADOLESCÊNCIA E A VULNERABILIDADE À AIDS

Neste capítulo inicial, visa-se realizar uma análise da perspectiva teórica do sujeito na adolescência, para compreender melhor o que torna os adolescentes vulneráveis à AIDS, mesmo diante das inúmeras campanhas realizadas nas escolas, centros comunitários e pelos meios de comunicação. Ao assumir uma perspectiva situacional, busca-se resgatar do conjunto de reflexões e leituras um entendimento, o da possibilidade de compreensão da problemática vivida pelos adolescentes, que é representada pelo aumento de casos de AIDS nesse segmento da sociedade.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano caracterizada como um período de inquietações geradas “por certas alterações do organismo e mudanças na personalidade [...], como os desejos, as necessidades, os interesses, os hábitos” (DORIN, 1975, p. 16).

Seguindo a linha de pensamento de Ariès (1981), a invenção da juventude ocorreu no decorrer da época moderna, e constitui o aumento da distância entre o mundo adulto e o infantil, com o desenvolvimento da escolarização. Nessa evolução, a infância é vista como uma idade específica que requer um tratamento educativo apropriado (a escola concebida pelos educadores moralistas do século XVII como um lugar de edificação moral e, ao mesmo tempo, de formação intelectual) se desenha mais cedo e mais nitidamente do que a figura da adolescência.

1.1 O ADOLESCER NA LINHA DO TEMPO E DO IMAGINÁRIO

Até o final do século XVIII, a adolescência não era reconhecida como etapa do desenvolvimento nem como categoria social. Isso faz com que o conceito de adolescência que se conhece hoje, seja mais recente, pois conforme Cavalcanti (2008, p. 6), tal conceito “é fruto dos avanços científicos e transformações psicológicas, educacionais e socioculturais ocorridos a partir do século XIX”.

Foi somente no século XX, que a adolescência apareceu como uma etapa distinta. Para alguns autores (PIAGET, 1967; DORIN, 1975; MAUAD, 2000), esse período de desenvolvimento é dividido em fases, na qual o indivíduo vive “um problema central, que se torna dominante e se revela, em sua forma mais clara, como seu dilema da fase” (CAMPOS, 2000, p. 84).

A crise de desenvolvimento é universal. Segundo a referida autora, “um indivíduo desenvolve sua próxima fase logo que esteja biológica, psicológica e socialmente pronto, devendo ainda esta prontidão individual ser acompanhada da prontidão social” (CAMPOS, 2000, p. 84).

Piaget (1967 apud DI PIERO, 1983), na teoria dos estágios do desenvolvimento, distingue quatro períodos gerais de desenvolvimento intelectual, sendo que o quarto período, o das operações formais, inicia-se aos 11/12 anos, tendo como etapa de equilíbrio 14/15 anos.¹

Para Dorin (1975, p. 16), o período de mudanças, que vai, em média, dos 10 anos até a maturidade, pode ser dividido em 4 fases: “pré-adolescência, dos 10 aos 12 anos; adolescência inicial, dos 13 aos 15 anos; adolescência média, dos 16 aos 18 anos; última adolescência, dos 18 aos 21 anos”.

Por sua vez, Campos (2000, p. 84), faz referência a três variáveis essenciais para o desenvolvimento dos estágios:

a) leis internas do desenvolvimento que, como processos biológicos, são irreversíveis; b) influências culturais que especificam o grau desejável do desenvolvimento e favorecem alguns aspectos das leis internas, em detrimento de outros; e c) resposta idiossincrática (própria) de cada indivíduo e sua forma particular de manusear seu desenvolvimento em resposta às suas exigências sociais.

Segundo a mesma autora, os estágios básicos do desenvolvimento evolutivo são oito, sendo que o quinto estágio é o do estabelecimento da “identidade do ego *versus* a difusão de papéis”, desencadeadores da puberdade e adolescência (CAMPOS, 2000, p. 84-85).

A puberdade designa o período da adolescência em que ocorre o amadurecimento das glândulas reprodutoras, que é acompanhado do desenvolvimento de certos órgãos. Sendo esta fase assim caracterizada por Cavalcanti (2008, p. 6):

Entre 9 a 10 anos, o hipotálamo começa a estimular a hipófise a secretar hormônios que levam à maturação das glândulas reprodutivas e ao surgimento dos caracteres sexuais secundários. Ocorre acúmulo de gordura corporal, em parte destinada ao estirão de crescimento. Ainda não se sabe ao certo o que desencadeia a puberdade, mas pesquisas recentes apontam a *kisspeptina*, proteína do cérebro, como provável fator desencadeante desse

¹ Observa-se que as idades estabelecidas na classificação de Piaget não são com delimitações rígidas, servem muito mais para demarcar período entre um e outro estágio de desenvolvimento, e facilitar a observação do crescimento infantil e infanto-juvenil.

processo. Algumas mudanças físicas causam estranhamento e forçam o púbere a encontrar uma identidade estabilizadora.

Com o desencadeamento da puberdade e adolescência há um distanciamento do universo infantil, pois na passagem da infância para a vida adulta, mecanismos complexos entram em cena para compor a identidade adolescente, sendo responsáveis por grandes revoluções cerebrais e psicossociais.

Até o final do século XVIII, as várias facetas do processo envolvendo a passagem da infância para a vida adulta não era reconhecido. O período entre 14 e 25 anos demarcava a adolescência, cujos atributos eram o crescimento e a conquista da maturidade.

A definição de infância era menos clara: era a primeira idade da vida e se delimitava pela ausência da fala ou pela fala imperfeita, envolvendo o período que vai do nascimento aos três anos. Em seguida a puerícia, dos 3 ou 4 anos de idade até os 10 ou 12. Tanto a infância quanto a puerícia estavam relacionadas estritamente aos atributos físicos, fala, dentição, caracteres secundários femininos ou masculinos, tamanho, entre outros. O período do desenvolvimento intelectual da criança era denominado meninice, seu significado relacionava-se às ações próprias do menino, ou à falta de juízo numa pessoa adulta. É a partir desse jogo de significados que se estabelecem princípios e preceitos que nortearam as representações simbólicas e os cuidados em relação às crianças e aos adolescentes na sociedade do século XIX. A educação e a instrução decidiam a forma de acesso da criança ao mundo adulto, definindo os papéis sociais do homem e da mulher desde a meninice (MAUAD, 2000).

Portanto, conforme afirmação de Cavalcanti (2008, p. 6), a adolescência como se conhece hoje, tem seu conceito intimamente ligado à constituição da família nuclear moderna (pai, mãe e filhos), ao prolongamento da idade escolar e à expansão das escolas para as diversas classes sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece o período da adolescência, entre 10 e 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente brasileiro, a fase vai dos 12 aos 18 anos (CURY, 2005), e o Código Civil brasileiro de 2002, atribui a incapacidade relativa a certos atos da vida civil aos maiores de 16 e menores de 18 anos, contribuindo para que nessa fase, os jovens não integrem todas as identificações anteriores, alcançando a identidade do ego (CAMPOS, 2000).

É importante também considerar que o modelo de família nuclear, onde o pai era o mantenedor, a mãe cuidava da harmonia da casa e os filhos eram obedientes,

principalmente à figura paterna, foi substituído pelo modelo de família na qual todos têm direitos e ambos os pais têm direitos iguais, na chefia do lar.

O legislador brasileiro adotou essa concepção tendente a valorizar as relações intrínsecas, relativas aos papéis de estado de filho, de pai e de mãe, e não apenas as relações extrínsecas da família, vista sob o enfoque de seu papel social de base da sociedade (BARBOSA, 2005).

Em face dessas valorações legais, as pessoas vêm adotando diversos estilos de relacionamento. E num sistema onde os objetos são substituíveis e descartáveis, os adolescentes, como os demais segmentos da sociedade vivem a era do consumismo e, os relacionamentos configuram-se de forma similar, privilegiando o corpo do outro como objeto de prazer e satisfação. As pessoas não necessitam investir em um parceiro fixo, pois podem ficar com alguém sem compromisso, responsabilidade e pressão de escolha. Esse estilo de relacionamento, no entanto, impõe a quebra dos valores familiares e da dissolução de costumes, reforçando os conflitos e dificultando a maturação cerebral.

A família brasileira contemporânea caminha linearmente em direção à família moderna clássica da França, do início do século XX até meados dos anos sessenta, caracterizada, sobretudo, “pela construção de uma lógica de grupo, centrada no amor e na afeição” (SINGLY, 2000, p. 15). Mas, talvez já esteja entrando no modelo padrão de família da alta modernidade, também surgida na França, a partir de 1975 e, que se distingue da precedente pelo peso maior dado ao processo de individualização.

Isso é perceptível através de numerosos indicadores do nível da relação conjugal, com a maior independência das mulheres, a possibilidade do divórcio por consentimento mútuo (na França, em 1975), a lei de 1970 que dá fim à autoridade parental, e no nível da relação pedagógica, com o desenvolvimento da negociação das necessidades da criança, de novas formas de pedagogia pelas quais a natureza da criança deve ser respeitada mais do que modificada (no período precedente, a educação moral deveria retificar a natureza imperfeita da criança (SINGLY, 2000, p. 15).

Assim, o modelo de família que permeia o imaginário e as expectativas da sociedade contemporânea como um todo, e mesmo da nova família, a família recasada, é o modelo da família nuclear, que compreende o casal e seus filhos biológicos, que encontra respaldo na legislação brasileira civil em vigor.

Tudo isso influencia na adolescência propriamente dita, que na afirmação de Dunker (2007, p. 12), “é uma solução provisória, um adiantamento do problema: ‘já que

não sei o quero naquilo que peço, exijo ao menos o reconhecimento de que sou um sujeito capaz de demandas”.

Antes de falar da necessidade, demanda e desejo na experiência do adolescente, é preciso entender como se constitui o sujeito.

A ciência moderna e a filosofia, a partir de Kant estabelecem correspondências discursivas e temporais. Em Kant o sujeito não aparece mais como uma *res* (coisa) como ocorria em Descartes, “mas como vazio que, no campo do entendimento, introduz a razão, momento em que o sujeito é um sujeito transcendental, não individual nem psicológico, [...]” (ELIA, 2007, p. 14), mas que se aproxima do inconsciente freudiano, assim explicado:

A experiência psicanalítica, uma vez colocada em operação através da instalação do dispositivo freudiano da associação livre, produz as condições de emergência do sujeito inconsciente, [...] através da repetição e da transferência, e cria as condições de produção das chamadas formações inconscientes – atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e chistes –, outra modalidade de emergência do sujeito, esta de caráter metafórico e pontual. O sujeito, assim, é uma categoria que se impõe à experiência, na exigência de elaboração teórica que esta faz ao psicanalista (ELIA, 2007, p. 17).

Assim, o sujeito, antes de ser um conceito, uma categoria nocional, é uma contingência que se impôs a Freud, o qual tendo introduzido a noção de defesa, e com isso a de sujeito, na sua experiência, logo introduz, concomitante e necessariamente, a noção clínica de resistência. A experiência clínica da psicanálise traz consigo uma consideração da resistência do sujeito, como um ato de defesa. Freud, como psicanalista, não rejeita a resistência do sujeito, e tomando-a em consideração, entende que onde há resistência há sujeito.

Na experiência psicanalítica, Freud também se depara com a transferência. Ela não é percebida como um tipo de associação ou uma das formações do inconsciente ao lado dos atos falhos, sintomas ou sonhos, mas um fenômeno que presentifica o real na experiência analítica, ou seja, é o modo pelo qual o inconsciente se atualiza, no sentido de se fazer presente no tempo atual, real, realizado.

A transferência tem a ver com o surgimento da associação livre, porque concerne ao plano do afeto. Afeto aqui entendido como aquilo que afeta o sujeito, que lhe é significante, daí Freud ligar transferência ao campo do amor, o amor de transferência, que ele compara aos “demônios” do interior, com os quais o analista

deve lidar e para rechaçá-los. Essas observações de Freud serviram aos estudos de Lacan, que ligando o demônio ao amor, pergunta o que “o desejo quer?” Uma pergunta que só pode formular-se na transferência, sob seus efeitos (ELIA, 2007, p. 33).

A lição que se tira do texto acima, é de que o sujeito só pode atravessar a experiência de sua análise ao atravessar nesse trajeto o campo do amor. A psicanálise é a única experiência que inclui o amor em sua dimensão real. Na experiência psicanalítica compõem-se as maneiras como o sujeito ama em sua vida.

Tratar da questão do que é o sujeito, não é uma tarefa simples, pois implica abordar o modo como esse sujeito se constitui, ou seja, do processo de constituição do sujeito. Mas, já se pode entender que o sujeito se constitui, não nasce, não se desenvolve, não é inato.

Aplicando esses conhecimentos à situação concreta de inserção do ser humano no mundo e na ordem humana que o espera, verifica-se que a teoria psicanalítica do sujeito e de sua constituição se articula interna e necessariamente com as categorias sociológicas, de sociedade e de família. Ao nascer o ser humano entra em uma ordem que é social, e se organiza a partir da família ou de seus substitutos sociais e jurídicos, porta de entrada do indivíduo nas sociedades modernas. Sem isso ele não só não se tornará humana como tampouco se manterá vivo.

O desamparo fundamental do ser humano ao nascer exige a intervenção de um adulto próximo que cuide de sua sobrevivência. Esse adulto próximo é o Outro², na definição de Lacan, escrito com “o” maiúsculo, por significar também a ordem que este adulto encarna para o ser recém-nascido na cena de um mundo já humano, social e cultural. Essa ordem social e cultural é possuidora de valores, ideologias, princípios, significações e, o Outro encarna tudo isso, uma ordem significante. O sujeito é, é um ato de resposta, introduzida pelo Outro, o ser mais próximo, comumente a mãe. “Os Outros parentais, mamãe e papai, formam o arcabouço edípico que receberá a criança num caleidoscópio de paixões” (TEIXEIRA, 2008, p. 15).

² **Outro**, na psicanálise lacaniana, lugar onde se encontra o que é anterior e exterior ao sujeito e que o determina, como a ordem da linguagem. Pode ser encarnado pelos pais, os Outros parentais. É grafado com maiúscula para distingui-lo do outro imaginário, semelhante (TEIXEIRA, 2008, p. 15) [grifo da autora].

A teoria freudiana da sexualidade, que é a própria introdução da noção de uma sexualidade infantil, serve para explicar que os fenômenos sexuais, que a ciência até o início do século XX só admitia existir após a puberdade, já existiam desde a tenra infância e, que a noção de sexualidade, aquela que se articula no inconsciente, está na base da neurose, que é própria ao ser falante. O que significa que na organização genital infantil atua a sexualidade do falante, que se estrutura através do significante.

O sujeito é a resposta da incidência do significante na experiência humana. Então, o sujeito é uma suposição do significante, que se impõe ao indivíduo, portanto, “é o significante (e não nós) quem supõe o sujeito” (ELIA, 2007, p. 70). Daí, Freud para indicar o lugar do sujeito, ter recorrido ao mito do Pai primordial (o Mito do Assassinato do Pai na Horda Primitiva) no campo da experiência social, cultural e psicológica, conforme descrito no texto *Totem e tabu* (FREUD, 1976, p. 47). Em suma, o sujeito é um “operador” que se impõe ao ser humano, desde que este se coloque em determinada perspectiva, em determinado lugar a partir do qual interroga a experiência humana.

Na modernidade o sujeito tornou-se uma categoria mais social, pois conforme Siqueira (1999, p. 75), “definido e localizado no interior das grandes estruturas da sociedade moderna”, surgido “com o nascimento das novas Ciências Sociais, de um lado, e com a biologia darwiana, de outro”, foi biologizado e o dualismo cartesiano entre a matéria e a mente foi institucionalizada na divisão das ciências humana/sociais e outras ciências, embora “o indivíduo soberano com suas vontades, necessidades, interesses, fundado na razão, mas com base na natureza (cérebro humano), permaneça como figura central”.

Demandas essas entendidas como possuidor de necessidades, de desejos, de ir à busca de reconhecimento, de ir de um extremo ao outro, pois na adolescência “a gramática relacional infantil do reconhecimento de demandas se inverte em uma furiosa e radical demanda de reconhecimento” (DUNKER, 2008, p. 12).

Mas, como se pode entender das considerações sobre o sujeito em Freud e sobre o conceito de Outro em Lacan, que consiste “na referência a uma alteridade: afirmar a presença de um Outro engendra uma noção de eu diferenciado” (ALBERTI, 2004, p. 13). “A adolescência se apresenta como uma transformação da relação do sujeito com a imagem, não apenas da que tem de si ou para o Outro, mas de sua própria lógica” (DUNKER, 2008, p. 9).

Na sociedade competitiva em que se vive, o homem atual, não é mais a figura principal na família e muitas vezes não consegue sequer alimentar sua prole, está, cada vez mais, sujeito à desesperança, à depressão, ao alcoolismo, torna-se muitas vezes violento, na tentativa de se impor junto à mulher e aos filhos (DI SANTO, 2007).

Nesse sentido, hoje provavelmente as crianças e jovens já não encontram mais uma família estruturada, na qual se espelhar. Assim, provavelmente, seja mais indicado que os educadores repensem e procurem compreender as famílias dos seus alunos como portadoras de semelhanças e diferenças, sem menosprezar a relevância que o contexto social e cultural pode assumir como demarcadores de características de diversidades.

Isso pode contribuir para que o adolescente compreenda sua nova posição como uma pessoa, em sua verdadeira esfera psicossocial-econômico e cultural. O senso de identidade a ser alcançado nesta fase requer a subordinação das identificações da infância a identificações novamente selecionadas e a insegurança devida ao ressurgimento de conflitos e confusões anteriores.

O crescimento rápido, com importantes modificações anatômicas e psicológicas, faz com que os jovens experimentem o esgotamento das imagens habituais que têm de si e do mundo e das que oferecem aos outros. Essa travessia da imagem que ocorre do fim da infância ao início da vida adulta, pode ser dolorosa, objeto de luto, para o adolescente. Diante das mudanças biológicas e o crescimento corporal, a confiança anterior no corpo e o domínio de suas funções são abalados, e precisam ser reconquistados, gradualmente pela própria reavaliação deles. Mas, esse processo não é elaborado sem ansiedades e preocupações (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

O adolescente tem dificuldades para diferenciar externo-interno, adulto-infantil, presente-passado-futuro. A própria imagem pode ser objeto de luto normal na adolescência, mas quando o jovem “procura a segurança em seu grupo de companheiros de idade, que se acham, também, em fase de mudanças e de busca de aprovação” (CAMPOS, 2000, p. 85), as novas identificações podem ser assumidas ou renegadas. Segundo Dunker (2008, p. 9), “esse tem sido o cenário dos problemas discutidos pela psicanálise no quadro da adolescência”.

A pós-modernidade usa e abusa da mídia enfatizando “o espetáculo como modelo de troca social, da mesma forma que generaliza a adolescência como modo de subjetivação desejável, tanto para o adulto quanto para a criança” (DUNKER, 2008, p. 9). Essa cultura é altamente prejudicial àqueles que rumam a uma sua nova lógica

imaginária. Inseguros, indecisos e em busca de aprovação/afirmação, os adolescentes são atingidos pelas práticas de manipulação, apresentação e regulação da imagem de si e do outro, e as exploram, utilizando-as como modelo e “suporte do reconhecimento subjetivo, como experiência de satisfação e como valor simbólico” (DUNKER, 2008, p. 9), para entender o consumo, a erótica e a cultura atual.

Mas, o estatuto triplo da imagem – experiência perceptiva, fantasia e mensagem simbólica – se organiza de forma diferente nos três momentos que caracterizam a adolescência: o fim da infância (puberdade), a adolescência propriamente dita e o final dela. Tudo isso importa em múltiplas demandas de reconhecimento.

Nessa perspectiva, revisam-se os conceitos de adolescência e sexualidade, vulnerabilidade e AIDS, bem como são delineadas as formas de prevenção e as possíveis falhas de comunicação com os adolescentes, ou seja, como as informações chegam até eles.

1.2 A SIGNIFICAÇÃO DOS CONCEITOS: ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE E AIDS

1.2.1 Adolescência e sexualidade

A adolescência pode ser inicialmente, definida como um período de definição. É a fase que vai dos 12 aos 18 anos, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente, mencionado anteriormente. A adolescência assim como se conhece hoje, segundo afirmação de Cavalcanti (2008, p. 6), “é fruto dos avanços científicos e transformações psicológicas, educacionais e socioculturais ocorridos a partir do século XIX”.

Desde o início deste século, a família passara a basear na afeição toda a realidade familiar, levou os teóricos a compreenderem que o sentimento da infância estava na origem desse espírito familiar que surgia. A partir daí, “o sentimento de igualdade entre as crianças pode desenvolver-se num novo clima afetivo e moral graças a uma intimidade maior entre pais e filhos” (ARIÈS, 1981, p. 162).

Durante todo esse século os progressos do sentimento da família seguem os progressos da vida privada, da intimidade doméstica. Houve um equilíbrio entre o social e o familiar. A criança aprendia cedo como agir na sociedade e nos estudos. A escola para o povo promovia um estudo mais curto, o primário; e o liceu ou colégio para os

burgueses, promovia um ensino mais longo, o secundário, acentuando o reconhecimento das fases infantil e juvenil da vida. Até então, a adolescência não era reconhecida como etapa do desenvolvimento nem como categoria social.

Seguindo a linha de pensamento de Philippe Ariès, a invenção da juventude ocorreu no decorrer da época moderna, e constitui o aumento da distância entre o mundo adulto e o infantil, com o desenvolvimento da escolarização. Nessa evolução, a infância é vista como uma idade específica que requer um tratamento educativo apropriado, e a escola concebida pelos educadores moralistas do século XVII como um lugar de edificação moral e, ao mesmo tempo, de formação intelectual, se desenha mais cedo e mais nitidamente do que a figura da adolescência (ARIÈS, 1981).

Foi somente no século XX que a adolescência apareceu como uma etapa distinta, cujos elementos de definição, segundo Calligaris (2000), são: a moratória; a rebeldia, a idealização, a duração da adolescência.

a) A moratória

A operação do adollescere começa com a moratória, um fenômeno novo que se instaura como a modernidade tardia e se prolonga no tempo até o jovem assimilar os valores em destaque na comunidade, no caso o sucesso financeiro/social e amoroso/sexual. Durante essa moratória o ser humano aprende duas qualidades subjetivas: ser desejável e invejável. Para chegar a isso os jovens vivem os sentimentos de raiva, ojeriza (aversão, antipatia), desprezo e rebeldia (CALLIGARIS, 2000).

Segundo Teixeira (2008), o desejo de independência e as percepções do adolescente configuram suas noções de autonomia e transitoriedade. Este anseio deflagra uma série de operações subjetivas que o levarão a deixar a morada infantil para transformar-se em um sujeito para o mundo. Mas, com corpos desejantes e desejáveis, logo ele descobre que ainda não está bem na hora de viver todo o aprendizado assimilado – amar, copular e gozar – tudo isso o assusta e o abala. Com o desejo revelado em seu corpo, o púbere precisa enfrentar a mudança de direção do mesmo, e que, a partir daí, terá a tarefa de apossar-se do desejo por sua conta e risco. “A fim de tornar o percurso da adolescência menos árduo, os jovens se agrupam e passam a adotar condutas e aparências homogêneas; com os grupos de amigos viverão ilusões intrínsecas a esse momento” (TEIXEIRA, 2008, p. 18).

Essa é a primeira etapa de definição de um adolescente, que inicialmente era caracterizado como alguém:

1. que teve o tempo de assimilar os valores mais banais e mais bem compartilhados na comunidade (pr exemplo, no nosso caso: destaque pelo sucesso financeiro/social e amoroso/sexual);
2. cujo corpo chegou à maturação necessária para que ele possa efetiva e eficazmente se consagrar às tarefas que lhes são apontadas por esses valores, competindo de igual para igual como todo mundo;
3. para quem, nesse exato momento, a comunidade impõe uma moratória (CALLIGARIS, 2000, p. 15).

É o momento, portanto, em que o jovem encontrando-se com corpo e o espírito, prontos para a competição, não é reconhecido como adulto, tendo que “ficar por volta de mais dez anos sob a tutela dos adultos, preparando-se para o sexo, o amor e o trabalho, sem produzir, ganhar ou amar; ou então produzindo, ganhando e amando, só que marginalmente” (CALLIGARIS, 2000, p. 16).

b) A rebeldia

A imposição da moratória traz como reação a fase da rebeldia ou revolta, segundo Camus (1999), porque de impaciência com os limites, sem pretender tudo resolver, o jovem acha que tudo pode enfrentar. Para a psicanalista Júlia Kristeva, a palavra “revolta”, vem do italiano, remetendo “de início a um ato de desviar, de virar do avesso, para ser rapidamente assimilado a uma rejeição da autoridade” (KOLTAL, 2008, p. 11).

Nessa etapa, não é de se estranhar “que moças e rapazes reservassem aos adultos algumas surpresas desagradáveis, uma vez impedidos de se realizar como seus corpos permitiriam, não reconhecidos como pares e adultos pela comunidade, logo passam a se julgar [...] competitivos” (CALLIGARIS, 2000, p. 16).

Do ponto de vista psíquico, essa revolta implicava uma idéia de violência, de excesso em relação à norma. No século XVI, o termo ainda conservava um sentido próximo a esse, sendo usado como sinônimo de oposição ou desvio. Apenas nos séculos seguintes o termo assumiu uma conotação política, passando a significar rebelião política, revolução. Mas, sem a cultura da revolta e das idéias libertárias que serviram de referência para a geração de 1968, no Brasil, para muitos autores, a “revolução inacabada”, que representa a passagem da modernidade para o que se convencionou chamar de pós-modernismo, a vida dos jovens se transforma em violência física e moral, transformando-se muitas vezes em barbárie (KOLTAL, 2008).

De acordo ainda com a mesma autora, se é verdade que se vive em tempos de violência e apatia, também é possível dizer que todas as mudanças trazidas pela globalização cultural e econômica tendem a valorizar o presente em detrimento de um projeto de futuro, os projetos globais, asfixiando a individualidade e a subjetividade, colocam ao sujeito a “impossibilidade de fazer o luto de certas ideologias e sonhos de fraternidade que alimentaram, em parte, o homem do século XX”, como dizia o psicanalista egípcio radicado na França Jacques Hassoun (1936-1999). Todavia, a individualidade e a subjetividade do sujeito ressurgem, ainda que de forma fragmentária, em atitudes libertárias como as dos jovens anarquistas em São Paulo, em 2006, em Nova York, Paris, ou em outro lugar do mundo.

c) A idealização

A sede de liberdade dos jovens, conforme escreve Teixeira (2008), nesse novo contexto de vida, é representada por um período de contestação aguda, porque os jovens instruídos nos valores essenciais que deveriam perseguir para agradar à comunidade, se defrontam na modernidade com a promoção ativa de um ideal colocado acima de qualquer outro, que é o ideal de independência. Na afirmação de Calligaris (2000, p. 17):

[...] Instigar os jovens a se tornarem indivíduos independentes é uma peça-chave da educação moderna. Em nossa cultura, um sujeito será reconhecido como adulto e responsável na medida em que viver e se afirmar como independente, autônomo – como os adultos dizem que são.

Para a psicanálise, diferentemente do discurso médico ou psicológico, a adolescência é abordada de acordo com as operações simbólicas em jogo nesse período de transformações.

Dessa perspectiva, Teixeira (2008, p. 15) entende que a operação adollescere se dá sob “a ritualização de cortes e costuras, aberturas, fechamentos e deslocamentos subjetivos que permitem o engendramento de uma tessitura tão nova quanto explosiva”. Nesta etapa, o jovem está realizando um “percurso de interrogações”, tecido de fragmentos, que podem trazer respostas provisórias, já formuladas, mas nem sempre necessárias, ao lado de outras, ainda não clarificadas, “antecipações de futuros desenvolvimentos, em fase de elaboração” (RUFFINO, 1996, p. 78).

A subjetividade do sujeito encontra-se em constituição, há momentos em que alguns pressupostos são explicitados, às vezes surgem pela primeira vez e, são colocados como alicerces de idéias já afirmadas em outro lugar. Assim, a tessitura da argumentação vai sendo organizada e exposta pela sua fala pede interlocutores (RUFFINO, 1996).

Vale também mencionar que o adolescente no confronto entre suas elaborações subjetivas e o mundo exterior que reprime a autonomia alcançada, não pode evitar perceber a contradição entre o ideal de autonomia e a continuação de sua dependência, imposta pela moratória. Essa contradição não é entendida pelo adolescente, pois essa mesma cultura que lhe impõe limite parece idealizar a adolescência como um período particularmente feliz. Ele pode então concluir que essa idealização da época da vida que ele está atravessando, é uma zombaria que agrava sua insatisfação (CALLIGARIS, 2000). Seja como for, conclui o mencionado autor:

[...] o adolescente vive um paradoxo: ele é frustrado pela moratória imposta, e, ao mesmo tempo, a idealização social da adolescência lhe ordena que seja feliz. Se a adolescência é um ideal para todos, ele só pode ter a delicadeza de ser feliz ou, no mínimo, fazer barulhentemente de conta (CALLIGARIS, 2000, p. 18).

Continuando em seu estudo, Calligaris (2000, p. 18) afirma que “a adolescência não é só uma moratória mal justificada, contradizendo valores cruciais como o ideal de autonomia”. Para o adolescente ela é um tempo de transição e de duração misteriosa.

d) A duração da adolescência

Se o começo da adolescência é facilmente observável, por se tratar da mudança fisiológica produzida pela puberdade, que conforme Cavalcanti (2008, p. 6), instala-se entre 9 e 10 anos, quando ocorrem transformações hormonais e o amadurecimento dos órgãos sexuais, já mencionado anteriormente. Circunscrevê-la no tempo não é tão fácil. Alguns autores dirão que a adolescência propriamente dita começa de um a dois anos depois da puberdade, tempo necessário para a consolidação da identidade adolescente. Outros autores dirão que a adolescência começa antes da puberdade, quando os adolescentes adotam comportamentos e estilos dos jovens mais velhos.

De qualquer forma, Calligaris (2000), aponta a puberdade como o começo da adolescência, período em que começam a aparecer às complicações sociais e

subjetivas produzidas pela invenção da moratória. A adolescência seria, então, uma manifestação de mudanças hormonais, um processo natural.

A idéia de moratória apresentada por Erikson, “atribuía à juventude a possibilidade de usufruir uma irresponsabilidade provisória em contrapartida à submissão prevista nos processos de desenvolvimento e inserção social esperados”. (MATHEUS, 2008, p. 57). O mesmo autor define esta moratória, como o “período de espera, em que o adolescente se prepara internamente para assumir papéis adultos por meio de experimentações e buscas alternativas” (2008, p. 57).

Portanto, as transformações trazidas pela puberdade são consideráveis, tanto do ponto de vista fisiológico e biológico, quanto da imagem corporal. Basta lembrar, segundo Cavalcanti (2008, p. 6), que em apenas três anos o adolescente se vê 30 quilos mais pesado e até 50 centímetros mais altos.

As meninas, em geral, amadurecem sexualmente mais cedo – por volta dos dez anos – do que os meninos – em torno dos treze anos. Segundo Zagury (1996, p. 24):

Nas meninas aparecem os seios, a cintura fina, enquanto alargam-se e arredondam-se os quadris e ocorre a primeira menstruação (menarca), seguida de um crescimento notável. Em muitos casos, aos doze, treze anos, a menina pode já ter alcançado sua altura final ou quase isso, deixando os meninos bem para trás em estatura e compleição.

Um pouco mais tarde que as meninas, os meninos têm o seu estirão puberal. O crescimento estrutural pode se prolongar, em ambos os sexos, até os dezenove, vinte anos, ou mesmo, em alguns casos, até os 21. Como ocorrem essas mudanças em direção ao amadurecimento sexual dos meninos, é assim descrito por Zagury (1996, p. 25):

Nos meninos (por volta dos treze anos), embora o pênis ainda mantenha o aspecto e tamanho infantis, os ombros alargam-se, crescem os testículos, podendo também ocorrer certo aumento dos mamilos, que depois tende a regredir. Começam a despontar os primeiros fios de barba e os pêlos corporais, começando nas axilas, virilhas, e um início de bigode (a ordenação do aparecimento dos pêlos também varia de indivíduo para indivíduo), enquanto, paulatinamente, a voz vai engrossando. Ocorre a primeira ejaculação (semenarca).

O adolescente “não está diante de uma versão aumentada do corpo infantil, mas de uma imagem desproporcional que não corresponde ao antigo reflexo no espelho. O cérebro deve então ajustar os mapas somestésicos”. A percepção da imagem difere nos

sexos: “no feminino, a insatisfação com o corpo aumenta com o passar do tempo (um dos fatores envolvidos na anorexia e na bulimia nervosas); já no masculino, ocorre o inverso” (2008, p. 6).

As grandes transformações orgânicas impõem dificuldades de ajustes mentais correspondentes, daí uma fase de grande retraimento, porque “os jovens se dando conta de que as transformações físicas confirmam aquilo que sua constituição psíquica já havia determinado, ou seja, que ele é um sujeito desejante, isso os assusta e os abala” (TEIXEIRA, 2008, p. 17).

Podem-se entender melhor essas dificuldades através das explicações de Nishida (2007) sobre o sentido somestésico, o qual evidencia o quanto é complexo para os adolescentes lidar com a imagem desproporcional do corpo. Segundo esta autora, o sistema sensorial somático, ou sistema somatossensorial é responsável pelas experiências sensoriais evocadas em órgãos sensoriais que não pertencem aos sentidos especiais (visão, audição, paladar, olfato e tato). Os receptores sensoriais somestésicos estão espalhados pelo corpo todo, ao contrário dos órgãos especiais, cujos receptores estão restritos na cabeça. O sentido somático geral do corpo (=somestesia) evoca as seguintes modalidades perceptuais:

Tato/Pressão e Vibração: eliciado por mecanorreceptores da superfície corporal (pele);

Propriocepção: eliciado por deslocamentos mecânicos dos músculos e articulações (tecidos profundos);

Dor: eliciado por vários receptores que respondem a estímulos intensos de outras modalidades (potencialmente lesivos) e devido à lesão tecidual.

Sensação térmica: eliciado por receptores térmico para o calor e frio (NISHIDA, 2007, p. 1).

Diz, também, que os impulsos aferentes somestésicos originados nos receptores do corpo (pescoço para baixo) são conduzidos pelas fibras aferentes primárias da via sensorial, cujos neurônios estão localizados nos gânglios da raiz dorsal e penetram a medula pelas raízes dorsais. Os que são originados na cabeça são conduzidos principalmente pelo V par (trigêmeo) de nervo craniano (NISHIDA, 2007).

Continuando em suas explicações a professora Nishida coloca que as principais vias sensoriais somestésicas são o sistema da coluna dorsal e coluna anterolateral. Ambas têm a sua principal projeção no lado oposto do córtex sensorial primário, portanto, a percepção consciente sobre a metade do corpo é interpretada pelo lado oposto do cérebro. As duas vias diferem quanto ao nível em que cruzam o plano

mediano e o trajeto de suas fibras. O cérebro tem uma representação do próprio corpo. A maioria das aferências somestésicas da metade do corpo chega ao tálamo e projeta-se no córtex somestésico primário (S1) do giro pós-central contralateral. No córtex somestésico primário há um mapa corporal completo chamado homúnculo sensorial. Essa representação não é proporcional: a face e os dedos das mãos possuem a principal representação em relação a outras partes do corpo refletindo a densidade de receptores distribuídos pelo corpo. Assim determinadas regiões do corpo apresentam maior resolução espacial, ou seja, maior sensibilidade e maior precisão para identificar o estímulo. A sensibilidade tátil é a que tem melhor precisão. Não é à toa que a leitura Braille se executa com a superfície dos dedos indicadores e médios e não com a palma da mão.

A existência desse mapa corporal já havia sido referida pelo neurologista inglês John H Jackson ao registrar o deslocamento de crises epilépticas convulsivas que se iniciavam com contrações dos dedos, depois mão, seguindo pelo braço e tronco (crise jacksoniana). E corroborada pelo neurologista canadense Wilder Penfield para estimular eletricamente determinadas regiões do córtex somestésico e obter relatos de formigamento na região correspondente do corpo. Atualmente as atividades corticais podem ser acompanhadas através da ressonância magnética funcional e técnicas de potencial evocado (NISHIDA, 2007).

Em complementação, Nishida (2007, p. 2), refere que o córtex somestésico possui 4 subáreas distintas que processam aspectos específicos da modalidade somestésica:

- a) Subárea 3a: propriocepção
- b) Subárea 3b: tato
- c) Subáreas 1 e 2: processamento imediato das informações táteis e combinação com a propriocepção proporcionando a interpretação espacial dos objetos examinados com as mãos. Quando ocorre lesão no córtex somestésico surgem dificuldades para discriminar textura, tamanho e formas dos objetos.

Não há correlação entre as camadas corticais e as submodalidades processadas, porém existe em forma de colunas. O córtex trabalha processando as informações em módulos funcionais colunares para cada região do corpo. As informações de determinadas regiões do corpo chegam ao córtex pelo tálamo, separadas por submodalidades.

A área somestésica primária possui projeções para o **córtex associativo somestésico secundário (S2)** e para o **córtex parietal superior**. A região de S2 parece estar associada com a memória e aprendizagem tátil. Chamamos de **percepção** a capacidade de associar informações sensoriais à memória e à cognição de modo que seja possível a formação de conceitos e idéias sobre nós mesmos e os outros (NISHIDA, 2007, p. 2) [grifos da autora].

Significa que perceber não é o mesmo que sentir ou ter uma sensação. A percepção depende dos sentidos, mas é mais do que isso: é um processo onde ocorre uma experiência mental que envolve memória, cognição e comportamento. A percepção somestésica se refere ao conhecimento (*gnosis*) que se tem sobre o objeto tocado. Assim uma pessoa é capaz de sentir dor ou pressão do objeto, mas pode não ser capaz de reconhecê-lo devido a *déficits* neurológicos nas áreas associativas somestésicas. A via sensorial até o córtex primário constitui a primeira etapa da percepção, ou seja, a fase de análise. A criação de um conceito global requer a capacidade de reunir as partes e unificá-la, sendo identificada como córtex associativo.

As informações originadas na pele, nos proprioceptores e tecidos profundos e que são processadas em detalhes são transferidas para outra área do córtex onde as submodalidades somestésicas são integradas (somadas e ampliadas). Quando se sente o movimento dos objetos sobre a pele, se reconhece sua textura, peso e forma. Esse nível de percepção ocorre nas subáreas 1 e 2 e proporciona ao indivíduo a estereognosia. Com isso, deve-se entender que:

Há etapas progressivas no processamento das informações somestésicas: primeiro as submodalidades somestésicas são analisadas pontualmente de cada região do corpo (3a e 3b); posteriormente os diferentes aspectos sobre o objeto são finalmente combinados proporcionando uma percepção mais completa sobre o objeto (1 e 2). Neste processo, os campos receptivos vão se tornando cada vez maiores: dos dedos individuais para um conjunto de dedos e finalmente a mão inteira. As áreas 1 e 2 também estão ativas durante a execução dos movimentos da mão que examina ativamente o objeto (NISHIDA, 2007, p. 3).

A informação acerca da imagem corporal é enviada diretamente para o córtex motor primário, situado no giro pré-central. O responsável pela formação da imagem do corpo e de como ele se relaciona com o mundo exterior, é o córtex parietal posterior, assim descrito:

No **córtex parietal posterior** (subáreas 5 e 7), o significado (idéia, conceito, definição) é finalmente atribuído ao objeto examinado. Ao enfiar a mão no bolso cheio de objetos, devido ao reconhecimento da textura, peso, forma, e da temperatura de cada um, torna-se possível **identificar** cada um deles. Nessas áreas, os aspectos separados do objeto assumem uma unidade conceitual, mas não sabemos como realmente isso acontece. O córtex parietal

posterior é uma área associativa polimodal, ou seja, integra outras informações sensoriais como as visuais e auditivas (NISHIDA, 2007, p. 3-4) [grifos da autora].

Essas explicações fornecem uma visão do quanto é complexo para o adolescente trabalhar com a percepção da imagem corporal e, difícil para o adulto compreender seu comportamento, pois a aquisição dessa percepção pelos jovens depende da realização de etapas progressivas que vão ocorrendo no processamento das informações somestésicas, as quais passam por uma análise pontual de cada região do corpo.

Mas, como esclarece Calligaris (2000, p. 20), “essas mudanças só acabam constituindo um problema chamado adolescência”, quando “o olhar dos adultos não reconhece nelas os sinais de passagem para a idade adulta”. O problema, no entender deste autor, é “como se sai da adolescência?”, e não quando ela começa.

Como não se sabe o que define um homem ou uma mulher, a iniciação à vida adulta, fica difícil, já que essa definição é deixada em aberto na cultura moderna ocidental. “Adulto, por exemplo, é quem consegue ser desejável e invejável” (CALLIGARIS, 2000, p. 20). Para este autor, a moratória da adolescência é o fruto dessa indefinição, desse modo, diz ele:

Como ninguém sabe direito o que é um homem ou uma mulher, ninguém sabe também o que é preciso para que um adolescente se torne adulto. O critério simples da maturação física é descartado. Falta uma lista estabelecida de provas rituais. Só sobram então a espera, a procrastinação e o enigma, que confrontam o adolescente [...]: ‘o que eles esperam de mim?’, ‘como conseguir que me reconheçam e admitam como adulto?’, ‘por que me idealizam?’ (CALLIGARIS, 2000, p. 21).

Complementando a lista de elementos definitórios da adolescência, apresentada por Calligaris (2000, p. 21), tem-se que o adolescente é também alguém:

4. cujos sentimentos e comportamentos são obviamente reativos, de rebeldia a uma moratória injusta;
5. que tem o inexplicável dever de ser feliz, pois vive uma época da vida idealizada por todos;
6. que não sabe quando e como vai poder sair de sua adolescência.

Enfim, na adolescência querem que o jovem seja autônomo e lhe recusam essa autonomia; querem que persiga o sucesso social e amoroso e lhe pedem que postergue esse esforço e se prepare melhor. É legítimo, então, que ele se pergunte: “Mas o que eles querem de mim, então? Querem que eu aceite esta moratória, ou preferem, na

verdade, que eu desobedeça e afirme minha independência, realizando assim seus ideais?” (CALLIGARIS, 2000, p. 26).

Muitos jovens, aos quais falta o diálogo esclarecido no lar ou o diálogo com seus pares, bem como as informações na escola, vivem o fenômeno chamado de *bullying*, definido pela psicóloga Laura Battaglia Cavalcanti, como violência verbal e intimidação, assim colocado:

Violência verbal e intimidação entre colegas são assuntos em pauta na educação e saúde mundiais. Só no Brasil, envolvem 49% de adolescentes. Estudos apontam o sexo masculino como principal agressor, cujas atitudes são muitas vezes respaldadas pela família. A vítima, em geral, é passiva e insegura e reagem por meio de sintomas como cefaléia, pesadelos, ansiedade e fobia. A violência e a delinqüência juvenis, que crescem a olhos vistos, têm sido objeto de estudos neurocientíficos, psicológicos e sociais (CAVALCANTI, 2008, p. 6).

Ainda segundo Cavalcanti (2008), pesquisas neurocientíficas mostram que o cérebro passa por várias transformações nessa fase, que redundam nos comportamentos típicos do adolescente, como tédio, impulsividade e busca de novos desafios. As conclusões desta psicóloga corroboram os estudos de Nishida (2007), descritos anteriormente, pois ela confirma que:

[...] As áreas cerebrais amadurecem aos poucos, por meio do fortalecimento de determinadas vias neurais e do desligamento de outras, já em desuso. O córtex frontal, que permite o raciocínio conseqüente dos atos, amadurece só no final dessa fase. Incremento da memória, rapidez para responder a estímulos, ampliação da linguagem e raciocínio abstrato são outros ganhos cerebrais (CAVALCANTI, 2008, p. 7).

Nessa fase, quais seriam então os atributos que garantiriam, enfim, que o jovem fosse reconhecido entre “os grandes”, se eles próprios querem coisas contraditórias. Aparentemente os adultos não sabem, e os adolescentes na falta de esclarecimentos, fazem com que a adolescência assuma a tarefa de interpretar o desejo inconsciente ou escondido dos adultos. Na impossibilidade de descobrirem o desejo, a idealização dos adultos, para que possam representá-los e, com isso serem amados e reconhecidos como adulto, produzem o desencontro e acabam realizando um ideal reprimido do adulto. Nessa perspectiva:

As ‘bebedeiras’ e a maconha, assim como, por vezes, o cigarro e o(a) namorado(a) são experiências que os jovens escondem dos pais. Eles sabem que não podem partilhar certas experiências com os pais sem receber críticas, ou até mesmo sanções. [...]. Os jovens adultos dissimulam aquilo que sabem

que os pais podem não aprovar, e é então o grupo de pares que funciona como instância de validação para alguns sujeitos ou fatos (BARROS, 2006, p. 53).

Qual seria então o gesto necessário para redirecionar os olhares adultos, que parecem ter-se desviado, e garantiria o reconhecimento dos adolescentes entre os adultos? Para Calligaris (2000), sem todos esses questionamentos seria mais fácil para os jovens. Mas, infelizmente, nessa busca de autonomia e realização do ideal dos adultos:

[...] o adolescente não pode se confinar a uma simples adesão ao que os adultos parecem explicitamente esperar dele e desejar para ele. Pois os adultos se contradizem. Parecem negar a óbvia maturação de seu corpo e lhe pedir que continue criança; e tentam mantê-lo numa subordinação que contrasta com os valores que eles mesmos lhe ensinaram (CALLIGARIS, 2000, p. 26).

O encontro do adolescente com os companheiros de idade, na sociedade ou na escola, regula a veiculação do desejo, propiciando o exercício das regras sociais e reatualização das identificações. Assim, nas formações coletivas, ele busca sustentação subjetiva e elementos simbólicos para moldar sua identidade. Influenciável pelo imaginário social e passível de violência e modismos é consumidor em potencial, mas também renovador dos costumes e crítico sociocultural. “O corpo transforma-se em mais um meio de demonstrar a capacidade individual de escolha; a escolha de pertencer a um código de beleza e saúde socialmente compartilhado pelos membros das camadas médias” (BARROS, 2006, p. 75).

As tecnologias de comunicação e lazer, as realidades virtuais, vêm ao encontro da necessidade dos jovens de novos espaços de afirmação subjetiva e social, conforme observação de Cavalcanti (2008), que complementa dizendo:

Em salas de bate-papo, *blogs*, *sites* e listas de discussão, o adolescente reinventa a língua, por meio da escrita abreviada, e cria formas de interação. Os games, tão disputados entre jovens de 12 a 17 anos, dividem especialistas. Para alguns, desenvolvem a memória e o raciocínio analítico; para outros, incitam o comportamento violento, prejudicam o desempenho escolar e causam *déficit* de atenção (CAVALCANTI, 2008, p. 7).

Em face da riqueza de material disponível, e por não ser o objetivo deste trabalho esgotar o tema adolescência, resume-se a mesma, caracterizando a mesma como uma fase de transição entre a infância e a juventude, onde os aspectos mais visíveis são o acentuado desenvolvimento físico e o amadurecimento sexual, definido por Zagury

(1996, p. 24), como “o disparo do relógio biológico, colocando em funcionamento glândulas que produzirão hormônios importantíssimos”. Nesta fase há uma grande atividade hormonal-glandular que levará o jovem à capacitação reprodutiva.

O amadurecimento sexual do adolescente faz aflorar sua sexualidade. A sexualidade na concepção de Freud é como uma espécie de instinto genital que se inicia na puberdade e cuja finalidade seria a reprodução (FREUD, 1996, p. 196-197). Caracterizada pelo despertar brutal do desejo sexual, a sexualidade traz pela primeira vez a possibilidade de relações sexuais do tipo adulto, mas também constitui um eixo fundador da crise necessária, vivida pelos jovens. Segundo Clerget (2004, p. 236):

O acesso à sexualidade oferece ao adolescente um formidável poder liberador. Ela dá uma abertura sobre o mundo que permite se desligar das escórias de uma infância nem sempre satisfatória. É um motor de vida que vem revezar-se com o que representa até aqui o amor dos pais. A segurança e o bem-estar que ela consegue ajudam a ter o domínio sobre os diferentes lutos da adolescência. A sexualidade é a essência do impulso vital.

A sexualidade também vai ser um fator de estresse e de depressão. Nas suas dificuldades, ela também é a revelação dos remanejamentos complicados da adolescência. Por exemplo, a descoberta do prazer compartilhado se faz desde a infância. Clerget (2004, p. 237), explica esta descoberta pela criança através das brincadeiras infantis.

A brincadeira de ‘papai e mamãe’ ou de ‘médico’ são o pretexto. A criança descobre então a diferença entre os sexos, a natureza das relações particulares que unem seus pais, e toma consciência de sua imaturidade genital. A integração das proibições sociais suspende essas trocas até 7-8 anos. Elas não desaparecem totalmente, mas são então praticadas com alguma culpa.

A erupção hormonal e o desenvolvimento dos órgãos genitais fazem destes últimos as principais regiões de prazer sexual na adolescência. A puberdade traz à configuração normal definitiva da vida sexual, uma sexualidade do tipo adulto, a mesma que a dos pais. Mas, ao entusiasmo de um novo território a explorar soma-se o medo do desconhecido. Se antes o alvo sexual eram as zonas erógenas distintas, que independente uma das outras dava prazer.³ O novo alvo sexual na adolescência

³ Essas zonas erógenas são conhecidas na fase do desenvolvimento sexual como oral (boca, 1º ano), anal (2º ano), fálica (3º ano) e genital (a partir do 4º/5º ano). A energia sexual presente desde o início da vida do homem, que se confunde com pulsão de vida e, se apóia em determinadas regiões do corpo, que vão se associar a essas áreas de prazer, Freud dá o nome de libido. A sexualidade genital seria o coroamento de uma sexualidade adulta normal voltada para o coito e a reprodução (DORIN, 1975, p. 57).

consiste na descarga dos produtos sexuais. A obtenção do prazer continua familiar, porém, a pulsão sexual⁴, também nesta fase está a serviço da função reprodutora. Há a revivescência de conflitos edipianos que estavam adormecidos durante a latência⁵ e de outros ligados à identificação e ao narcisismo. Esses processos são assim caracterizados:

a) A identificação

O eu se constitui através das identificações com os modelos disponíveis. Não se passa da infância à plena atuação reprodutiva, sem atravessar primeiro pela “moratória psicosexual” de Erikson⁶, onde se permite experimentar o que a sociedade tem para oferecer e que influirá na definição da personalidade (KNOBEL, 1981, p. 32). Na formação da identidade o adolescente recorre às situações mais favoráveis, sendo uma delas a uniformidade, que proporciona segurança e estima pessoal, como o processo grupal, onde todos se identificam com cada um.

Nessa busca de identificação, o adolescente pode adotar uma identidade negativa baseada em identificações com figuras negativas, que apresentem anomalias, mas reais, pois para o jovem, é preferível ser alguém perverso, indesejado, a não ser nada. Também há a possibilidade de viver a desconformidade com a personalidade adquirida e o desejo de conseguir outra, que pode ser mobilizada pela inveja e dar origem a situações confusas. Um exemplo ocorre quando os atributos masculinos ou femininos são invejados indistintamente, ocorrendo uma perturbação na identidade sexual do sujeito; também pode ocorrer aqui a identificação com o agressor, quando o adolescente adota as características de personalidade de quem atuou agressivo com ele por longo período de tempo (KNOBEL, 1981).

O referido autor, fala também sobre a existência de problemas de pseudo-identidade, quando se esconde a identidade latente (verdadeira).

Desse estudo resulta que o adolescente pode adotar diferentes identidades: identidades transitórias (adotadas durante algum tempo, por exemplo, o machismo no rapaz, e a preocupação com a sedução na moça), identidades ocasionais (se dão frente

⁴ Por “pulsão” pode-se entender, a princípio, apenas o representante psíquico de uma fonte endossomática (um conceito entre o mental e o físico, ou entre o psíquico e o soma) de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do “estímulo”, que é produzido por excitações isoladas vindas de fora. Pulsão, portanto, é um dos conceitos da delimitação entre o anímico (são forças anímicas a vergonha, o asco e a moralidade) e o físico. A pulsão sexual seria o instinto sexual, o anseio (FREUD, 1996, p. 157).

⁵ O período de latência (6-12 anos de idade) tem sua origem na dissolução do Complexo de Édipo, a qual ocorreu na fase fálica (FREUD, 1974; FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 14-15).

⁶ Conforme detalhada anteriormente (CALLIGARIS, 2000).

a situações novas), identidades circunstanciais (as que conduzem a identificações parciais transitórias que confundem o adulto ante as mudanças de conduta do adolescente). Esses são aspectos da identidade adolescente, descritos por Knobel (1981, p. 34).

Ao chegar à adolescência, dá-se a constituição da identidade adolescente, que surge do repúdio seletivo e da assimilação mútua de identificações com “imagens parentais boas e más que se foram desenvolvendo na infância” (KNOBEL, 1981, p. 35), e da absorção destas numa nova configuração própria de um indivíduo específico. Este processo vai depender também da forma pela qual a sociedade identifica o jovem, reconhecendo-o e aceitando-o como ele se apresenta. A identidade final é fixada no fim da adolescência, e abrange todas as identificações significativas, ao mesmo tempo em que as altera de modo a constituir com elas um todo coeso.

b) Narcisismo

É definido como “uma expressão de alienação do eu e não uma expressão de amor do eu” (isto é, da pessoa por si mesma) (HORNEY, 1966, p. 83). Nesse sentido, para a psicanálise, é o produto da fixação da libido ao próprio ego. Se esta fixação persistir em sucessivas fases do desenvolvimento, ocorre a regressão psicosssexual e cristaliza-se o tipo narcisista de personalidade.

Atribui-se o narcisismo a uma estratégia empregada pelo ego infantil para enfrentar a frustração (que poderá ser usada, regressivamente, em certos estados psicopatológicos da vida adulta), mediante recursos aos mecanismos de introjeção e regressão. É uma tendência neurótica, isto é, uma tentativa de enfrentar-se a si mesmo e aos outros, por meio de realizações infundadas (HORNEY, 1966).

Passada a puberdade, instala-se o período da adolescência propriamente dita, limitada entre os 14 e os 17 anos. Nessa etapa, o amadurecimento físico traz profundas alterações no aparelho psíquico, proporcionando ao sujeito a possibilidade efetiva de concretizar a sexualidade genital. A energia pulsional que foi pré-genital durante a infância, na adolescência tem a ocasião de ser satisfeita. A libido, que tende a se concentrar no aparelho genital, para Freud (1996), é a energia sexual, uma espécie de energia que funciona como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao

objeto (deslocamento)⁷, quanto ao alvo (sublimação)⁸ e quanto à fonte das excitações sexuais (diversidade das zonas erógenas).

Essas transformações biológicas e psíquicas terão conseqüências nas áreas afetiva, cognitiva (do conhecimento, atenção, percepção) e pragmática⁹ (a verdade e os valores) do adolescente.

Esse processo levará o adolescente a se defrontar com o grupo social, uma modelagem considerada complexa, pois o jovem se vê obrigado a conciliar suas necessidades pulsionais com as normas sociais que aprendeu na infância e, com as que encontram agora no contexto social em que atua.

Como em todas as ocasiões de mudanças para mecanismos mais complexos, há a possibilidade de perturbações patológicas (neuroses, desajustamentos de personalidade, quadros tóxicos, toxicomania, perversões, alcoolismo, quadros psicóticos orgânicos ou não, distúrbios de conduta não socializada ou socializada, perturbação depressiva de conduta [KNOBEL, 2008])¹⁰, e que devem ser consideradas como inibições do desenvolvimento e, podem acontecer durante a adolescência. Ressalta o mesmo autor que a adição às drogas, as perversões sexuais e a delinqüência juvenil são patologias que adquirem características muito específicas, predeterminadas e precisas,

⁷ É um processo psíquico e mecanismo de defesa do eu, que permite a transferência do interesse e do investimento libidinal de uma representação (imagem mnemônica de um objeto, ou seja, a imagem da recordação evocada pela memória) para outro objeto, investido originalmente com pouca intensidade, mas ligada à primeira através de uma cadeia associativa (LAPLANCHE; PONTALISA, 2000).

⁸ É o mais eficaz dos mecanismos de defesa, na medida em que canaliza os impulsos libidinais para uma postura socialmente útil e aceitável. De acordo com Freud, “a energia sublimada reduz as pulsões originais”, sendo responsável pelo que se denomina civilização (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 19).

⁹ Segundo William James, um dos fundadores do Pragmatismo, escola filosófica com origem nos Estados Unidos, dentre as características do pensamento estão “consciência pessoal”, “mudanças de consciência”, segundo ele “dentro de cada consciência pessoal o pensamento está sempre em transformação” (James, 1890, I, p. 225); “pensamento contínuo”; “consciência seletiva”; “atenção”, dizia “Minha experiência é aquilo a que eu concordo prestar atenção”; “hábitos”: “são ações ou pensamento”. Ele rejeitava absolutos, na dinâmica, valorizava o “crescimento psicológico”, “formação de hábitos”, “desapego de sentimentos”, “excitação emocional” e “saúde mental”. Considerava obstáculos ao crescimento os maus hábitos, emoções não-expressas, erros de excesso, cegueira pessoal. Para ele um professor tinha duas funções: “(1) ser erudito e distribuir informação bibliográfica; (2) comunicar a verdade. A primeira função é a essencial, oficialmente considerada. A segunda é a única com que me preocupo (James, 1926, p. 268)” (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 153-158 e 165).

¹⁰ O autor diz que os adolescentes estão sujeitos ainda as perturbações patológicas como carateropatias, psicopatias, “boderlines”, personalidade “como se”, outros quadros de etiologia não muito bem definida ainda. Todavia, na Classificação Internacional de Doenças, atualmente vigente (CID 10), em vigor a partir de 1990, só existe um aporte sobre perturbações que se iniciam na infância, ou na adolescência, entre as quais, para a adolescência se menciona tão só especificamente: “Desordem de conduta confinada ao contexto familiar”, “Distúrbio de conduta não-socializada”, “Distúrbio de conduta socializada”, “Perturbação depressiva de conduta”, “Perturbações inespecíficas de funcionamento social” e “Distúrbios não específicos emocionais ou de conduta de começo na infância ou adolescência”. Knobel se surpreende com a pobreza diagnóstica, o que considera um descaso a esta etapa da vida, e sua real possibilidade de fixar graves perturbações psíquicas que só aparecem aparentemente, nos adultos (KNOBEL, 2008, p. 2).

não se justificando, a pretensão de simplificá-las, tomando-as como pseudopatologias expressivas de problemas só sociais.

Esse posicionamento também é encontrado em Knobel (1981, p. 24), quando diz que se deve “em parte considerar a adolescência como um fenômeno específico dentro de toda a história do desenvolvimento do ser humano, e, [...], estudar a sua expressão circunstancial de caráter geográfico e temporal histórico-social”. E assinala que “na dimensão temporal se expressa claramente à ambigüidade do adolescente, que está relacionada então com a irrupção da parte psicótica da personalidade” (1981, p. 42).

A dificuldade que as adolescentes enfrentam em responder aos próprios anseios a partir do desejo sexual é demonstrada por Freud, no caso Emma (uma passagem de um caso clínico de histeria), no qual a paciente Emma Eckstein, descreve duas cenas de caráter sexual ocorridas em tempos diferentes, uma na infância e outra na puberdade.

Ela conta que, aos 8 anos, ao entrar sozinha numa confeitaria, encontrou um comerciante que tocou suas partes íntimas por cima das roupas, com um riso nos lábios.

Depois, relata que, aos 12 anos, numa ida a um estabelecimento semelhante, viu dois vendedores e achou um deles bastante atraente, mas, como eles riam entre si, assustou-se e imaginou que achavam graça de suas roupas. Diz Freud que esse segundo episódio teria sido o momento originário de seu sofrimento. O anterior, ocorrido aos 8 anos, ganhou então nova significação aos 12 por causa das risadas, e Emma se apavorou ao se perceber desejante. Havia por livre e espontânea vontade, retornado a um local semelhante àquele onde fora tocada; e mais, tinha tomado um dos vendedores como objeto de seu desejo. No entanto, não tendo ainda condições de sustentar seu desejo como mulher, fugiu assustada. A partir daí, passou a ser acometido de dificuldades fóbicas, como o medo de entrar desacompanhada em lojas (TEIXEIRA, 2008, p. 16-17).

Teixeira (2008) continua explicando esse caso, pois conforme o relato de Freud, os analistas que atendem garotas, algumas vezes recebem uma ou outra Emma em seu consultório – meninas que, confrontadas com jogos sexuais, muito comuns nessa fase, se dão conta que esses jogos não mais uma simples brincadeira infantil, pois o sexual já ganhou novo estatuto.

O que essas adolescentes relatam, são histórias que revelam para cada uma a direção de seu desejo, agora mais facilmente atrelado ao sexual. É nesse momento que muitas meninas (e também muitos meninos) buscam com desespero retornar ao estado da suposta pureza infantil, para o qual não há retorno (TEIXEIRA, 2008).

O caso descrito mostra como esse sintoma vivido pelas jovens é relativamente comum (embora não seja o único possível). Caracterizado como fobia, ele “exemplifica a

dificuldade do (re) encontro com o sexual, que ocorre na puberdade” (TEIXEIRA, 2008, p. 27).

É importante que se analise, ainda que com brevidade, também outros fenômenos típicos da adolescência, vinculados a sexualidade, tais como: a masturbação, a escolha de objeto, o ensaio social, os riscos e perigos e os ritos de passagem. Nessa ordem de tratamento:

a) Masturbação

Sobre a masturbação, Zagury (1996, p. 25), afirma que “[...] é comum nessa fase, em ambos os sexos”. Ela é caracterizada quando, tanto o menino quanto a menina estimulam seus genitais para obter prazer.

Os adolescentes devem saber diferenciar sexualidade e sexo, identificar o conhecimento da sexualidade que implica na compreensão da construção teórica das representações e significados das experiências sexuais em diferentes tempos e lugares. Pois, é na puberdade que se destaca o crescimento da genitália externa e o desenvolvimento dos genitais internos, deixando este aparelho complexo. É nessa etapa da adolescência, que os meninos descobrem seu pênis e as meninas seu clitóris e vagina através da masturbação.

A masturbação como um dos fenômenos da adolescência, é um instrumento importante para o conhecimento pelo adolescente do próprio corpo e não deve ser reprimido. O ato masturbatório é um passo intermediário, um ensaio sensório-motor anterior ou contemporâneo ao exercício da atividade sexual adulta (CASTRO, 2008). “O púbere deve experimentar e conhecer todas as sensações que seu corpo é capaz de produzir uma vez excitado, pois este saber, além de proporcionar uma correta dimensão de seu próprio corpo, cria a base para suas futuras relações sexuais” (MARTANI, 2008, p. 1). De acordo ainda com a mesma autora:

A masturbação não é uma experiência vivida pelo jovem de uma forma tranqüila, pois é cercada de muitos significados importantes para ele. O ser humano sempre vive sua sexualidade de uma forma intimista, pois é assim em todas as sociedades. Quando um menino começa a mexer no seu pênis durante a noite e o percebe ereto não se sente à vontade para fazer isso com seus pais por perto e com a menina acontece o mesmo. Nesse ponto, todos acabam procurando se conhecer ou mesmo se masturbar quando estão sozinhos e isolados, pois além da experiência exigir certa concentração para que seja produtiva, também se sentem constrangidos com a nova descoberta (MARTANI, 2008, p. 1).

Portanto, ao púbere compete sustentar o seu desejo, ou seja, “sustentar essa virada que é saber-se ativo na produção do desejo de que se é objeto” (TEIXEIRA, 2008, p. 18).

Para Freud (1996), a masturbação é uma das formas de se lidar com a pulsão sexual e a conseqüente tensão sexual dela advinda. O caráter de tensão da excitação gera um problema de difícil solução, principalmente entre os jovens, pois o sentimento de tensão traz em si o caráter do desprazer.

A pressão que esse sentimento exerce, altera a situação psíquica, porque mesmo o olho, estando afastado do objeto sexual, pode ser estimulado pelos atrativos. E mesmo essa excitação sexual sendo considerada como um sentimento de desprazer, ela é experimentada como prazerosa. Como resultado, esta estimulação pode ligar-se à outra zona erógena e mesmo assim converter-se em desprazer se não for permitido o acesso ao prazer posterior (FREUD, 1996).

Também fala dos perigos do pré-prazer para o desenvolvimento normal, principalmente, quando em algum ponto é grande demais ou quando deixa faltar o pulsional para prosseguimento do processo sexual, segundo Freud (1996), pode levar a mecanismo de perversões¹¹. A forma de evitá-las é quando desde a segunda metade da infância, as zonas genitais já se convertem em sede das sensações de excitação, assemelhando-se à vida adulta.

A sexualidade é um atributo de qualquer ser humano, que não pode ser compreendida separada do indivíduo como um todo. Ela é parte integrante e intercomunicante, de uma pessoa consigo mesma e para com as outras. Isso faz com que se compreenda que ser adolescente é muito mais do que ter um corpo em

¹¹ A palavra perversão deriva do verbo latino *pervertere* e significa *tornar-se perverso, corromper, desmoralizar, depravar*. Seu emprego não é privilégio da psicanálise, sendo também empregado em psiquiatria e sexologia. O conceito de perversão aparece em Freud pela primeira vez em 1905, em *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*, como “permanência na vida adulta de características perverso-polimorfos, típicas da sexualidade pré-genital infantil, em detrimento da sexualidade genital por ele considerada normal. A neurose para Freud é o negativo da perversão. Nas neuroses os impulsos pervertidos, após terem sido reprimidos, manifestam-se a partir da parte inconsciente da mente; ao contrário da sexualidade dos neuróticos, essa sexualidade perversa não conhece nem o recalque nem a sublimação. A perversão, sob essa perspectiva, é a manutenção da sexualidade infantil na vida adulta. Freud distingue dois tipos de perversões: as *perversões do objeto*, por ele definidas como uma fixação num único objeto em detrimento dos demais, e incluiu nestas as relações sexuais com um parceiro humano (auto-erotismo, incesto, homossexualidade e pedofilia), e as relações sexuais com um objeto não humano (zoofilia, fetichismo, travestismo); e as *perversões do alvo*, distinguindo três espécies de práticas: o prazer visual (exibicionismo), o prazer de sofrer ou fazer sofrer (sadismo e masoquismo) e o prazer pela superestimação exclusiva de uma zona erógena: ou da boca ou do aparelho genital. As doenças nervosas ou psiconeuroses surgem da repressão do instinto sexual; os neuróticos são indivíduos que conseguem, apenas sob a pressão de fortes exigências, efetuarem uma supressão aparente de seus instintos, chegando assim a *Moral Sexual Civilizada*, entre 1908-1927 (FREUD, 1996a, 1996b).

desenvolvimento, apto para procriar e apresentar desejos sexuais. É uma forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece, para viver suas relações pessoais e interpessoais a partir de seu papel sexual. Daí ser ela é um instrumento relacional importante, mas não o único.

b) Escolha de objeto - encontro amoroso

A sexualidade cria uma atração nova entre garotas e garotos. De acordo com Cavalcanti (2008, p. 7), “sob a ação de impulsos sexuais, o adolescente exercita no próprio corpo e no de seus pares as escolhas objetais e dá vazão às fantasias psíquicas, latentes desde o fim da primeira infância”. Essa atração ocorre na medida em que se acentua a diferenciação entre os sexos, a diferença física se torna mais evidente através das características sexuais secundárias, já descritas (desenvolvimento dos seios, alargamento dos quadris nas mulheres, e crescimento de pêlos faciais e mudança no tom de voz, nos homens).

No que diz respeito às escolhas objetais, durante a latência, a libido deslocou-se dos objetos primários, trocando o alvo pulsional e encontrando satisfação em elementos altamente sublimados. No começo da puberdade há um reinvestimento libidinal nos objetos da primeira infância, só que o aparelho psíquico não é o mesmo dos primeiros anos.

Na adolescência, quando em ambos os sexos, a maior parte dos níveis hormonais adultos é atingida (em torno dos 16 anos, mas as mudanças no cérebro já vêm sendo operadas)¹², a luta pela escolha de objeto já teve início.

Esta escolha de objeto, “ligada na análise freudiana ao narcisismo, este objeto é uma espécie de outro eu no sujeito”, é disso que trata Araújo (2008, p. 2), buscando ir mais o longe no sentido articulado por Freud. A referida autora procura “articular a diferença da identificação com a *Verliebtheit*, encantamento, em suas formações mais elevadas, no sentido da fascinação, dependência amorosa, em suas manifestações mais elevadas, com enfeudação”. E explica:

Ele (o sujeito) se empobrece, tendo se dado inteiramente ao objeto, a esse objeto que ele colocou no lugar de seu elemento constituinte. Torna-se literalmente tomado de humildade, de uma completa sujeição, em relação ao

¹² Os hormônios sexuais são “[...] meros executores de um programa de desenvolvimento que inicia no cérebro e, como o nome já diz, seu papel é essencialmente limitado a uma função: sexo” (HERCULANO-HOUZEL, 2008, p. 32).

objeto de seu investimento. É o que acontece com a escolha do objeto droga? (ARAÚJO, 2008, p. 3).

Sem entrar na análise pormenorizada desta questão, mas recorrendo ainda a mesma autora, é importante trazer aqui o exemplo por ela utilizado, pois clarifica a escolha do objeto. Diz ela que:

Chemama, em seu texto “Um sujeito para o objeto” de 1997, no livro *Goza: capitalismo, globalização e psicanálise*, de Goldenberg, diz que o ser humano porque fala, não tem acesso direto a seus objetos, encontra sua satisfação na própria cadeia significante através dos sonhos, atos falhos, lapsos, etc. Ele continua, dizendo que há uma segunda leitura essencial a ser feita: um sujeito, barrado pelo fato de que fala, vê-se representar por um significante junto a outro significante, o que não acontece sem a queda de um objeto, o objeto a (ARAÚJO, 2008, p. 3) [grifei].

Esta autora relaciona a escolha do objeto e a relação de objeto (tipo de relação do indivíduo com o mundo, com o objeto amoroso, etc.), ao colocar que “na toxicomania, o objeto de gozo não é metaforizado, não é regido pelo significante. Por isso o toxicômano fica escravo da droga, em busca desse mais gozar, um gozo sem interdito” (ARAÚJO, 2008, p. 3).

É um alerta, sem dúvida, para a questão social, seja da drogadização, do alcoolismo ou das doenças sexualmente transmissíveis, é ao que a escolha do objeto leva quando não há uma preocupação com uma proteção e conservação da vida. É a falta de prevenção, isto é, de preocupação com a vida, é que vai diferenciar o sujeito, da dependência tóxica, química, e do gozo ilimitado (insatisfação permanente que marca o gozo sexual), que levam o alcoolista, o toxicômano e a contaminação pelo vírus HIV/AIDS, a ultrapassarem certos limites. Freud coloca o gozo em termos pulsionais. É a libido dessa pulsão insatisfeita que dará a energia do supereu¹³.

O desejo de ser alguém nasce da experiência primária de êxtase com o outro e pode gerar efeitos vitais, mas do ponto de vista subjetivo, o uso de estratégias mortíferas de se depreciar e falar mal de si mesmo, em estados extremos pode resultar aniquilação

¹³ Ou superego é a instância psíquica descrita por Freud como o herdeiro do Complexo de Édipo, aquela que contém todas as regras e leis transmitidas à criança pelos pais e pela sociedade. Esta estrutura da personalidade se desenvolve a partir do ego (parte do aparelho psíquico que está em contato com a realidade externa). O superego atua como um censor sobre as atividades e pensamento do ego. Freud descreve três funções do superego: consciência (o superego age tanto para restringir, proibir ou julgar a atividade consciente; e também age no inconsciente), auto-observação (capacidade de avaliar) e formação de ideais (está ligada ao desenvolvimento do próprio superego, e é construído na criança segundo o modelo do superego de seus pais) (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 11-12).

e morte. É o caso do apaixonado, “em seu desejo de ‘ser tudo para alguém’, oferece o que ainda não tem, dá o que ainda não conquistou” (CINTRA, 2008, p. 45).

Mas, segundo a mesma autora, o impulso do desejo, associado ao trabalho e ao tempo intrínseco a toda atividade, leva à criação de uma subjetividade adulta a partir da adolescência, é nisso que consiste a virada do narcisismo primário para o secundário, que é também o desejo de ser alguém significativo, produtivo, capaz de criar e inventar. Porque, o trabalho¹⁴ é sustentado na ilusão e no narcisismo materno, o que gera a autoconfiança que dará suporte para o enfrentamento de possíveis rejeições e dificuldades. E mesmo que as ilusões narcisistas continuem a ser ilusórias, têm efeitos reais, pois surgem criações e construções.

Na adolescência uma multiplicidade de defesas¹⁵ se põe em movimento na luta que o adolescente trava entre uma tendência e uma escolha objetal primária, carregada de libido genital com possibilidades fisiológicas reais de efetivação, e uma tendência oposta, cujo sentido é de fazer desaparecer, deslocar e transformar esta escolha objetal numa outra que esteja de acordo com as normas da exogamia (estrutura familiar – mãe, pai, irmãos) impostas pela proibição do incesto, na fase edipiana (CASTRO, 2008).

Essa luta do/a jovem poder levá-lo/a, a passar por períodos esquizóides de introversão, circunstanciais, ou seja, dependendo a circunstância tendem a voltar-se, segundo Carl Jung “em direção a seu mundo interior”. Mas, para este psicanalista, “ninguém é puramente introvertido ou extrovertido”, deve haver uma alternância rítmica entre o ciclo de contração (introversão) e o ciclo de expansão (extroversão). Todavia, “cada indivíduo tende a favorecer uma ou outra atitude e opera principalmente em termos desta atitude”, conforme a ocasião (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 47).

Na colocação de Jung, descrita pelos referidos autores, tanto a introversão quanto a extroversão, são “duas atitudes mutuamente exclusivas”, mas nenhuma é melhor do que a outra, “o ideal é ser flexível e capaz de adotar qualquer uma dela quando for apropriado”. Os interesses primários dos introvertidos “concentram-se em

¹⁴ Trabalho, para a psicanálise, é o movimento de tolerar a frustração, de atravessar os obstáculos que se impõem à realização dos desejos, suspendendo a gratificação imediata das necessidades. Trabalhar, nesse sentido, é contornar a resistência, suportar o tempo de espera e o tempo necessário intrínseco às modificações (CINTRA, 2008, p. 45).

¹⁵ Os principais mecanismos de defesa “patogênicos” descritos (Anna Freud, 1936; Fenichel, 1945) são: repressão, negação, racionalização, formação reativa, isolamento, projeção e regressão. A sublimação é uma defesa bem sucedida, porque ela resolve e elimina a tensão; todas as outras defesas bloqueiam a expressão direta de necessidades instintivas, enquanto que qualquer um destes mecanismos pode ser encontrado em indivíduos saudáveis, sua presença é, via de regra, uma indicação de possíveis sintomas neuróticos (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 19).

seus próprios pensamentos e sentimentos, em seu mundo interior”, pois “um perigo para tais pessoas é emergir de forma demasiada em seus mundos interiores, perdendo o contato com o ambiente externo” (1986, p. 47).

Em outros casos, os jovens “podem desembocar no autismo esquizofrênico”¹⁶, assevera Castro (2008, p. 4).

Esse comportamento nos adolescentes requer uma interpretação mais pormenorizada do conceito de autismo e de esquizofrenia, como e quando ocorrem esses dois tipos de distúrbios, vindo a caracterizar o autismo esquizofrênico.

O que é autismo? Na definição de Lorna Wing, o autismo é uma síndrome que apresenta comprometimentos em três áreas importantes do desenvolvimento humano: a comunicação, a sociabilização e a imaginação. Essa síndrome é caracterizada por: (a) desvios qualitativos da comunicação – o sujeito tem dificuldade em utilizar com sentido todos os aspectos da comunicação verbal e não verbal (essa dificuldade inclui gestos, expressões faciais, linguagem corporal, ritmo e modulação na linguagem verbal); (b) desvios qualitativos de sociabilização – caracterizam-se pela dificuldade apresentada em relacionar-se com os outros, a incapacidade de compartilhar sentimentos, gostos e emoções e a dificuldade na discriminação entre diferentes pessoas; (c) desvios qualitativos na imaginação – se caracterizam por rigidez e inflexibilidade e se estende às áreas do pensamento, linguagem e comportamento da pessoa. Alguns casos são diagnosticados simplesmente como autismo, traços autísticos ou Síndrome de Asperger (autismo com inteligência normal) (AMA, 2008).

Kanner (1940 apud ORRÚ, 2008), revisou diversas vezes o conceito de autismo e, passou a referir-se como “Autismo Infantil Precoce”. A partir dele diversos pesquisadores trataram do tema, até que em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª versão do Código Internacional de Doenças (CID-10), enquadrou o autismo na categoria “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento”, com as seguintes características: anormalidades qualitativas na interação social recíproca e nos padrões de comunicação, por repertório de interesses e atividades restritas, repetitivas e

¹⁶ À primeira vista a expressão “autismo esquizofrênico” gera confusão. “**Autismo** é uma palavra de origem grega (*autós*), que significa por si mesmo. É um termo usado dentro da psiquiatria para denominar comportamentos humanos que se centralizam em si mesmos, no próprio indivíduo. Kanner (1940) diferenciava o distúrbio autístico do grupo das esquizofrenias, discordando do que foi colocado por Bleuler em 1911, julgando que o mesmo, não era uma doença independente e sim, mais um dos sintomas da esquizofrenia. Bleuler enfatizava a ‘deteriorização emocional’ no quadro clínico da esquizofrenia, ressaltando, no autismo, mais o distúrbio com relação à realidade do que ao contato afetivo. Todavia, Kanner, desde o início, constatou que apesar do esquizofrênico se isolar do mundo, havia uma grande diferença para com o autista, pois este, jamais conseguiu, sequer, penetrar no mundo” (ORRÚ, 2008, p. 1).

estereotipadas, sob o título F84. Adotada no Brasil em 1996, atualmente a concepção dada ao autismo é de uma “síndrome comportamental com etiologias múltiplas e curso de um distúrbio de desenvolvimento”, conforme Gillberg (1990), citado por Schwartzman (1995 apud ORRÚ, 2008, p. 2).

Estes estudos apontavam que esta síndrome acometia crianças com idade inferior a 3 anos, sendo mais freqüente em indivíduos do sexo masculino. Conclui-se, de acordo com os testes e critérios do DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual – IV edition*) e do CID-10, utilizados para o diagnóstico da síndrome do autismo, que as pessoas com autismo demonstram capacidades limitadas no desenvolvimento de sua linguagem (ORRÚ, 2008).

O sintoma fundamental do autismo, para o Leo Kanner, é o isolamento, como afastamento social. Nesta perspectiva, o autismo é o estado em que o sujeito se isola dos demais (VATAVUK, 2008). Estudos apresentados por Frith (2008) mostram que a maioria das crianças autistas é pontuada abaixo do QI 50.

O que é esquizofrenia? Pode ser definida de forma mais geral, como um transtorno mental caracterizado por uma desorganização ampla dos processos mentais – desestruturação do pensamento, dificuldade de comunicação, isolamento e introversão, desagregação da personalidade e perda do contato com a realidade. O pensamento, a afetividade e o comportamento são comprometidos. Apresenta um quadro complexo apresentando sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando marcados prejuízos acupacionais, na vida de relações interpessoais e familiares (GALVÃO, 2001).

Segundo a Dra. Nancy Andreasen (CORTESE, 2001, p. 1):

As atuais evidências relativas às causas da esquizofrenia são um mosaico: a única coisa clara é a constituição multifatorial da esquizofrenia. Isso inclui mudanças na química cerebral, fatores genéticos e mesmo alterações estruturais. A origem viral e traumas encefálicos não estão descartados. A esquizofrenia é provavelmente um grupo de doenças relacionadas, algumas causadas por um fator, outras, por outros fatores.

No estudo de Kraepelin, o fundador da esquizofrenia, apenas 6% de sua amostra de 1.000 casos teve alguma manifestação antes dos 15 anos de idade. A manifestação do autismo, por sua vez, em quase todos os casos ocorre antes dos 3 anos (FRITH, 2008).

No estudo apresentado por Cortese (2001), o começo da esquizofrenia é indeterminado. Ela pode desenvolver-se gradualmente, tão lentamente que nem o paciente nem as pessoas próximas percebem que algo vai errado: só quando comportamentos abertamente desviantes se manifestam. O período entre a normalidade e a doença deflagrada pode levar meses. Mas, há pacientes que desenvolvem esquizofrenia rapidamente, em questão de poucas semanas ou mesmo de dias.

Para Frith (2008), depois do terceiro ano e antes do quinto, quando a psicose infantil pode ser determinada com segurança é quase inexistente. Também refere ao estudo feito por Kolvin e seus colegas na Grã-Bretanha, publicado em 1971, que apontou serem raras as crianças psicóticas e quase sempre apresentam um quadro de adultos esquizofrênicos quanto aos seus sintomas e podem ser facilmente diferenciadas das crianças autistas. Os estudos de Green e outros realizados em Nova Iorque em 1984 confirmaram as descobertas de Kolvin e seus colegas, de que a criança mais nova de uma amostra de 24 crianças diagnosticadas como esquizofrênica tinha de 6,7 anos de idade. Em 80% da amostra, a manifestação de esquizofrenia era depois de 8,5 anos. No estudo britânico (Kolvin), as crianças esquizofrênicas mostraram a tendência de ser muito mais capazes do que as autistas. Nenhuma criança esquizofrênica pontuou abaixo do QI 65.

Ambos os estudos confirmaram que o autismo como um transtorno precoce do desenvolvimento, resulta em um maior *déficit* intelectual que a esquizofrenia. Na idade adulta algumas pessoas autistas se parecem, em seu comportamento superficial, com certo tipo de paciente esquizofrênico. Contudo, a semelhança comportamental não é uma prova que possa depender de semelhança em disfunções internas (FRITH, 2008).

Os sintomas positivos mais característicos da esquizofrenia dizem respeito a ouvir vozes e acreditar que há mensagens pessoais significativas no ambiente, características de experiências subjetivas que o sujeito da esquizofrenia é capaz de comunicar às outras pessoas (FRITH, 2008).

Mas, não há um exame que diagnostique precisamente essa doença, isto depende exclusivamente dos conhecimentos e da experiência do médico. Todavia, a esquizofrenia é considerada uma doença grave, porque afeta as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento. A gravidade não está tanto no diagnóstico, mas no curso da doença (CORTESE, 2001).

Segundo o mesmo autor, classicamente Kraepelin fez a distinção entre esquizofrenia (demência precoce) e o transtorno bipolar (psicose cíclica), concluindo

pela possibilidade de recuperação dos cicladores, enquanto os esquizofrênicos se deterioravam e não se recuperavam.

As causas da esquizofrenia são complexas e multifatoriais. Dentre as diversas teorias existentes, a Teoria Bioquímica (aceita desequilíbrio neuroquímico, devido a falhas na comunicação celular do grupo de neurônios envolvidos no comportamento); Teoria Biológica Molecular (reconhece anomalias no padrão de certas células cerebrais); Teoria Genética (mostrou a correlação linear e direta entre o grau de parentesco e as chances de surgimento da esquizofrenia); Teoria do Estresse (estresse não causa esquizofrenia, mas pode agravar os sintomas); Teoria das Drogas (não há provas de que drogas lícitas ou ilícitas causem esquizofrenia, contudo, elas podem agravar os sintomas de quem já tem a doença); Teoria Viral (vem sendo abandonada por falta de evidências); Teoria Social (fatores sociais como desencadeantes da esquizofrenia são sempre levantados, mas os métodos disponíveis ainda não permitiram um estudo adequado, nada se podendo afirmar a seu respeito) (CORTESE, 2001).

O que é autismo esquizofrênico? Para Kanner, o conceito de autismo de Bleuler, “o autismo nos esquizofrênicos se refere a um retraimento ativo no imaginário”, trouxe confusão, pois:

- 1) Sugere ‘um retraimento’ fora das relações sociais enquanto Kanner descreve uma incapacidade de desenvolvimento e relacionamento social;
- 2) Implica uma vida imaginária rica, enquanto Kanner sugere uma falta de imaginação;
- 3) Postula uma ligação com a esquizofrenia dos adultos (apud VATAVUK, 2008, p. 1).

Isto talvez explique o fato de psiquiatras algumas vezes terem utilizado os diagnósticos de esquizofrenia infantil, psicose infantil e de autismo de forma permutável, já que as etapas das primeiras pesquisas tinham a finalidade de validar o conceito de autismo e hierarquizar os sintomas (VATAVUK, 2008).

O autismo significando o fechamento dentro de si e perda das relações com a realidade, é reconhecido por alguns estudiosos da questão como um sintoma básico da esquizofrenia. De acordo com Perlin Filho (2000), o conceito de auto-erotismo de Freud significa substancialmente a mesma coisa. Na sua vivência o esquizofrênico isola-se do seu ambiente e concentra-se na sua própria pessoa. Dessa forma, “também é autista o esquizofrênico que está preso no seu delírio e não consegue proceder de uma maneira correspondente à realidade que o circunda” (2000, p. 1).

Segundo Vatauvuk (2008), em seus comentários Kanner expressa que a combinação de um autismo extremo, obsessividade, estereotipia e ecolalia produzem um quadro completo que tem relação com alguns dos fenômenos esquizofrênicos fundamentais. Enquanto, para Guz (2008, p. 2), “a formação progressiva da vulnerabilidade e transição à psicose não precisam ser vistas como processos neurais cumulativos levando a diversas deficiências das funções neurocognitivas”. E falando sobre o autismo, observa que este seria “uma transformação fundamental das estruturas da subjetividade, em todas as três dimensões: subjetividade em relação a si mesmo (auto-conhecimento), em relação ao mundo (intencionalidade), e em relação aos outros (intersubjetividade)” (2008, p. 2).

Autores como Bleuler (1911), Minkowski (1927) e Blankenburg (1971), citados por Guz (2008, p. 2), ressaltam que “o longo prazo da esquizofrenia é [...] moldado por este nível fenomenológico no sentido que os sintomas psicóticos e residuais não são apenas [...] falhas de um mau funcionamento cerebral, mas refletem nas reorganizações da consciência”. Suas reflexões aproximam e trazem à tona similaridades entre os aspectos autísticos e esquizofrênicos. Os estudos de Kanner também corroboram com essas observações, pois ele introduz o termo autismo como uma entidade nosológica (doença), baseada entre os espectros autísticos e esquizofrênicos.

A esquizofrenia seria, então, um problema de relação com o ambiente pela doença afetar diretamente o “eu” do indivíduo (como no autismo), e a alienação (perda da compreensão das coisas que acontecem ao seu redor), mas a inteligência se mantém preservada.

Outro mecanismo de defesa na adolescência é a revolta juvenil, conforme mencionado anteriormente. Os jovens se voltam contra toda a autoridade e, principalmente, a dos pais. Os adolescentes se recusam a obedecer e questionam ativamente a autoridade e tudo o que representa conservadorismo cultural. Nesta relação de objeto, isto é, do adolescente com o mundo, o que chama a atenção é que o comportamento de defesa coexiste com uma forte nostalgia da escolha.

Segundo Castro (2008), a revolta infantil possui entre outras características, a qualidade de ser uma negação de toda a dependência. E são justamente o conforto e a segurança proporcionados pela infância que são sentidos como falta. Isso aparece em diversos níveis, levando o jovem a ter que elaborar verdadeiros lutos: luto pela infância que vai embora; pelos pais que já não proporcionam mais a segurança e o aconchego como antes; luto pelo corpo que não voltará mais a ser como antes.

Esse processo de luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais, é considerado por Knobel (1981) básico e fundamental no caminho para a estabilização da personalidade.

Vasconcellos (1999) fala sobre o encontro amoroso na adolescência utilizando a história de amor de Romeu e Julieta, para mostrar as suas forças constantes: seu romantismo, sua violência e seus equívocos.

Julieta ainda não tem quatorze anos; Romeu talvez um pouco mais. É a idade das primeiras emoções, da descoberta de uma atração poderosa, experiência nova na qual o adolescente pode se apoiar para se desligar da família. Desde o primeiro encontro há a tensão entre dois pólos de atração, a família de Julieta e Romeu. Nesse drama aparece o conflito latente que represente o encontro amoroso na adolescência. A ruptura com os laços familiares, abandonar os pais enquanto objetos primários e um processo de luto que permanece em grande parte do inconsciente.

Afastar-se dos pais pela força da pulsão sexual significa também a exigência de afirmar sua própria identidade e adquirir autonomia. Esse processo traz possibilidades e perigos. Para Blos (1967), a adolescência constitui o segundo processo de individuação, o desengajamento afetivo das relações de objeto internalizadas liberando o indivíduo para outros vínculos. É a fase de maturação do corpo que vai permitir o acesso à sexualidade. Autonomia e individuação são os critérios de maturidade para definir o fim da adolescência e pré-requisitos à possibilidade de um encontro amoroso autêntico. A ambigüidade deste encontro conserva um valor estruturante na continuidade do processo de separação/individuação que não se pode subestimar.

O acesso à sexualidade reivindicado pelo adolescente suscita o contra-édipo parental, podendo ter um desfecho trágico como ocorreu com Romeu e Julieta. A urgência da ação remete à vivência do tempo pelos adolescentes. A paixão não pode esperar. Assim o encontro amoroso na adolescência permite dar um rosto à pulsão, representá-la. Mas, não significa a compreensão desse acontecimento, tampouco a precocidade sexual é um fator de maturação, pois segundo Vasconcellos (1999), não se pode confundir o exercício da sexualidade e o processo psíquico que modifica a relação aos objetos e a enriquece.

Nesta fase, os limites impostos pelos pais podem atuar como uma salvaguarda para o adolescente, a possibilidade de reforçar os mecanismos de defesa que vão permitir a elaboração da pulsão sem a urgência da atuação e conter a violência da pulsão, dois elementos da crise na adolescência. Cada família irá conduzi-la ou renunciar a se envolver, segundo o caso.

Para Vasconcellos (1999), a educação sexual que a família muitas vezes delega aos especialistas, tem como função preparar os jovens para trocas codificadas no seio da sociedade. A sociedade atual é perturbada pela AIDS, devido a isso, a educação sexual não pode mais silenciar sobre as variações da pulsão. Antes da AIDS, a heterossexualidade era uma regra socialmente indiscutível e, por isso entrar em detalhes sobre os desregramentos da pulsão seria visto como uma incitação ao sexo. Hoje, a educação sexual não pode deixar de lado o problema da AIDS nem as campanhas de prevenção podem substituir a educação sexual. Embora a própria dinâmica da adolescência, centrada no narcisismo, nos ideais e na onipotência oponha-se ao risco real e resista à invasão do adulto na sexualidade nascente (ama longe, contra os pais, renegando o apego primário – esse amor vivido em segredo é consequência da interiorização da proibição edipiana), o adolescente deve ter seu espaço psíquico respeitado, ter a confiança dos pais, para poder consolidar a identidade em elaboração.

É neste momento de busca identitária que é preciso compreender a instabilidade da escolha objetal na adolescência. A relação de ternura que os rapazes buscam junto às moças, é uma tentativa de ligar a corrente de ternura da infância às emoções sexuais ainda mal definidas. Ao perceberem que o encontro sexual é uma questão complexa, o gozo sexual é parcial, porque logo descobre que não é o exercício da sexualidade que lhe possibilitará solucionar o impossível da relação sexual e amorosa, saber lidar com ele sem apagar o desejo (TAVARES, 2008).

Em meio a esta tormenta emocional, o adolescente entra em um período de contestação absoluta, chegando a atingir níveis limite e até patológicos, daí Knobel (1981, p. 27), considerar uma “verdadeira patologia normal do adolescente, no sentido de que precisamente este exterioriza seus conflitos de acordo com a sua estrutura e suas experiências”.

É o encontro dessas sensações corporais com o mundo, pleno de significado, as forças de atração e repulsão que se convertem em linguagem, crenças e valores. A grande descoberta de Freud foi que a sexualidade não se refere apenas ao prazer genital, mas a todos os fenômenos ligados ao prazer-desprazer, a todas as áreas da vida humana que envolve atração e repulsa, pois destaca, também, amor-ódio, interesse-desinteresse, domínio-submissão, inclusão-exclusão, pertencimento-solidão, pois a energia (libido) circula criando um campo magnético, onde nasce a sexualidade (CINTRA, 2008).

c) O ensaio social – vínculos

Paralelamente às grandes transformações corporais há as modificações psicológicas e sociais, não menos importantes. Na afirmação de Manna (2008, p. 25):

[...] É na adolescência que os alicerces de sustentação da identidade, da sexualidade, da independência, da responsabilidade social serão definidos, num processo conflituoso marcado por progressos e regressões¹⁷. Ao final dela, espera-se que o jovem alcance o equilíbrio emocional necessário para exercer a sexualidade de maneira segura, evitando a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis, e para fazer sua escolha profissional.

Falar de sexualidade na adolescência é entender como os órgãos sexuais, dos garotos e garotas, vão sair do anonimato para assumir uma importância fundamental para a organização da vida emocional e física do adolescente e, posteriormente, do adulto.

Por meio da formação de grupos de amigos, tribos urbanas, ídolos e modismos, os adolescentes exercitam as relações socioafetivas, criam códigos de comunicação e atitudes. O desenvolvimento psíquico também vai sendo marcado por processos de transformação definidores do modo de organização da vida pessoal na vida adulta.

Segundo Oliveira (2008), estes processos envolvem conflitos e crises, que ocorrem em meio a um movimento psíquico de natureza pendular, ou seja, ora os adolescentes se fundem imaginariamente a outro ou a um grupo, identificando-se com ele de modo passional, passando a adotar seus valores, crenças e perspectivas, ora buscam identidade própria por meio da separação simbólica, que contempla a diferenciação ativa em relação aos outros sociais mais significativos e a conquista de maior autonomia subjetiva e social.

As modificações a nível social envolvem um período de intenso aprendizado social caracterizam-se pela formação dos grupos de amigos e a importância que adquirem traz preocupações para muitos pais, principalmente porque aumenta a tendência à imitação. Essas tendências da idade são muito bem aproveitadas pela mídia. Desse modo, “a forma de vestir, de falar, de agir, até mesmo os gostos tendem a ser muito influenciados pelo grupo. Temem não serem aceitos e valorizados pelos amigos e, portanto, procuram agir de acordo com o que faz a maioria” (ZAGURY, 1996, p. 25).

¹⁷ De acordo com Freud, “regressão é o retorno a um nível de desenvolvimento anterior ou a um modo de expressão mais simples ou mais infantil” (FADIMAN; FRAGER, 1986, p. 23).

O que deve ser compreendido, é que “o gradual afastamento do adolescente em relação às figuras parentais e aos educadores demanda que o adolescente encontre na sociedade outros modelos e valores sólidos nos quais possa se apoiar até a consolidação da identidade” (OLIVEIRA, 2008, p. 21).

O grupo oferece ao adolescente essa possibilidade, na forma “de múltiplas identificações, bem como uma descentralização do interesse voltado para si próprio” (CASTRO, 2008, p. 5).

Outro efeito importante da participação em grupos ressalta a mesma autora, é a constatação e a experimentação de uma gama variada de formas de observação e de atuação. Ligado a isto, o grupo oferece ao adolescente um lugar no qual ele terá que se adaptar a uma disciplina, dentro de um consenso de aceitação mútua. É por isso, que quando em grupo, observa-se que os adolescentes podem ser intolerantes e cruéis com outros considerados diferentes (cor da pele, vestuário, aparência física, etc.). Nessa perspectiva, a intolerância parece ser uma defesa contra o sentimento de perda de identidade.

Na afirmação de Castro (2008), algumas vezes, os grupos são formados por pessoas do mesmo sexo, com a finalidade ostensiva de fugir ao “perigoso” contato com o outro sexo. Dentro deste contexto, a primeira escolha do adolescente para um relacionamento amoroso ou de amizade, é freqüentemente homossexual, sendo comum às experiências homossexuais ocasionais. Daí ser necessário compreender que, tanto dinâmica quanto fenomenologicamente, a homossexualidade adolescente não é necessariamente definitiva. Na maioria das vezes, essa conduta é temporária, representando um esforço adaptativo do aparelho psíquico e enquadrando-se na situação geral de timidez frente ao sexo oposto, característica dessa idade.

Esta vivência social é totalmente influenciada pela educação, cultura, costumes e crença religiosa que normalmente norteiam a saúde da sexualidade e a maneira como ela é conduzida.

Mas, essa discussão na escola, e de uma forma geral, ainda não é pacífica. Alguns pais encaram com certo alívio a possibilidade dos professores assumirem essa responsabilidade, tirando-lhes um peso dos ombros, enquanto outros acham que esse assunto não deve ser explorado para não despertar precocemente a criança para essa área, negando ao estudante o acesso ao real conhecimento (FAGUNDES, 2007).

Ressaltam Cruz e Abadia-Barrero (2005, p. 18), que “não existem protocolos para as necessidades afetivas, educativas e sociais voltados para o desenvolvimento de

crianças e adolescentes, e pouco há consenso sobre o que seja melhor para eles”. No caso da infecção pelo HIV, por exemplo:

[...] frente à revelação do diagnóstico, algumas famílias e organizações pensam que o melhor é proteger a criança, e que a melhor forma de protegê-la é não deixar que saiba da infecção pelo HIV (da própria ou de seus pais); outros pensam que a criança soropositiva deve saber, mas não deve contar a ninguém e, inclusive os cientistas, pensam que a criança, seguindo as características do seu desenvolvimento, beneficia-se de um conhecimento extenso da sua doença (American Academy of Pediatrics, 1999; Lee & Johann-Liang, 1999) (CRUZ; ABADIA-BARRERO, 2005, p. 18).

Estes autores, também colocam que além dos aspectos referentes à revelação do diagnóstico da AIDS, o manejo da temática da sexualidade de crianças e adolescentes, bem como a sexualidade de seus pais, tem sido difícil de abordar, segundo os cuidadores, voluntários e profissionais envolvidos.

Para Oliveira (2008), os valores sociais contraditórios e as ambigüidades nas referências sociais e institucionais, típicas do tempo presente, privam o adolescente de sistemas normativos que orientem sua conduta individual e grupal e de matrizes de identificação que norteiem o processo de formação de sua identidade. Isso vai se refletir nas formas de vida do adolescente contemporâneo.

De acordo com Koltai (2008), assim como o adulto se vê hoje diante de um tempo que soterrou as antigas ilusões, restando apenas o real, representado pelo avanço da democracia formal e do individualismo, o predomínio da mercadoria sobre qualquer outra coisa, o reino do dinheiro e das finanças, a transformação da cultura em modas sucessivas e a massificação dos estilos de vida. Onde todas as mudanças tendem a valorizar o presente em detrimento de um projeto de futuro. Os adolescentes também não sabem onde nem como perderam sua infância, desembocando num mundo do politicamente correto, em que a ilusão suprema parece ser a ausência de ilusões, a destruição de um mundo melhor, a glorificação da ilusão sem ilusão de um mundo apolítico. No lugar da ilusão se encontram perante um pseudoconsenso em que todas as coisas são equivalentes, levando-os a deslizar imperceptivelmente em direção a esse rochedo do real em toda sua barbárie.

A repressão deixou de ter rosto, salvo esporadicamente, em certos momentos e cenários. Não há um lugar para o conflito político; quando muito, se tem discursos que designam um bode expiatório, culpado por todos os males, sobretudo o desemprego, a inflação. Não é de admirar, portanto, que se assista a um recrudescimento da xenofobia

em nível mundial. Em tudo isso, o que é particularmente preocupante, no que diz respeito à diferença de gerações, é o fato de não haver mais lugar para o conflito, visto que os adolescentes têm tido cada vez menos a possibilidade de se confrontar com a geração anterior, a fim de poder tornar seu o que herdaram dos pais. Para Koltai (2008, p. 13), “isso se deve à dificuldade cada vez maior com que os adultos deparam para ocupar o lugar de autoridade que lhes cabe, lugar simbólico por excelência, privando os jovens de toda forma de confrontação”. E explica:

A autoridade à qual me refiro aqui é a da palavra, que passa pela enunciação de um 'não', o qual pais e mestres parecem ter cada vez mais dificuldade de enunciar, assim como de fixar limites, condição necessária para a existência da interlocução e o reconhecimento da alteridade. Entregues a si mesmos, os adolescentes de nossos dias parecem condenados seja a permanecer eternos 'aborrescentes', seja a se lançar numa violência 'sem limites', justamente por não encontrarem alguém capaz de lhes dizer que crescer é renunciar à persistência do infantil e contra quem possam dirigir a violência própria da idade (KOLTAI, 2008, p. 13).

Complementando a autora utilizando a afirmação do psiquiatra e psicanalista belga Jean-Pierre Lebrun, coloca que só restam aos adolescentes duas saídas: “a depressão, o autoconsumo no ódio por si próprio, ou o excesso, o transbordamento sem alvo, em que tudo que podem esperar é um esvaziamento” (KOLTAI, 2008, p. 13).

Enfim, guardadas algumas diferenças de gênero, de classe e de grupos, a conquista da individualidade e da autonomia pelo adolescente, passa pela progressiva apropriação do espaço público, ou seja, pela transição dos espaços privados, protegidos e regradados da casa e da escola para o cenário polifônico, contraditório, plural das ruas. Agora, as relações socioafetivas do adolescente não são mais direcionadas pelas escolhas dos pais ou restritas às alternativas disponíveis no cenário social mais próximo. Os vínculos se constituem por meio de novas práticas sociais e sistemas de atividades que ele possa integrar, com outros parceiros e grupos (OLIVEIRA, 2008).

A experimentação de diferentes papéis no aprendizado social oferece ao adolescente a matéria-prima para a gradual construção de uma nova identidade. Se ele teve uma infância bem orientada, sem guardar mágoas ou ressentimentos, viveu o limite de autoridade dado pela palavra e objetividade dos pais e mestres, as interações sociais grupais constituem um espaço oportuno para o ensaio e a vivência de personagens.

Segundo Oliveira (2008), a função dos grupos no processo de desenvolvimento global dos jovens tem sido objeto de investigação, com vistas a compreender os limites e as possibilidades de sua influência sobre o sujeito. “Para entender o efeito subjetivo das

experiências de socialização nos grupos de mesma idade, é preciso analisar a qualidade e a intensidade das relações socioafetivas neles estabelecidas” (2008, p. 23).

Deve-se, entender, também, porque na atualidade prevalece entre os adolescentes a tendência à integração a um número maior de comunidades, grupos e agrupamentos, não obstante o caráter mais frouxo e frágil dos vínculos sociais neles constituídos. Segundo Oliveira (2008), é mais fácil compreender o impacto dessas mudanças nos modos de socialização adolescente pela distinção entre grupos contratuais e agrupamentos (matéria a ser analisada posteriormente, ao se tratar da vulnerabilidade dos jovens na adolescência).

O que os jovens não sabem é que os grupos muitas vezes representam uma falsa proteção nesse processo de socialização, pois à medida que os espaços públicos se tornam arriscados e ameaçadores e os indivíduos se sentem seguros só se confinados em lugares privados ou protegidos em condomínios, *shopping centers*, *lan-houses*, o diferente passa a ser visto com desconfiança. As relações ganham, então, matizes de tensão, e entre os jovens acirram-se rivalidades e disputas individuais ou grupais (OLIVEIRA, 2008).

e) Os riscos e perigos

A adolescência constitui um período de riscos e perigos, pois ao igualar-se a seus pares para diferenciar-se dos demais, deparam com imagens ilusórias que podem favorecer os comportamentos de risco e o acirramento das divergências sociais.

Alguns indícios comportamentais da chegada da adolescência são o tédio e o desapego às atividades da infância, logo seguidos pela busca de novidades e comportamento de risco (HERCULANO-HOUZEL, 2008).

Devido à impaciência e o tédio os adolescentes abandonam os prazeres da infância e buscam satisfação em novas atividades e amizades e aceitam correr riscos, em nome de outros prazeres, como sair de casa sozinho para encontrar os amigos, ou uma colega de classe. Tudo isso, graças ao amadurecimento das estruturas sensíveis aos feromônios¹⁸ e hormônios sexuais¹⁹.

¹⁸ Substâncias químicas, intra-específicas, que permitem o reconhecimento mútuo e sexual entre os indivíduos de uma mesma espécie (BRUCE, 2008).

¹⁹ Ainda que as mudanças mais óbvias da adolescência sejam exibidas no corpo, quem as dispara e coordena é o hipotálamo, pequena estrutura diencefálica responsável por promover ajustes fisiológicos de vários tipos pelo corpo afora – entre eles os hormonais. O hipotálamo, em associação com a hipófise e as gônadas, desencadeia a liberação dos hormônios sexuais na puberdade, tornando os jovens sensíveis aos apelos da sexualidade adulta (HERCULANO-HOUZEL, 2008, p. 31).

Nos passos seguintes, como sujeito desejante “lhe cabe a posição ativa de ir a busca de seu objeto de satisfação”, pois segundo Teixeira (2008, p. 18), “essa é a tarefa principal da operação adolescer”, inventar o seu caminho. Pois, as mudanças no cérebro continuam mesmo na ausência de hormônios sexuais, preceitua Herculano-Houzel (2008).

Adolescer significa ultrapassar a idade de tutela dos pais, tornar-se maior. Esse período de transição, onde algo está para ser deixado para trás, Freud (1996), considera uma operação importante para o jovem, para o progresso entre a nova e a velha geração. Herculano-Houzel (2008, p. 29) afirma que “o resultado da adolescência bem-sucedida é o desejo de todos os pais para seu filho: ele se torna independente, responsável e bem inserido do ponto de vista social”.

Dois importantes eventos biológicos ocorrem, durante esse período intermediário, vivido pelos adolescentes entre os 14 e os 17 anos: os meninos alcançam e ultrapassam a altura e o peso das meninas; a menarca (menstruação) já ocorreu na maioria das meninas. Conseqüentemente, os temas de sexualidade, imagem corporal, gravidez, papéis estereotipados para homens e mulheres, drogas e doenças sexualmente transmissíveis, popularidade e identidade estão entre as muitas preocupações, freqüentemente opressivas aos adolescentes (SOUZA, 1998).

O olhar que até então o adolescente lançava sobre os pais, colocando-os como figuras ideais a serem seguidas é abalado e o jovem os redescobrirá em sua condição humana e sexual limitada. Segundo Teixeira (2008, p. 18), é esse novo olhar:

[...] que vem acompanhado de certa agressividade e mesmo de rebeldia que dará ao adolescente os instrumentos necessários para que possa ir da casa à rua, abraçar o mundo com suas ambigüidades, irregularidades e até atrocidades – e também nesse mundo construir sua inserção, tanto subjetiva quanto social, ocupando o papel que lhe pertence.

Rumo à independência, os jovens junto a seus pares formam grupos que homogeneízam características de conduta. Adotam modos de vestir similares, no corte ou na cor dos cabelos e nas expressões verbais, pontos de referência, que promovem a ilusão de facilitar a tarefa de adolescer. Promovem a ilusão porque, em última instância, cada um se encontra só diante do maior desafio do sujeito, que é dar conta do que lhe

falta. Esse trajeto é solitário, porque a resposta à castração²⁰ não é mais vivida como na infância (TEIXEIRA, 2008).

Na infância a menina descobre que não dispõe de órgãos sexuais iguais aos do menino e, quando ela não consegue a superação do complexo de castração²¹ e a realização plena de sua feminilidade, há o surgimento da neurose. A ausência do pênis na menina é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar. Quando não consegue a superação desse complexo, a neurose introduz um complexo oposto que pode levá-la ao lesbianismo, ou a ter traços de personalidade masculina. No menino é diferente, ele vive o medo da castração pelo pai, ao descobrir que existem pessoas sem órgãos sexuais como os seus e teme a realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais. Por isso, ele recalca o complexo de Édipo²², mas o desejo de ter a mãe e acariciá-la continuará no seu inconsciente (DORIN, 1975).

Há, portanto, na adolescência muitas demandas e apelos, sendo os grupos juvenis propícios à experimentação e, por isso, imprescindíveis à construção da identidade psicossocial. É principalmente nessa etapa que as drogas, as relações sexuais e as escrituras corporais ameaçam a saúde do adolescente, sem que eles pensem nos riscos e perigos.

Foucault (1984, p. 74), diz que entre os gregos se ensinava que:

[...] A atitude do indivíduo em relação a si mesmo, a maneira pela qual ele garante sua própria liberdade no que diz respeito aos seus desejos, a forma de soberania que ele exerce sobre si, são elementos constitutivos da felicidade e da boa ordem da cidade.

²⁰ Para Freud é o conjunto de conseqüências subjetivas, inconscientes, diante da fantasia da perda do pênis no homem e da sua ausência na mulher. Para Lacan, é uma operação simbólica que se refere à submissão do sujeito às leis da linguagem (TEIXEIRA, 2008, p. 19).

²¹ Está centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou ausência de pênis) coloca para a criança. Essa diferença é atribuída à amputação do pênis na menina (GLOSSÁRIO, 2008).

²² No complexo de Édipo, a mãe é o objeto de desejo do menino e o pai (ou a figura masculina que represente o pai) é o rival que impede seu acesso ao objeto desejado. Ele procura assemelhar-se ao pai para "ter" a mãe, escolhendo-o como modelo de comportamento, passando a internalizar as regras e as normas sociais representadas e impostas pela autoridade paterna. Posteriormente por medo do pai, a mãe é "trocada" pela riqueza do mundo social e cultural e o garoto pode, então, participar do mundo social, pois tem suas regras básicas internalizadas através da identificação com o pai. Este processo também ocorre com as meninas, sendo invertidas as figuras de desejo e de identificação. Para Freud é o complexo de Édipo feminino (ROCHA, 2008).

Ser livre em relação aos prazeres era não estar ao seu serviço, não ser seu escravo. Hoje, a educação sexual não focaliza a moral dos prazeres, e que “o mau tirano que é incapaz de dominar suas próprias paixões, e, por causa disso se encontra sempre inclinado a abusar de seu próprio poder e a fazer violência sobre seus súditos” (FOUCAULT, 1984, p. 75-76).

Os jovens enfrentam riscos e perigos porque são próprios dessa idade de experimentações. Mas, também os enfrentam porque não possuem subsídios suficientes para pensar sobre certos riscos, tampouco sabem exatamente o que é risco.

Jeolás (2007), na tentativa de recuperar o vai-e-vem no interior do qual os jovens ou continuam impermeáveis à idéia de pensar sobre o risco da AIDS em suas vidas ou ensaiam esboçar sua própria possibilidade de risco, elaborando medos e pensamentos, numa tentativa de refletir sobre o assunto. De acordo com a autora, o entendimento do risco, para os adolescentes se dá através de hesitações e vacilos, ou, ainda, na forma de desabafo, quanto à dificuldade que carregam de compreender e de aceitar uma realidade possível, porém, inconcebível para si próprio, como é o caso do risco existente nas relações sexuais e no uso de drogas e sua relação com o risco da AIDS.

Segundo Jeolás (2007), deve-se deter sobre o imaginário do risco para os jovens. Eles contextualizam suas representações sobre o risco, por exemplo, em relação ao HIV, articulando-as aos simbolismos suscitados pela epidemia. Nesse sentido, diz a autora:

[...] Eles atribuem, ainda, outra importância ao risco representado pela AIDS e, conseqüentemente, detêm percepções que extrapolam as nossas de pesquisadores e educadores, dimensionando esse risco a outros, como o da violência urbana, o de outras doenças como o câncer, o da gravidez e o das drogas (JEOLÁS, 2007, p. 203).

É importante, então, que se entenda quais os significados são construídos em torno da idéia de risco, principalmente quando se verifica que nas sociedades ocidentais vêm proliferar outras práticas de risco, quer nos esportes radicais, quer no uso de drogas, quer nas práticas que envolvem velocidade, adrenalina e fortes emoções, quer naquelas produtoras de violência. Além disso, os jovens devem ter uma noção clara sobre o conceito de risco. Pois, segundo Jeolás (1999), em todas as sociedades, os riscos ou os perigos são reconhecidos socialmente, mas de maneiras diferentes.

Algumas sociedades ocidentais consideram atualmente, alguns riscos ameaçadores – as drogas, o HIV/AIDS, a violência urbana, etc. –, outros aceitáveis ou até valorizados – os esportes radicais (ralis, surf, salto com elástico, entre outros). A ampla aprovação do risco, por exemplo, presente nos esportes, é uma via através da qual a violência pode se expressar com a anuência social. Essa forma de viver o risco controlado, ou seja, essa forma controlada de perder o controle passa facilmente para os jovens a ser sinônimo de desafio, de viver o risco como fim de si mesmo (o risco pelo risco), ou como diz Lê Breton (1991 apud JEOLÁS, 2007, p. 204), “poço inesgotável de simbolismo, uma veia real de reencontro com o sentido”.

Portanto, os riscos, selecionados, hierarquizados e valorizados de acordo com o contexto sociocultural, não constituem experiências individuais isoladas. Esses riscos criados para alimentar as indústrias financeiras e turísticas de alguns países, como são exemplo as estações de esqui, a exemplo de Bariloche (Argentina), nos países escandinavos, entre outros, são diferentes do risco presente em atividades ou ofícios, como guias de montanhas, mineradores nas minas de carvão, desprovidos de consideração social. Não há regras para explicar esse jogo social aos jovens. Daí a necessidade de que eles entendam o conceito do termo risco, pois segundo Jeolás (2007), seu uso tem se estendido para além dos limites da ciência e interagindo com diversos significados que lhe são atribuídos pelo senso comum.

Nesse caminho, a referida autora, faz uma breve retomada histórica do significado do termo, a partir de autores como Calvez (1993) e Douglas (1994), segundo os quais a palavra risco só aparece entre o século XVI e XVII, trezentos anos depois da palavra perigo, no contexto dos jogos de azar e da análise matemática quanto às chances de um evento vir a ocorrer. No século XVIII, risco passa a ser utilizado para se pensar as possibilidades de ganho no comércio marítimo. No século XIX, a análise de probabilidades tornou-se comum e o risco, mostrou-se importante no âmbito da economia, sendo aplicado às esferas do comércio e da indústria. O termo foi se consolidando ligado ao sentido de possibilidade (positiva ou negativa), e à teoria das probabilidades, incorporando, então a idéia de escolha racional, ponderadas as possibilidades de ganhos e de perdas (JEOLÁS, 2007, p. 205).

Contemporaneamente, o termo passou a importante conceito em áreas como a epidemiologia, a tecnologia, o meio ambiente e o direito (teoria do risco), referindo-se a problemas coletivos. Fortalecida sua associação com a possibilidade de resultados negativos, o termo risco passou a expressar danos, coisas ruins, indesejáveis. Hoje, no

caso das ciências médicas, as possibilidades de uma doença acometer um sujeito; no caso da epidemiologia, a importância do conceito de risco é notável argumenta Jeolás (2007, p. 205), em face da “tentativa de avaliar a vulnerabilidade de grupos e populações quanto a determinadas doenças, por meio da previsão”.

Douglas (1994) ressalta a mudança existente, atualmente, na forma como se pensa o risco. Nessa perspectiva:

[...] Há maior pressão social e política contra *expor outros ao risco* – mais incipiente aqui do que nos Estados Unidos e em alguns países europeus – e menor pressão contra *correr risco*. Desenvolve-se uma crença generalizada, referente à possibilidade de decisões cientificamente objetivas sobre exposições ao risco (no debate sobre riscos industriais, ecológicos, médicos) e no domínio dos riscos rigorosamente calculados (nas práticas de esportes radicais, em competições esportivas). [...] pode-se compreender por que a idéia de risco se adapta bem aos tempos atuais: ‘sua terminologia universalizante, sua abstração, seu poder de condensação, sua cientificidade, sua conexão com análises objetivas, é perfeita. Sobretudo, seus usos jurídicos adequam o instrumento para a tarefa de construção de uma cultura que dá suporte à sociedade moderna industrial (DOUGLAS apud JEOLÁS, 2007, p. 206) [grifos da autora].

O conceito de risco, nos domínios em que é utilizado atualmente, tem como uma das marcas a idéia de probabilidade, que se faz acompanhar dos sentidos de racionalidade e de neutralidade. Devido a isso, o termo risco, nas palavras de Douglas (1994 apud JEOLÁS, 2007, p. 208), tornou-se uma “forma decorativa para a palavra perigo”. Por essa razão, conclui a referida autora, o risco representado pela Aids encontra-se estreitamente vinculado às associações negativas com outras epidemias (a partir de nossa memória histórica) e com grupos estigmatizados, o que faz com que, para o senso comum, a doença seja representada como evento perigoso. Portanto, sem a conotação de racionalidade que o conceito de risco parece possuir, atualmente, em algumas áreas do conhecimento. Dessa forma, ela vê como inútil avaliar quaisquer percepções de risco ao HIV/Aids sem levar em consideração o viés cultural e o contexto social aí implicados (JEOLÁS, 2007).

Os adolescentes tendem a superestimar os riscos, ao contrário do que se imagina. Mas os benefícios de uma ação arriscada pesam mais que os danos no momento da decisão. As estatísticas mostram os perigos e os resultados das ações juvenis impulsivas:

- Acidentes de trânsito é a principal causa de morte de jovens entre 15 e 19 anos ao redor do mundo;

- Cerca de 22% dos estudantes da rede pública do ensino fundamental e médio já usaram algum tipo de drogas psicotrópica uma vez na vida, segundo pesquisa realizada em 2004;

- Um quarto dos casos de infecção pelo HIV registrados no país envolve meninas e mulheres entre 10 e 24 anos;

- 17% dos casos de herpes genital acometem garotas também entre 10 e 24 anos, em boa parte em decorrência do início precoce da vida sexual e do não uso de preservativo;

- Tem crescido o número de adolescentes e jovens portadores do vírus HIV, a prevalência da doença entre adolescentes de 15 a 19 anos no Brasil passou de 0,6% até 1990, para 2% entre 1991 e 2000; no mesmo período, o crescimento desse número entre jovens de 10 a 24 anos foi de 2,4% para 10,5% (MS, 2007; OMS, 2007 apud REYNA; FARLEY, 2008, p. 65).

Esse é o resultado onde tudo é *flash* e de como o princípio da liberdade é aplicado à vida emocional. “Cada vez mais excitação, agitação, furor”, risco, essas são palavras de ordem na época atual. Na qual “o culto da emoção é ameaçado por seus excessos”, e, o desafio, é construir respostas para essas necessidades individuais, coletivas e sociais, criadas para jovens sem a estabilidade psíquica de indivíduos maduros, e “que procuram incessantemente situações indutoras de sensações fortes” (LACROIX, 2006, p. 113). Pois, “quanto mais o comportamento for transgressor, tanto mais fácil será o reconhecimento: a transgressão demonstra afastamento dos adultos, adesão e fidelidade ao grupo” (CALLIGARIS, 2000, p. 38).

Há ainda o risco de suicídio entre os jovens. São vários os comportamentos classificados como suicidas. A pesquisa dos fatores que aumentam o risco de suicídio identificou a associação de um estado depressivo com diversos níveis de ansiedade, medo, raiva ou desespero ou falta de esperança. Uma característica muito freqüente entre os jovens é quando traços de impulsividade se unem a comportamentos de alto risco, mas a pessoa não tem em mente a idéia de morrer: é o caso de quem dirige de modo irresponsável ou se expõe a perigos fúteis, como “pegas” (TONDO, 2008).

Todos esses elementos devem entrar na avaliação do comportamento de risco e sugerem diferentes estratégias de prevenção. Deve-se, também, considerar que o mal, o infortúnio, o perigo ou o risco, hoje não são normalmente pensados e vivenciados de forma racional, em termos de probabilidade, sem nenhuma relação com moral, valores, crenças e juízos. Atualmente, as pessoas continuam, no âmbito do senso comum,

entendendo risco como perigo ou evento danoso, desconsiderando as origens e aplicações técnicas da palavra risco e sua conexão com a idéia de probabilidade e de racionalidade.

f) A formação da identidade

O final da adolescência, que se estende segundo alguns autores, dos 17 aos 20 anos (SOUZA, 1998), enquanto para outros vai até os 24 anos, é uma fase de fortes sentimentos e emoções, com intensos relacionamentos de oposição. Duas importantes tarefas durante este período são: transformar-se, de uma pessoa dependente, em uma pessoa independente e estabelecer uma identidade. Ambas estas tarefas são assumidas durante a adolescência, mas estendem-se até a idade adulta e devem ser retrabalhadas ao largo de todo o ciclo vital.

A moda adolescente unissex, nos últimos 25 anos, tenta esconder as diferenças sexuais entre meninos e meninas (moda aparecida logo após a escola se tornar mista). Mas, “o relacionamento individual face ao desejo e ao comportamento sexuais separa igualmente meninos e meninas” (CLERGET, 2004, p. 237). Esclarecendo, diz:

O menino se sente, em média, pronto mais cedo do que a menina, para o ato sexual. Isto porque, [...], a sexualidade não parece engajar o conjunto de seu ser, como na menina. Esta, na maioria das situações, faz uma ligação entre o ato sexual e uma relação amorosa elaborada. O menino toma e ela dá. É sem dúvida porque ela deve se entregar mais na sua sexualidade. Ela coloca em cena o seu interior, à imagem dos órgãos. Ela arrisca sua pele por nove meses. É normal que reflita mais sobre esta questão. O menino tem mais facilidades em separar seus sentimentos do ato sexual. Mas, individualmente, todas as situações são possíveis (CLERGET, 2004, p. 237-238).

Além de necessitar de nove horas de sono por noite, os adolescentes costumam dormir e acordar mais tarde, o que, segundo recentes descobertas, faz parte do processo natural de amadurecimento. As intensas mudanças hormonais que ocorrem na puberdade atrasam em até quatro horas a produção de melatonina, hormônio regulador do sono. A redução de horas dormidas, que tende a causar irritação e baixo rendimento escolar, pode gerar distúrbios e abrir portas para o abuso de nicotina e álcool. (CAVALCANTI, 2008, p. 7).

Também há os riscos trazidos pela insatisfação com a imagem corporal entre as adolescentes. A preocupação exagerada com a aparência, principalmente quando estão entre seus pares. A insegurança pode favorecer quadros de transtornos alimentares e distúrbios de nutrição. A mística do corpo, as dietas excessivas e o medo mórbido de

engordar contribuem para o crescente número de casos de anorexia e bulimia nervosas em jovens do sexo feminino, especialmente atletas, estudantes e modelos (FISBERG, 2008).

Conforme o mesmo autor, quanto mais bizarro for o comportamento e a aparência da imagem corporal, como no caso das escrituras corporais e da ostensividade dos *piercings*, mais podem ser vistos como signos da fragilidade identitária e do desamparo contemporâneo. Por meio deles adolescentes e jovens adultos buscam uma forma de inserção diante do enfraquecimento das figuras familiares e das transformações de um mundo pautado pela força do capital.

g) Os ritos de passagem

A adolescência é uma passagem entre dois mundos: do estado de criança para o de adulto. Todas as sociedades foram confrontadas com as crises da adolescência. As sociedades antigas enfrentaram a adolescência com métodos rígidos e socializados, onde a cada etapa o indivíduo adquire novos direitos e deveres.

Nos ritos antigos, meninos e meninas eram iniciados juntos ou separados. Uma marcação corporal e um certo número de provas. As perdas que simbolizam a infância (um dente é arrancado, um prepúcio é seccionado [circuncisão]), são compensadas com enfeites (adereços, tatuagens), e marcam também os novos limites corporais e sociais. Havia períodos de isolamento, prova de caça a um animal selvagem, para os meninos. Passadas as diferentes provas, sofridas as intervenções corporais, o jovem era reintegrado na comunidade por ocasião de uma festa (CLERGET, 2004).

Nestas sociedades, os rituais de iniciação ou de passagem têm a finalidade de concretizar a transformação da criança em adulto, reduzindo o período da adolescência à duração do ritual. Segundo Castro (2008, p. 6), três são as características dos ritos de passagem:

- a) Implicam numa separação brutal e completa do sujeito em relação a seu mundo infantil e à sua mãe;
- b) Impõem ao futuro adulto uma identidade sexual única e sem equívocos;
- c) Apresentam sempre uma dimensão de provação, onde o sujeito enfrentará um perigo com ameaça corporal (dor, ferimento e morte), da qual ele sairá vitorioso e fortalecido.

Os rituais geralmente consistem em fazer o menino sair da casa das mulheres e passar a casa e à companhia dos homens. A iniciação também possibilita o acesso à

atividade sexual e determina uma identidade sexual sem ambigüidade. Isso pode explicar a excisão do clitóris das meninas, em algumas tribos, como uma representação da ablação²³ de sua parte masculina.

Na sociedade medieval, não havia uma separação formal entre infância e adolescência (sua invenção surgiu no séc. XIX, e apareceu como etapa distinta no séc. XX [CAMPOS, 2000]). Entre os jovens pobres e burgueses, a infância e a adolescência se diferenciava pelo vestuário (calças curtas ou compridas), o trabalho não os diferenciava, primeiro viviam misturados com os adultos, depois aos 7 anos muitas vezes já eram considerados aptos para o trabalho. Entre os nobres desde cedo se aprendia a caçar e a lutar, se tornando muitas vezes violentos. Acostumados a conviver só com outros homens e com prostitutas, além de forjarem sua personalidade num ambiente de armas, competições físicas, ferimentos e coragem guerreira, seu encontro com as mulheres de seu grupo social deveria ser brutal (KURY; HARGREAVES; VALENÇA, 2000).

Conforme ainda as mesmas autoras, as moças praticamente não tinham contato com homens até o dia do casamento, que ocorria quando elas tinham aproximadamente 12 anos, não sabiam quase nada da vida sexual, mas haviam aprendido que deveriam obedecer a seus maridos e dar-lhes filhos e prazeres. Esse posicionamento mudou frente à religião. O ideal feminino passa a ser o da virgem. A religião ensinada às mulheres considerava o prazer feminino um pecado. Elas deviam deixar seus maridos usufruir seu corpo, sem, contudo, desviarem o pensamento de Deus.

Nas sociedades modernas, os ritos de passagem deram lugar aos rituais relevantes segundo as comunidades. Na França, por exemplo, foram relevantes os rituais das religiões, principalmente das religiões cristãs, fazendo o papel de ritos de passagem, a exemplo da comunhão e da crisma. Na religião judaica, o *bar mitzvah* assinala a maioria religiosa em torno da puberdade do menino e às vezes, a partir do século XIX, das meninas. Segundo Clerget (2004, p. 164), “são acrescentados lá e cá ritos pagãos ou laicos. Ritos republicanos apareceram depois da Revolução (Francesa), como o alistamento para os jovens”.

Entre os rituais modernos se destacam a carteira de motorista ou o vestibular. Para as meninas há a consulta médica visando à contracepção porque nada solene

²³ Remoção total ou parcial de órgãos (FERREIRA, 1977, p. 3).

acontece com a chegada da menstruação. Os ritos religiosos desapareceram para dar lugar aos grandes ritos nacionais (Dia da Bandeira, da Independência, do Índio, etc.).

Assim, já não há ritos de passagem nas sociedades modernas. O que há é o alargamento do período da adolescência, provocado pelo prolongamento do tempo de estudo e da conseqüente ausência de funções sociais e profissionais definidas para os jovens. Se por um lado isto é bom, pois possibilita uma maior ampliação das potencialidades dos jovens, por outro é ruim, provocando angústia, sofrimento e incerteza quanto ao futuro (CASTRO, 2008).

Com o desaparecimento do aprendizado tradicional, a educação em cada país, tornou-se o grande mestre-de-obras da passagem da infância à adolescência. “Entretanto, a escolaridade obrigatória até os 16 anos mantém em situação escolar, jovens que não conseguem se realizar pela mediação puramente teórica” (CLERGET, 2004, p. 165).

Diz o mesmo autor, que os jovens ganhariam se juntasse ao seu aprendizado uma iniciação mais organizada, pois a relação hierárquica não é suficiente. Há necessidade entre os jovens de uma linguagem comum, uma vontade de transmitir e um reconhecimento mútuo. Sem esse reconhecimento mútuo indispensável à transmissão do conhecimento, não há aprendizado possível. Os professores precisam acordar e deixar de acreditar que estão lá apenas para comunicar um saber.

A falta dos ritos que marcam a passagem para o mundo adulto, está levando o adolescente contemporâneo a procurar outros meios de acesso rápido a uma identidade, através da formação de grupos marginais (*skin heads*, grupos *funks*, *punks*, tribos urbanas, etc.). Esses grupos se formam em torno de códigos, objetivos, e até valores comuns. O objetivo subjetivado é um conforto narcísico para cada um dos membros. O recurso à violência observado na atualidade representa a luta frenética contra os sentimentos de dependência e depressão (OLIVEIRA, 2008).

Os ritos de passagem para a adolescência têm como fundamento simbólico marcar a diferença dos sexos e das gerações. Esse simbolismo, conforme Clerget (2004, p. 166), “repousa sobre fundamentos anatômicos, que são a existência de dois sexos [...] e de uma maturação sexual separando as gerações dos adultos das crianças”. Os ritos têm alcance fundamental sobre a evolução psíquica e afetiva do adolescente, permitem as descargas de tensões internas que o grupo toma a si. “Um rito é eficaz se ele dá sentido a desejos conscientes ou inconscientes. [...] Um mesmo rito permite a indivíduos diferentes se livrar de tensões ligadas a desejos sem que o sentido

escondido desses desejos apareça”. Em resumo, os ritos não mexem no espaço físico interno do sujeito, “mas os desejos, as pulsões e os sentimentos subjacentes se liberam” (CLERGET, 2004, p. 167).

1.2.2 Vulnerabilidade e AIDS

Conforme pode ser visto no estudo do conceito de sexualidade, os comportamentos sexuais de risco e as condutas delinqüentes centradas no agir (fuga, roubo, violência contra os bens ou as pessoas) ocupam hoje a função de ritual nos adolescentes para quem a sociedade não oferece mais do que o suficientemente estabelecido e que estão à procura de um quadro de reconhecimento social de sua passagem (CLERGET, 2004).

Na afirmação do mesmo autor, “a adolescência é o período de todos os perigos. É a idade de se arriscar. Existe um pôr em perigo físico e mental a vida a partir de ações decididas mais ou menos conscientemente” (2004, p. 148).

A partir dessas considerações, pode-se argumentar que o adolescente é alguém naturalmente vulnerável, implicando em uma responsabilidade maior por parte dos adultos responsáveis.

Para subsidiar o trabalho educativo na prevenção da AIDS visando à saúde dos adolescentes, se tem por objetivo nesta seção apresentar uma revisão sobre o significado do conceito de vulnerabilidade, a partir do emprego do termo na linguagem comum e da enunciação da vulnerabilidade humana como princípio ético na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da UNESCO (2005), pois conforme aponta a literatura disponível, desde a elaboração dessa declaração, vem sendo desenvolvidos esforços no sentido de se definir com rigor a noção que a palavra vulnerabilidade pode e deve assumir no contexto da bioética. No presente estudo, restringe-se o estudo do termo mais aos aspectos da medicina, da saúde pública e da educação.

Nessa perspectiva, a noção etimológica do termo vulnerabilidade, remete a sua origem latina, derivada de *vulnus*, que significa “ferida”. Um primeiro conceito elaborado a partir dessa origem é a definição de vulnerabilidade como “susceptibilidade de se ser ferido” (NEVES, 2006, p. 159).

De acordo com a mesma autora, este sentido originário pode assumir diferentes especificações de acordo com os contextos em que é enunciado. Assim, no âmbito da bioética, a noção de vulnerabilidade surgiu com uma significação ética específica,

introduzida no *Relatório Belmont* para classificar de forma particular alguns grupos ditos vulneráveis e, comparativamente às pessoas ou populações ditas não vulneráveis.

Como não há intenção em olhar a vulnerabilidade do ângulo da bioética, mas em geral, o termo denota a expressão de valores e, a qualificação dos adolescentes como pessoas, sujeito de identidades e subjetividades (CAMPILONGO, 1999, p. 66), cuja formação se dá nas formações culturais, resultantes de “formações e práticas discursivas, que se inscrevem nas relações de saber/poder e nos processos de subjetivação, organizados por sistemas de interdições e sujeições que Foucault denominou de tecnologias do si”. E como em qualquer sociedade estas tecnologias se apresentam sob a forma do estabelecimento de uma ética da existência, conforme assevera Campilongo (1999), impõe-se o conhecimento dos princípios éticos que asseguram a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção.

Segundo, portanto, o *Relatório Belmont*, a proteção dos vulneráveis é assegurada pelo cumprimento dos seguintes princípios éticos básicos:

O respeito pelas pessoas (na existência de reconhecimento da autonomia dos indivíduos em geral e de proteção daqueles que possuem uma autonomia diminuída); desse princípio decorre a necessidade de ‘consentimento informado’ (o qual inclui a obrigatoriedade de informação, compreensão e voluntariedade), a beneficência (na exigência de não fazer o mal, maximizar os possíveis benefícios e minimizar possíveis prejuízos) e a justiça (na exigência de ‘equidade na distribuição’) (CAMPILONGO, 1997, p. 160-161).

Partindo desses princípios, a vulnerabilidade deve ser combatida e as pessoas ou grupos populacionais vulneráveis devem ser protegidos. O princípio ético da autonomia pode ser definido como o reconhecimento do direito comum a toda pessoa, para manter suas perspectivas, fazer suas escolhas e decidir agir baseada nos seus valores e crenças pessoais. No caso dos adolescentes, como pessoas em desenvolvimento em todos os seus aspectos, devem ser fornecidas condições efetivas para que ajam autonomamente.

A vulnerabilidade é reconhecida como constitutiva do humano, porque exprime o modo de ser do homem, um traço indelével da condição humana, perspectivada na sua fragilidade perante todas as situações que possam ferir sua integridade. “A condição humana é uma condição de vulnerabilidade”, preceitua Pupo (2005, p. 193), porque mesmo sem consciência desta realidade, o ser humano é exposto, independente de sua vontade e escolha, a uma série de situações, experiências, vivências e condições de maior ou menor risco a variados danos e ameaças a sua vida e ao seu bem-estar. Daí, a

existência do princípio do “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” (UNESCO, 2005).

Revisando alguns estudos que tratam sobre esse tema, depara-se com aproximações acerca do conceito de vulnerabilidade. Wisner (2001), citado por Sánchez (2007, p. 1), ao tratar do conceito de vulnerabilidade sob a perspectiva das pessoas/populações expostas a acidentes naturais, aponta que “a vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo”, ou seja, “a vulnerabilidade está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar”.

Kalipeni (2000), citado por Sánchez (2007, p. 2), menciona Watts e Bohle, que em 1993, desenvolveram uma teoria sobre vulnerabilidade a partir da interseção de três poderes – “*entitlement*, *empowerment* e política econômica” –, na qual *entitlement*, diz respeito ao direito das pessoas; *empowerment*, o empoderamento, ou o poder de tomar uma decisão refere à participação política e institucional das pessoas; e a política econômica, envolve a organização estrutural-histórica da sociedade e suas decorrências. Neste caso, “a vulnerabilidade às doenças e situações adversas da vida distribui-se de maneira diferente segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com a pobreza, com as crises econômicas e com o nível educacional” (SÁNCHEZ, 2007, p. 2).

Silva, Freitas e Lopes (2005, p. 2), também referem à vulnerabilidade como “produzida na conjunção das precárias condições sócio-econômicas, com a impossibilidade de exercer cidadania e suas potencialidades e ainda a fragilidade do vínculo social no âmbito mais nuclear”, ou seja, na família.

Já na definição de Yunes e Szymanski (2001, p. 28), vulnerabilidade é a “susceptibilidade à deteriorização de funcionamento diante de *stress*”. Nesse sentido, para Paulilo e Bello (2002, p. 2), “a vulnerabilidade se associa às diferenças individuais e às formas de lidar com elas associadas às dificuldades ambientais”.

Enunciada a vulnerabilidade como a susceptibilidade ao risco ou a uma situação danosa à vida é apresentada como exprimindo a condição humana na sua universalidade e a caracterização particular de algumas pessoas. As trajetórias das pessoas nada têm de comum e seus destinos não os unem, a não ser na existência vulnerável, conforme se retira dos estudos de Castel (1994). Não se trata de um estado ou condição, mas de uma situação produzida no percurso percorrido pelas pessoas,

podendo estar correlacionada a aspectos físicos, biológicos, psicológicos ou sociais do ser humano.

Nessa perspectiva, Clerget (2004) e Jeolás (2007), dentre outros autores, consideram os adolescentes vulneráveis, devido às características de transição e adaptação desta fase da vida, o que faz da adolescência, um período de grandes mudanças em meio a turbulências e comportamentos inéditos, não que estas mudanças não estejam presentes no desenvolvimento de todos os seres humanos, mesmo adultos, mas esta fase em particular envolve alterações tão profundas e radicais, por associar perturbações biológicas (secreção brutal de hormônios que provocam o impulso do crescimento e a transformação sexuada), sociológicas (a violência, o desemprego, o suicídio, o consumo de drogas, a AIDS, os grupos contratuais²⁴ e as tribos urbanas²⁵ sujeitas a excessos, são colocados em evidência na sociedade e pelos poderes públicos) e psicológicas (uma nova maneira de pensar, sentimentos e desejos inéditos, competências sexuais desconhecidas até então, tensões). Essas mudanças, por vezes, são tão rápidas e acentuadas que em nenhuma outra fase da vida se fazem sentir com tanta intensidade.

A adolescência também é um período de fragilidade, propício à instalação de distúrbios psicopatológicos graves, como é a questão da depressão, “uma doença que afeta o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza” (ABC da Saúde, 2008, p. 1).

Segundo Clerget (2004, p. 15), felizmente, nem todos os adolescentes são afetados por um estado depressivo profundo, porque “o processo da puberdade e o processo depressivo têm muito em comum”. Mas os sintomas são muito variados e, para se fazer um diagnóstico profundo é necessário um grupo de sintomas centrais, tais como: perda de energia ou interesse, humor deprimido, dificuldade de concentração, alteração do apetite e do sono, lentidão nas atividades físicas e mentais, sentimento de pesar ou fracasso. Outros sintomas ainda podem ser observados: pessimismo, dificuldade de tomar decisões, irritabilidade e impaciência, inquietação, desesperança, dentre outros. Também “o tédio, a perda de auto-estima, a vergonha, a introversão, a

²⁴ Em gerações passadas, as relações sociais nos grupos de pares tendiam a reproduzir os modos de socialização dominantes. Raramente se tratava de grupos espontâneos; a maior parte deles contava com a presença de um adulto para regular as interações, constituindo um espaço intermediário entre a família e a esfera pública, a exemplo dos grupos de escoteiros (OLIVEIRA, 2008, p. 26).

²⁵ Caracterizam as manifestações culturais dos jovens de hoje. São agrupamentos com pouca estrutura normativa, marcada pela lógica hedonista (hedonismo = doutrina ética que identifica o bem com o prazer, sensorial, imediato [PÉREZ, 1970, p. 426]) do prazer momentâneo e não-compromissado. Exemplos: *Hip-hop, góticos, punks, clubbers e ravers, skatistas, skinheads* (OLIVEIRA, 2008, p. 24-29).

inércia são sintomas típicos da depressão e ilustram estados d'alma ou as maneira de ser dos adolescentes”, diz o mesmo autor (CLERGET, 2004, p. 15).

Todos estes estados, aliados as manifestações de perda, no plano físico e na dimensão imaginária e simbólica vinculadas ao desaparecimento do corpo da infância, a perda dos pais, a aparição da sexualidade, o rebuliço dos desejos, os encontros e desencontros. Enfim, são muitas situações-limite, as imposições, pressões, tensões, controles, repercutem na identidade dos jovens e os tornam vulneráveis e sempre insatisfeitos e em busca de formas menos estressante de realinhar seu espaço do outro e a rever as dificuldades perante a autoridade parental, a única que lhe foi conferida até então (PASSOS, 2008).

Sob a ótica da vulnerabilidade analisa-se também o curso da AIDS entre os jovens. Segundo Jeolás (2007, p. 138):

A vulnerabilidade dos jovens brasileiros está correlacionada, igualmente, à classe social e à escolaridade, pois as pesquisas têm demonstrado que os índices de conhecimento sobre a AIDS e uso do preservativo aumentam entre os jovens de maior escolaridade e de maior renda familiar. E isso vem ocorrendo porque as informações nem sempre se transformam em comunicação para os adolescentes, ou seja, o que é definido como problema ou risco para pesquisadores e formuladores de políticas públicas pode não ser considerado da mesma forma por eles.

A referida autora fala também de “quão complexo é o imaginário (e as práticas sociais) relacionado à doença e ao risco de infecção pelo HIV/AIDS entre os jovens”. (JEOLÁS, 2007, p. 138). Essa complexidade, ela aponta como composta por uma malha de continuidades e descontinuidades, ambivalências e ambigüidades, tensões e contradições, já apontadas anteriormente. E o resultado diz, é um *sincretismo complexo*, ou seja, a busca de entendimento do risco de contaminação pelo HIV pelos jovens força os educadores, médicos, antropólogos, entre outros especialistas, “a entender a sinergia e contradições inerentes ao processo de se lidar com as representações dos riscos e perigos vividos pelos jovens, bem como aqueles aos quais mais se sujeitam, isto é, àqueles aos quais estão mais vulneráveis” (JEOLÁS, 1999, 219).

Na mesma linha de Watts e Bohle, vistos anteriormente, Mann et al (1993), apresentaram uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS. Para esses autores, “o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia”. É importante “uma estrutura de análise que

incorpore o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social” (SÁNCHEZ, 2007, p. 2).

Ayres et al (1999) no marco conceitual sobre a vulnerabilidade já não enfatizam tanto a determinação individual como fazem Mann e seus colaboradores. Para Ayres e sua equipe, o modelo de vulnerabilidade está conformado a três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade.

Tomando como unidade analítica o indivíduo-coletivo, propõem a sua operacionalização, através da compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, sendo que esta se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os programas de saúde, sua elaboração e aplicação prática; do contexto social ou vulnerabilidade social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES et al, 1999).

Neste caso o conceito de vulnerabilidade, é a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca no sentido de dupla-face, significando o indivíduo e sua relação com o coletivo. Segundo Paulilo e Bello, (2002, p. 3), foi possível, portanto, a partir do modelo de vulnerabilidade proposto por Ayres et al (1999), ultrapassar a visão de que o comportamento seguro em relação à Aids dependia apenas de ações individuais. Indo mais além, pois permitiu que autores como Mann e colaboradores, buscando articular os aspectos envolvidos na contaminação pelo HIV, estabelecessem uma classificação de vulnerabilidade baseada nos três eixos:

- a) Eixo social - inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sócio-política e cultural do indivíduo;
- b) Eixo programático ou institucional - associa-se a programas voltados especificamente para a prevenção, controle e assistência aos portadores de HIV/AIDS;
- c) Eixo individual - refere-se ao acesso a recursos que possibilitam a adoção de comportamentos seguros ou, ao contrário, que possibilitem a infecção pelo HIV (PAULILO; BELLO, 2002, p. 3).

O eixo individual está relacionado com os eixos social e programático, o que significa que associados à pobreza, outros fatores como as mudanças provocadas pelo momento de transição entre a adolescência e a vida adulta contribuem para potencializar uma maior suscetibilidade do jovem ao risco.

Os jovens, portanto, são naturalmente vulneráveis pelas características intrínsecas à idade. Com relação à escolaridade, Silva, Freitas e Lopes (2005), chamam a atenção para o aumento da incidência de AIDS tanto em homens quanto em mulheres com até oito anos de escolaridade. Indicadores de baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Só no ano de 2000 foram estimadas 17.198 gestantes, com idades de 15 a 34 anos infectadas pelo HIV, conforme dados do CEBRAP (2000).

A tendência atual é a superação do caráter individualizante e probabilístico da idéia de risco, dando lugar à nova construção do conceito de vulnerabilidade, que passa a ser entendida como “um grau de exposição a quaisquer fenômenos que atravessam os indivíduos (AIDS, gravidez na adolescência, drogas, violência, acidentes, etc.), sem, contudo, serem unicamente gerados pelos próprios indivíduos”, ou seja, vulnerabilidade é apontada “como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos” (SÁNCHEZ, 2007, p. 15). Este conceito, também leva em consideração aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas, diz a mesma autora.

Assim, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade devem ser entendidos como relacionados a condições objetivas do meio natural e social em que acontecem esses comportamentos, ao grau de consciência que estes indivíduos têm sobre tais comportamentos e condições objetivas e ao efetivo poder de transformação de comportamentos valendo-se dessas consciências, ou seja, da capacidade dos indivíduos superarem os fatores de risco a que estão expostos, chamados de resiliência (AYRES, 2002, p. 18).

É importante ressaltar que estudo realizado por Bizarro e Silva (1998), apontou duas fases da adolescência que poderão ser consideradas de maior vulnerabilidade para alterações ao bem-estar psicológico e, conseqüentemente, de maior risco.

Uma das fases indicadas é a fase do meio da adolescência, ou intermediária, que segundo alguns autores situa-se entre os 14 e 17 anos de idade. As exigências de desenvolvimento e de adaptação associadas a esta fase parecem colocar maiores

dificuldades aos jovens. Esta fase é considerada o núcleo da adolescência por ser um período onde estão mais acentuadamente presentes as questões centrais para os adolescentes, como a procura da autonomia e independência, a formação de grupos e o estabelecimento de relações mais fortes com seus pares, as adaptações ao meio, os encontros e desencontros amorosos, as escolhas vocacionais, dentre outras. Significa que a entrada do adolescente nesta fase reflete-se em uma maior alteração do bem-estar psicológico, sendo por isso um período de maior risco.

A outra fase diz respeito ao final da adolescência, na qual continua a verificar-se uma tendência para dificuldades, traduzida também em mais baixos níveis de bem-estar psicológico (BIZARRO; SILVA, 1998).

Em relação à variável sexo, as meninas parecem vivenciar a sua adolescência com índices de menor bem-estar do que os rapazes, estando sujeitas a maior risco para o aparecimento de problemas psicológicos, emocionais e estresses, oriundos de medos, angústias com situações de violência intrafamiliar vividas, principalmente quando a/o adolescente revela sua orientação sexual por pessoas do mesmo sexo ou pela pessoa de seus responsáveis, dentre outras situações. A violência e a opressão dentro de casa podem levar o adolescente ao “desenvolvimento de depressão, ansiedade, insegurança, baixa auto-estima e, até mesmo, algum grau de fobia, além de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio” (BIZARRO; SILVA, 1998, p. 5). Além disso, deve-se considerar que o nível sócio-econômico, também afeta, o bem-estar psicológico dos adolescentes, uma vez que o bem-estar diminui consoante o nível sócio-econômico baixa.

Mas, sempre é importante ter presente que quem bate para ensinar, ensina a bater. A família também é responsável pelo não respeito à diversidade. Ela é um elemento fundante nesta construção, servindo como elo referencial para a existência humana. Cabe à família por meio do diálogo e do respeito à subjetividade dos filhos, permitir o desenvolvimento da auto-estima, da liberdade, da educação e do prazer pela vida e pelo respeito ao próprio corpo. Neste contexto, “a família, pela sua importância no campo de socialização do adolescente, é um veículo muito importante para a estruturação psíquica e emocional e para formação de sua sexualidade” (BITTENCOURT, 2008, p. 2).

Segundo Fialho (2008, p. 95), “para o adolescente, a vulnerabilidade tem a ver com maior ou menor acesso à informação, à escola, à assistência médica e a todas as políticas públicas voltadas para a saúde e bem-estar dessa população”. Ressalta a

mesma autora, que a vulnerabilidade dos adolescentes brasileiros à AIDS, já foi comprovada pelo Programa Nacional de DST/AIDS que revelou a existência de 55.060 infectados de 0 a 24 anos, representando 15,2% dos casos notificados no período de 1980 a 2004, sendo que na faixa etária dos 13 a 24 anos, a via sexual foi a principal forma de transmissão (2008, p. 94-95).

O aumento do número de casos de AIDS em adolescentes é um desafio para o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e Educação, bem como para a sociedade civil, conforme já mencionado. Pois, embora se saiba atualmente que todas as pessoas estão em risco de contrair uma DST/HIV-Aids, a grande diferença é o quanto cada pessoa está vulnerável a contrair uma DST/HIV-AIDS. E os adolescentes, pelas suas características de seres humanos em desenvolvimento, como já ficou evidenciado neste estudo, são altamente vulneráveis por estarem expostos a um leque de possibilidade e opções de experimentações, e, como se verá mais adiante, favorecem a infecção por HIV.

Mas, o que é HIV/AIDS? Qual a patogênese dessa infecção? Quais seus antecedentes? Quais as características da adolescência que favorecem a AIDS? Como se dá o cuidado de si e o cuidado clínico dos adolescentes com AIDS? Estas são algumas das questões dentro da temática da AIDS e, que serão focos de estudo nesta seção, porque além das pesquisas já mencionadas, várias outras, realizadas em diversos países, tem demonstrado a crescente ocorrência de AIDS entre os adolescentes, sendo que atualmente as taxas de novas infecções são maiores entre a população jovem (BIBLIOMED, 2003). De acordo com essa ordem, a seguir, estuda-se o conceito de AIDS, a patogênese da infecção pelo HIV, os antecedentes, as características dos adolescentes que favorecem a infecção pelo HIV, e o cuidado de si e clínico dos adolescentes com AIDS.

a) Conceito de Aids

As doenças de transmissão sexual, isto é, através das relações sexuais, são quase sempre graves, como qualquer infecção, se não se tratam a tempo. Algumas delas são bastante graves, como por exemplo, a AIDS, para a qual não existe cura até ao momento.

AIDS tem como sinônimo, SIDA, Síndrome²⁶ da Imunodeficiência Adquirida, HIV. O HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) ou vírus da imunodeficiência humana, apresenta 2 subtipos conhecidos, o HIV-1 e o HIV-2 (KILBY; SAAG, 1999, p. 17).

A SIDA, síndrome da imunodeficiência adquirida, é a designação para várias doenças que anulam ou modificam a defesa imunológica da pessoa, isto é, ao contrair uma ou mais dessas doenças o organismo perde a capacidade de recuperação. A AIDS desenvolve-se através da infecção do vírus HIV, através do contato sexual, sanguíneo e mãe/feto.

O vírus compromete o funcionamento do sistema imunológico humano, impedindo-o de executar sua tarefa adequadamente, que é a de protegê-lo contra as agressões externas (por bactérias, outros vírus, parasitas e mesmo por células cancerígenas). Com a progressiva lesão do sistema imunológico o organismo humano se torna cada vez mais susceptível a determinadas infecções e tumores, conhecidas como doenças oportunistas, que acabam por levar o doente à morte (KILBY; SAAG, 1999).

Não se pretende analisar o conceito de Aids do ponto de vista científico ou médico, porque a história da AIDS foi escrita, e ainda o é, simultaneamente por médicos, cientistas, sociólogos e antropólogos, dentre outros especialistas, passa-se à descrição da patogênese da infecção pelo HIV.

b) Patogênese da infecção pelo HIV

De acordo com Kilby e Saag (1999, p. 13), “o vírus da imunodeficiência humana – tipo 1 (HIV-1) é um retrovírus²⁷ que infecta as células humanas que

²⁶ Diz respeito a uma variedade de sintomas e manifestações.

²⁷ Os retrovírus formam o grupo dos primeiros vírus (organismos acelulares que contêm um pequeno material genético – DNA ou RNA e uma cápsula de proteínas para protegê-lo) estudados e conhecidos, há cerca de 90 anos. Mas, só foram bem esclarecidos por volta das décadas de 60 e 70 com a descoberta da enzima transcriptase reversa, DNA proviral em células germinativas e dos oncogenes relacionados aos retrovírus. A molécula de DNA (ácido desoxirribonucléico – ADN – foi descoberto pelo cientista suíço Johann Friedrich Miescher, no séc. XIX) é composta por uma fita dupla de nucleotídeos. Existem quatro subunidades de nucleotídeos, e as duas cadeias unem-se através de pontes de hidrogênio entre as bases hidrogenadas dos nucleotídeos. Após essas descobertas, esse vírus foi classificado na família *Retroviridae*, que é dividida em 3 subfamílias: *Oncoviridae*, *Lentivirinae*, *Spumavirinae*. O genoma viral é constituído de duas moléculas de DNA de fita simples, ligadas entre si. A fita dupla permite uma maior taxa de recombinação gênica, características do retrovírus. Morfologicamente são vírus muito parecidos entre si, medem de 80 a 140 nm de diâmetro e são compostos de proteínas, RNA (formado pelo ácido ribonucléico) e lipídios da membrana. A principal característica deste vírus (ciclo reprodutivo) é a enzima transcriptase reversa, que produz DNA a partir de uma molécula de RNA. O vírus reconhece a superfície da célula e se funde com a membrana plasmática, podendo ocorrer também endocitose. Após a penetração do nucleocapsídeo viral, ocorre a transcrição reversa do RNA do vírus em DNA viral. Esse processo ocorre cerca de uma hora após a infecção da célula. O DNA formado não é uma transcrição precisa, pois possui

possuem o marcador de superfície CD4 e causa, normalmente, ao longo de muitos anos, uma perda gradual de função imune”.

Segundo ainda os mesmos autores, o HIV-1 apresenta as seguintes características gerais: é um dos inúmeros retrovírus humanos. O HIV-2, um vírus relacionado, que é uma causa importante de AIDS nas áreas da África ocidental, é transmitido de uma maneira semelhante à do HIV-1, apesar de ser geralmente menos virulento. Conforme os mencionados autores, os vírus linfotrópicos humanos das células T I e II (HTLV-I e HTLV-II) não causam AIDS, mas podem estar associados com neoplasias raras e alterações neurológicas em humanos (KILBY; SAAG, 1999).

Segundo Wohl e Horst (1999, p. 24), “a infecção primária pelo HIV pode ser sintomática em 50 a 90% de pessoas após exposição inicial ao HIV”, as manifestações clínicas associadas à aquisição de HIV, normalmente são descritas como similar à gripe (febre, mal-estar e dores no corpo) e, acontece de duas a quatro semanas após a infecção, coincidindo com disseminação ou fase aguda do retrovírus. Os sintomas persistem por mais de quatro semanas e podem estar acompanhados de manchas vermelhas pelo corpo e adenopatia (íngua) generalizada (em diferentes locais do organismo). A fase aguda da doença pode ser confundida com outras viroses (gripe, mononucleose, etc.), bem como pode também passar despercebida.

Portanto, os sintomas da fase aguda são inespecíficos e comuns a várias doenças, não permitindo por si só o diagnóstico de infecção pelo HIV, o qual somente pode ser confirmado pelo teste anti-HIV, o qual deve ser feito após 90 dias (3 meses) da data da exposição ou provável contaminação.

De acordo com Kilby e Sagg (1999), as enzimas virais importantes – **transcriptase reversa** (RT), *protease* e *integrase* – estão contidas nos vírion e são os principais alvos das drogas anti-retrovirais existentes. Na explicação destes autores:

[...] A maioria das terapias anti-retrovirais usadas atualmente (*zidovudina* ou **ZDV**, *didanosina* ou **ddl**, *zalcitabina* ou **ddC**, *stavudina* ou **D4T** e *lamivudina* ou **3TC**) é análoga ao nucleosídeo que, competitivamente, inibe a atividade da RT. [...] A regulação gênica da transcrição proviral envolve a inter-relação

um alongamento de 500 a 600 bases, provenientes de seqüências adicionais. O DNA viral migra para o núcleo da célula e se integra com o DNA celular, ocorrendo modificações em ambos os códigos genéticos. Começa a transcrição deste DNA em RNA viral, a partir do sistema de transcrição da célula. Proteínas também são produzidas e algumas moléculas de RNA são empacotadas, originando centenas de novos vírus. Esses vírus sofrem constantes mutações, fazendo com que fiquem cada vez mais difíceis de serem combatidos. Um dos tipos mais conhecidos de retrovírus é o HIV, que por infectar seres humanos ataca os linfócitos T do sangue (OLIVEIRA, 1994).

complexa entre os sinais virais e celulares. Por exemplo, o **tat** (o outro gene regulatório principal) liga-se em um sítio específico do provírus e regula a transcrição do HIV, enquanto citocinas do hospedeiro, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa), estimula passos, levando ao aumento da expressão de fatores que ativam a imunidade celular, que, por sua vez, regulam a replicação do HIV (KILBY; SAGG, 1999, p. 19) [grifos dos autores].

Estes autores também consideram que a incidência da infecção pelo HIV estar aumentando entre os adolescentes, especialmente nas minorias. Esta população representa um desafio ao provedor de saúde por ser “uma população difícil de ser abordada e arrolada em estudos clínicos; o consentimento e a confidencialidade são complicados, além de poucos dados clínicos estarem disponíveis no tratamento do adolescente infectado pelo HIV” (TEBAS; HORGAN; POWDERLY, 1999, p. 42). Todavia, quanto à educação enfatizam “a necessidade do uso do preservativo e da redução no número de parceiros sexuais”, sendo ela “especialmente importante nesse grupo para prevenir a transmissão da infecção. Uma combinação de cuidados de saúde para o adolescente pode ajudar no aumento da aderência aos programas específicos” (TEBAS; HORGAN; POWDERLY, 1999, p. 42-43).

No que tange a avaliação psiquiátrica, os mesmos autores consideram uma parte intrínseca dos cuidados primários de qualquer indivíduo infectado pelo HIV. Pois, a infecção pelo HIV esta freqüentemente associada a manifestações psiquiátricas, sendo os problemas mais freqüentes: a depressão, que afeta 20% dos pacientes infectados pelo HIV e deve ser suspeitado em indivíduos com humor diminuído, interesse diminuído em atividades do dia-a-dia, perda de peso, agitação ou retardamento motor, distúrbios de sono, sentimentos de culpa ou desvalorização; transtornos bipolares com mania; transtornos generalizados de ansiedade/pânico; insônia; transtornos do humor e de personalidade; indivíduos que abusam de substâncias; doença orgânica cerebral/demência (TEBAS; HORGAN; POWDERLY, 1999).

c) **Antecedentes**

De acordo com Cruz e Abadia-Barrero (2005, p. 16), “desde a década de 1980, já se reportavam casos de crianças que estavam nascendo com HIV [...]. A principal via de infecção das crianças continua sendo a transmissão vertical, isto é, de mãe para filho durante a gestação ou no parto”.

Estas autoras ressaltam que a maioria das crianças e dos adolescentes brasileiros que vivem com HIV tem se infectado via transmissão vertical. E reportam a um estudo realizado na cidade de Porto Alegre (RS), por Doring, França Júnior e Stella (2003 apud CRUZ; ABADIA-BARRERO, 2005, p. 17) que “[...] apontou que 43,6% dos adultos falecidos em decorrência da AIDS tinham deixado 1.134 órfãos de pai, mãe ou ambos. A cada 100 óbitos, surgiram 87,8% órfãos em Porto Alegre”.

Desde 1996, no entanto, vem sendo desenvolvido o “coquetel de medicamentos” antiretrovirais, através do qual tem se obtido um maior controle da doença, da perspectiva das instituições médicas e das experiências de vida de crianças e adultos vivendo com HIV/AIDS. Segundo o Ministério da Saúde (2002), o uso desses medicamentos aumentou a expectativa de vida e, desde esse ano, as mortes e as doenças ocasionadas pela AIDS têm diminuído significativamente no Brasil.

Estudos posteriores, no entanto, vêm alertando para o avanço da AIDS entre adolescentes. Pesquisa divulgada institucional, divulgada por Campbell (2003), evidencia que de janeiro a setembro, 226 jovens de 13 a 19 anos foram infectados pelo HIV no país, sendo que 19% são meninos e 81% meninas. Outro estudo mais recente, de abril de 2008, ressalta que o número de adolescentes contagiados com o vírus da AIDS vem aumentando em todo o Brasil, estando a maior incidência entre as jovens devido à dificuldade de aceitação pelo parceiro ao uso do preservativo, na maioria das vezes, o marido ou namorado. Isto faz com que o perfil da epidemia da AIDS aponte para a juvenilização, feminização e interiorização da doença que vem crescendo entre os heterossexuais, mas do que entre bissexuais e homossexuais, conforme o coordenador de doenças transmissíveis, conforme George Cavalcante, citado por Rodrigues (2008).

Esses dados vêm preocupando não só os órgãos de Saúde Pública, como também os profissionais de saúde, pais, professores, sociólogos, médicos e antropólogos, e, cada vez mais a sexualidade e a vulnerabilidade dos jovens tem motivado pesquisas, discussão e debates, não apenas na sociedade brasileira. Segundo Suplicy et al (1995), a Aids é uma epidemia mundial e seu combate só será possível através de um trabalho de prevenção e conscientização da necessidade de se mudar comportamentos sexuais até agora aceitos como corretos.

Segundo estes autores, a população, principalmente os adolescentes necessitam ser esclarecidos de que o vírus da AIDS não está mais circunscrito aos

chamados grupos de risco, mas envolve a todos, independente de classe social, raça, sexo, idade, religião, qualquer indivíduo que não se proteja adequadamente em seus relacionamentos sexuais é suscetível da doença.

Os mesmos autores referem aos obstáculos culturais e emocionais que ainda dificultam o trabalho de prevenção da AIDS e das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), ressaltando a existência entre os adolescentes de um sentimento de onipotência, próprio deles e que os levam a imaginar que com eles “nunca vai acontecer” e que estão imunes a qualquer perigo. “Assim eles se colocam diante do HIV, acreditando que não pegam AIDS e, portanto, não são necessários comportamentos preventivos como o uso da camisinha [...]” (SUPLICY et al, 1995, p. 86).

Reyna e Farley (2008, p. 67), chamam a atenção para o mesmo fato, quando falam que “estudos têm contestado invariavelmente a crença predominante de que os jovens se consideram mais invulneráveis que os adultos”. Todavia, afirmam que, “quando se trata de risco, pesquisas dos últimos cinco anos indicam que os adolescentes costumam na verdade *superestimar* – em vez de subestimar – os riscos reais de possíveis ações”. (2008, p. 67), [grifo dos autores]. E ilustram com um de 2002, conduzido por Susan Millstein e Bonnie Halpern-Felsher, da Universidade da Califórnia em São Francisco, que:

[...] revelou que os adolescentes têm mais chances de que os adultos de superestimar riscos, incluindo eventos de baixa probabilidade (como terremotos e a transmissão do HIV por sexo sem proteção) e de alta probabilidade (por exemplo, contrair doenças sexualmente transmissíveis, como gonorréia ou clamídia) (REYNA; FARLEY, 2008, p. 67).

Para estes autores, alguns jovens, à medida que vão escapando incólumes de ações perigosas, passam a se sentir estimulados pelos riscos, o que amplia as possibilidades de causar danos a si e a terceiros.

Ao lado disso, a sociedade está convivendo com a realidade de uma iniciação sexual cada vez mais precoce entre os jovens. Conforme visto anteriormente, há uma tendência na diminuição da idade da primeira relação sexual, o que é apontado também por Camargo e Botelho (2007, p. 3), que falam: “a média de idade da primeira relação sexual com penetração, no Brasil, estimada a partir das declarações de respondentes com faixa etária de 16 a 19 anos, é de 14,4 anos para os adolescentes e de 15,2 anos para as adolescentes”.

Estes autores também afirmam que “a pobreza, a violência, a exploração sexual e a dificuldade de acesso aos cuidados com a saúde aumentam bastante a vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV”. Segundo eles, as estatísticas também apontam que “entre os brasileiros de 16 a 25 anos, somente 52,8% dos homens e 35,4% das mulheres declararam utilizar sistematicamente o preservativo” (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p. 3).

Para Clerget (2004), as relações sexuais não protegidas são também uma forma, não rara de condutas arriscadas entre os adolescentes. Nestes casos, este autor distingue dois tipos de risco, bem diferentes: a gravidez precoce e a doença sexualmente transmissível.

Talvez isto ocorra porque, a descoberta dos antibióticos em meados do século XX, liberou a sexualidade do perigo de morte apresentado por doenças como a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis descritas desde a Antigüidade. Entretanto, em sua argumentação, a liberdade foi de curta duração. Com o aparecimento da AIDS, a sexualidade não protegida se tornou uma conduta potencialmente mortal. Esse fato não foi assimilado pelos jovens, que apesar das campanhas de informação, fazem uso aleatório do preservativo (CLERGET, 2004).

Nesse campo, há paradoxos de difícil entendimento, diz o mesmo autor:

[...] um estudo americano mostrou que os jovens mais preocupados com a Aids são os que se arriscam mais nesse campo. Todas as variações da consciência do risco são possíveis. Da simples aparente negligência, passando pela excitação que faz esquecer a prevenção, até o risco voluntário. Como se correr o risco fosse uma tentativa de controlar a angústia (CLERGET, 2004, p. 151).

Camargo e Botelho (2007, p. 3), esclarecem um pouco essas contradições e tensões existentes entre os jovens, quando falam que estudos também “mostram que o uso do preservativo é um comportamento complexo que envolve tanto valores como aspectos afetivos e sexuais”. E consideram que um dos grandes obstáculos da ação preventiva em muitos países, inclusive no Brasil, é o fato das políticas públicas não levarem em conta a cultura sexual das populações e sub-populações focalizadas. Também evidenciam que em muitos países foram desenvolvidos dois modelos de prevenção da AIDS meio escolar, gerando a confusão no imaginário adolescente, já que alguns programas passam crenças e avaliações relativas ao objeto AIDS, como será visto posteriormente.

O que vem ocorrendo entre os jovens, parece ser a falta de informação que potencializam o risco. Há jovens que fazem com frequência o teste de HIV, “esse é o caso de Ralph, 19 anos”, é garçom e a cada três meses ele faz o teste de HIV. Ralph como outros adolescentes, sente tensão e emoção ao ir a um laboratório anônimo e, o anúncio de sua soronegatividade é acolhido com uma alegria semelhante a ganhar em um jogo de azar. O resultado negativo do teste é motivo para dar uma festa para os amigos e, uma prova reiterada de que a sorte lhe é favorável. Em casos como este, os jovens consideram que têm “pé quente” (CLERGET, 2004, p. 152).

É justamente aí que reside o risco do contágio. Na medida em que quase metade de novos casos de infecção pelo vírus da AIDS está entre os jovens de menos de 25 anos e, no mundo, estatisticamente, cinco adolescentes, a cada minuto, são infectados, é porque os jovens contradizem a lógica da segurança como sinônimo de progresso, defendida e modo geral pelos países do Ocidente. Se existe contradição entre a busca de segurança para o indivíduo, tornada universal pela medicina e a Previdência Social e o risco vivido pelas populações jovens, é porque se arriscar para os jovens tem significados e funções múltiplas. Concorre para isso, o caráter impetuoso dos adolescentes, suas explosões, sua turbulência e a versatilidade de seu humor a favorecer as ações impulsivas (CLERGET, 2004, p. 152).

De outra parte, ainda há inúmeras dúvidas – familiares, amigos, serviços de saúde, escolas, comunidade – quanto ao que seja o melhor em termos de cuidados com as crianças e os adolescentes, para que se possa ajudá-los no seu desenvolvimento e prepará-los para o futuro. “Não existem protocolos para as necessidades afetivas, educativas e sociais voltados para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, e pouco consenso há do que seja melhor para eles”, asseveram Cruz e Abadia-Barrero (2005, p. 18).

O medo do estigma e da discriminação faz adiar a revelação diagnóstica para si e para os outros, e impacta o acesso ao cuidado com a saúde e outros âmbitos da vida: a formação educacional, a afetividade, a sexualidade e a socialização (UNICEF/CNDST/AIDS, 2004).

Assim, ainda persiste como desafio, a construção de respostas às necessidades individuais, coletivas e sociais dos adolescentes.

d) Características dos adolescentes que favorecem a infecção pelo HIV

A adolescência representa um período de crise, na qual o adolescente tenta se integrar a uma sociedade que também está passando por intensas modificações e que exige muito dele. O jovem se vê frente à grande leque de possibilidade e opções, quer explorar e experimentar tudo a sua volta. Algumas dessas transformações e dificuldades que a juventude enfrenta, estão relacionadas à sexualidade, bem como ao abuso de drogas ilícitas, aumentando as chances dos adolescentes adquirirem a infecção pelo HIV (FIALHO, 2008).

Considerando que a maioria dos doentes de AIDS está na faixa dos 20 anos, conforme ficou demonstrado pelos estudos apresentado, pode-se concluir que a grande parte das infecções acontece no período da adolescência, uma vez que a doença pode ficar assintomática por longo período.

Sendo a adolescência um período de vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações físicas, psicológicas e sociais, existem, portanto, algumas características comportamentais, sócio-econômicas e biológicas que fazem com que os jovens sejam propensos à infecção pelo HIV.

Dentre as características comportamentais, destaca-se a sexualidade entre os adolescentes. Segundo Fialho (2008, p. 92), “a vida sexual dos adolescentes [...] os torna vulneráveis as DSTs; informações e acompanhamento clínico são fundamentais para ajudá-los a lidar com fantasias e dúvidas a respeito da sexualidade e do corpo em mutação”.

Nas atividades sexuais, que geralmente se iniciam cedo (aos 13/14 anos), cerca de 47,2% dos rapazes e 64,6% das moças não usam sistematicamente o preservativo (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p. 3). Muitas vezes, a não utilização dos preservativos está relacionada ao abuso do álcool e outras drogas, os quais favorecem a prática do sexo inseguro. Outras vezes, os jovens não usam o preservativo durante o namoro, porque o seu uso pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal, ou porque o namorado não permite, apesar de no mundo de hoje, o uso de preservativo nas relações poderia significar uma prova de amor e proteção para com o outro. Mas, observa-se o contrário muitas jovens abrem mão do preservativo por medo de serem abandonadas ou maltratadas por seus parceiros. Por outro lado, o fato de estar apaixonado faz com que o jovem crie uma

imagem falsa de segurança, negando os riscos inerentes ao não uso do preservativo.

Outro fator importante e que atua sobre o comportamento dos jovens é o grande apelo erótico veiculado pelos meios de comunicação. Os jovens, que já vivem o despertar brutal do desejo sexual e a possibilidade de relações sexuais do tipo adulto, são bombardeados por mensagens e apelos sexuais freqüentemente direcionados a eles. A televisão informa e forma opinião, unifica padrões de comportamento, independente da tradição cultural, colocando o jovem frente a uma educação sexual informal que propaga o sexo como algo não planejado e comum, como a dizer que todo mundo faz sexo, mas poucos adoecem (CLERGET, 2004).

As conseqüências do sexo não planejado não apontadas, e, por isso, muitas vezes também não são lembradas pelos jovens. Os jovens têm pouco acesso às informações sobre doenças sexualmente transmissíveis e sobre o planejamento familiar. Boa parte dos adolescentes obtém as informações sobre o sexo de colegas e amigos, cujas opiniões, na maioria das vezes, são distorcidas e baseadas em mitos e preconceitos, como, por exemplo, de que o uso do preservativo poderia dificultar a ereção e o desempenho sexual.

O interesse pela moda aparece ou se reforça na adolescência. “As bijuterias, ou recentemente, o *piercing* são aparatos de sedução. Suas funções são ao mesmo tempo rituais, estéticas e eróticas” (CLERGET, 2004, p. 239). A AIDS “pode ser contraída durante a colocação de brincos e *piercings* e a aplicação de tatuagens, em conseqüência do uso comum de equipamentos contaminados”, afirma Fialho (2008, p. 93).

Segundo Hoffman, Chabon e Futterman (2000), alguns fatores biológicos contribuem para o aumento da infecção entre mulheres jovens. Dentre estes fatores, eles destacam em primeiro lugar, o fato delas possuírem células imaturas dentro da cavidade vaginal e no colo do útero que não impedem a infecção, como nas mulheres mais velhas. Em segundo lugar, os homens possuem uma grande capacidade de transmitir doenças sexualmente transmissíveis, o que por sua vez, facilita a infecção pelo HIV. Por fim, as mulheres possuem um grande número de DSTs assintomáticas (gonorréia [em 30% a 80% das mulheres], úlceras genitais, corrimentos vaginais, verrugas genitais [contágio pelo vírus HPV], infecção por clamídia [em 85 milhões de mulheres e 40% dos homens], dentre outras), o que faz com que grande parte dessas infecções não sejam tratadas e, dessa maneira, aumentam as

chances de contrair o HIV (BIBLIOMED, 2003; JUDSON, 1990). As mulheres com infecções por clamídia ou gonorréia freqüentemente não são diagnosticadas até que surjam complicações, tais como a doença inflamatória pélvica (DIP). Além disso, quando existe suspeita de DST, elas são mais difíceis de serem diagnosticadas em mulheres porque a anatomia do trato genital torna o exame clínico mais complicado. (ARAL; GUINAN, 1984).

e) Cuidado de si e cuidado clínico dos adolescentes com Aids

O cuidado de si, a que se quer referir, é ao cuidado que o adolescente deve ter com o seu corpo e mente, ou seja, com sua saúde física e mental, e a proteção que a família, a escola, o médico proporcionam aos jovens no legítimo alcance do cuidado de si. A questão que surge aqui é: quais são os cuidados que o adolescente deve dispensar para si para não ser contaminado pelo HIV/AIDS? Mas, a pergunta mais importante talvez seja: o que significa o cuidado de si? Este é o núcleo ético-pedagógico e médico ao qual se quer referir, o cuidado de si mesmo, como colocado por Dalbosco (2006, p. 29-30), “como condição de possibilidade de uma sociabilidade cooperativa e solidária do ser humano consigo mesmo e com os demais”, com o foco nos adolescentes.

Assim, busca-se chegar ao valor dos cuidados de si mesmo como uma nova aspiração da humanidade dos indivíduos que, ameaçados pelas técnicas, por consciência do ambiente, têm aumentado a sua consciência de responsabilidade e ampliados os direitos, que incluem obrigações coletivas, justiça social e cuidado de si representado pelo bom senso, a honestidade, direitos e deveres individuais (HALLAL, 1998). Pois, segundo Clerget (2004, p. 153), “na adolescência, (o menino para quebrar a tutela dos pais sobre ele) para emancipar-se verdadeiramente, é necessário recuperar o fogo do Olimpo – esse poder divino de vida ou morte sobre si mesmo”.

Clerget (2004, p. 153), acredita que entre as meninas, “correr riscos sexuais no quadro de uma sexualidade não protegida esconde, por vezes, a vontade inconsciente de dar a vida”. Ele visualiza, sobretudo no sexo feminino, que há sempre “o desejo de se outorgar esse divino poder materno”.

Nessa perspectiva, para alcançar e transmitir o que é o cuidado de si e o que exige de cada um para desenvolver uma cultura de si, recua-se com Foucault (1984, 1985), da sociedade moderna à antiga para entender esse cuidado, a partir do que

ele chamou de “artes da existência” e os cuidados com “o corpo”, dentre outras atitudes do indivíduo em relação a si mesmo (que serão apresentadas à discussão no capítulo 2 – A intervenção educativa), mostrando o quanto era manifestado o interesse no campo médico, sua proximidade com a filosofia e o reconhecimento da medicina como prática de interesse público.

As “artes da existência”, segundo Foucault (1984, p. 15), seriam:

[...] práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de valores estéticos e responda a certos critérios de estilo.

Na cultura grega e greco-romana, o espaço de constituição do sujeito, de subjetivação, era uma esfera que enfatizava a liberdade e a produção de si mesmo, ao contrário do que havia ocorrido com o advento da Modernidade. Nesta a produção do sujeito atrelou-se, predominantemente, aos códigos e às normas. Foucault (1984) abre espaço para focalizar o “nós hoje”, para discutir os modos de existência do homem atual, suas possibilidades de vida ou processos de subjetivação e, se existem maneiras dele se constituir como “si”.

A partir da distinção entre alma e corpo, assumida na filosofia ocidental, predominou durante longo tempo o monopólio da alma em relação ao corpo, isto é, os valores espirituais sobrepujavam os materiais. Atualmente, com a supremacia do culto ao corpo em detrimento dos valores da alma, há uma inversão de valores. A superficialidade e o vazio culturais crescem, à medida que se ampliam a sociedade de consumo e seus interesses mercadológicos, atingindo todas as dimensões da vida humana, inclusive os cuidados dispensados à sua conservação saudável e feliz.

Perspectivada, então, a necessidade do desenvolvimento do “cuidado de si” por todos os indivíduos, neste estudo, se atém à população jovem, porque muito de sua vulnerabilidade tem a ver, conforme já colocado, não somente com as modificações biológicas, psicológicas e sociais, mas também com o maior ou o menor acesso à informação, à escola, à assistência médica e às políticas públicas, voltadas para a sua saúde e bem-estar e, a proteção negligenciada na área da sexualidade e da prevenção na questão da AIDS, das DSTs e da gravidez, tendo em vista o conhecimento utilizado pelos adolescentes, pois muitos deles ainda fazem uso irregular do preservativo ou não o utilizam.

Por isso, recorre-se aqui ao conceito de “cuidado de si”, de Sócrates, o mais sábio dos homens da Antigüidade, reconstruído por Platão, um filósofo que luta contra a decadência política pela educação do homem, considerando que “a tarefa primeira da educação é a humanização” e, que “educar um homem implica ajudá-lo a tornar-se humano” (TEIXEIRA, 1999, p. 24-25).

Para Sócrates cuidado era designado como “*epimeléia*” (EIZIRIK, 1997, p. 36). O conceito de “cuidado de si”, extraído de Sócrates, é como um modo genuíno de o ser humano enfrentar seu processo de socialização mediante o governo de si mesmo, das coisas dos outros. O que significa que na abordagem socrática o “cuidado de si”, deve ser pensado na ordem do conhecimento, do cultivo dos bens da alma e que através da vida contemplativa.

De acordo com a mesma autora, no *Alcebiades* de Platão, as noções de *cuidado de si* e *conhecimento de si* são praticamente a mesma coisa. “Se conhecer a si mesmo é cuidar de si, é promover um melhoramento de si” (EIZIRIK, 1997, p. 38), [grifos da autora].

Para Sócrates, a vida feliz é a do homem que tende para o inteligível e não cede à fascinação do sensível. A felicidade, portanto, consiste num misto de prazer com inteligência e discernimento – aceitar viver com sabedoria, inteligência e conhecimento de todas as coisas, sem ser insensível a tudo o que o cerca. A felicidade está também em participar, compartilhar com os outros, ninguém é feliz sozinho. Mas, o mais feliz dos homens é o que consegue afastar a idéia de que o prazer é o único bem. Daí, Platão, procurar estabelecer o equilíbrio das duas realidades humanas, o prazer sensível corporal e a alma inteligível racional (TEIXEIRA, 1999).

A educação do homem para o cuidado de si, não está a cargo apenas do Estado, ou da família e dos mestres. Foucault (1984, 1985) que trata desta questão, a partir de textos filosóficos e médicos selecionados, apresenta a especificidade dessa cultura de si, e, com o olhar na medicina, interpreta os cuidados que todos deveriam ter com o corpo:

A medicina não era concebida simplesmente como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Ela também devia, sob a forma de um *corpus* de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividades e com o meio. A medicina teria a propor, sob a forma de um

regime, uma estrutura voluntária e racional de conduta. [...] (FOUCAULT, 1985, p. 106).

A medicina na sociedade grega auxiliava o Estado na educação dos jovens, pois o ideal educativo, particularmente em Esparta, subordina a conduta humana pessoal à idealizada pela coletividade política. O Estado assumia a educação do indivíduo, dos 7 aos 20 anos (TEIXEIRA, 1999). Mas, o conhecimento médico ditava a cada instante o bom regime da vida, porque entre os gregos, se considerava que uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma “prática de saúde”, permanente, permitindo a cada instante saber o que e como fazer (FOUCAULT, 1985, p. 107).

O quadro geral dos ensinamentos para a vida cotidiana, praticados pelos gregos, é encontrado nas cartas de Sêneca²⁸ ou na correspondência entre o imperador Marco Aurélio e Frontão²⁹, testemunham esse modo de atenção a si e ao próprio corpo. Os temas da dietética grega foram desenvolvidos, detalhados e aprimorados, mas os princípios gerais mantiveram-se os mesmos desde a época clássica. Eles evidenciam que o homem é fortemente marcado pela solicitude para com o corpo, a saúde, o meio e as circunstâncias, que a medicina coloca a questão dos prazeres sexuais: “de sua natureza e de seu mecanismo, de seu valor positivo e negativo para o organismo, do regime a que convém submetê-lo” (FOUCAULT, 1985, p. 109).

É esse cuidado de si que os jovens necessitam aprender, a atenção a si e ao seu próprio corpo, buscando o equilíbrio do corpo material e psíquico, para poderem encontrar a satisfação nos prazeres com sabedoria. Ou seja, ser livres em relação aos prazeres e não escravo dos mesmos. Se os adolescentes não tiverem o conhecimento como base fornecida pela educação escolar, a atitude em relação a si mesmo, a mudança de comportamento em relação à proteção contra o HIV, não ocorrerá, conforme será visto adiante, no aprofundamento desta matéria.

²⁸ Lucius Annaeus Sêneca, pensador estóico, nascido no ano 4 a.C. em Córdoba (Espanha) e, primeiro representante do estoicismo romano. Transmítia a moral da resignação. A filosofia é para ele uma arte da ação humana, uma medicina dos males da alma e uma pedagogia que forma os homens para o exercício da virtude. Foi educador e conselheiro do imperador Nero. Era filho de Annaeus Seneca (55 a.C.-39 a.D.), que teve renome como retórico. Para o estoicismo grego, “as paixões são consideradas pelos estóicos como desobediências à razão e podem ser explicadas como resultantes de causas externas às raízes do próprio indivíduo” (BALLONE, 2001).

²⁹ Filósofo da Roma Antiga.

Quanto ao cuidado clínico dos adolescentes com a AIDS, de acordo com Hoffman, Chabon e Futterman (2000), vai depender do tipo de transmissão. Nos indivíduos jovens, o vírus adquirido através do contato sexual costuma se manter assintomático por algum tempo, mas por apresentarem o número de linfócitos T CD'4 menor que 410/ml, a disfunção imunológica é moderada; enquanto os indivíduos que adquirem a doença da mãe apresentam-se assintomáticos por muito tempo e possuem pouca disfunção imunológica. Os médicos precisam estar atentos para o fato de que, muitas vezes, o diagnóstico de AIDS congênita pode ser feito apenas na adolescência, mas a realização do exame da AIDS deve ser feita também nos filhos adolescentes de mães infectadas, pois a infecção pode ficar latente por muitos anos.

Os adolescentes precisam de atendimento médico orientado para seu grupo e os profissionais de saúde precisam ser preparados para resolver as suas necessidades. Nesse sentido:

[...] A atenção ao adolescente deve ser dada por uma equipe multidisciplinar, incluindo os serviços de saúde mental, o atendimento ginecológico específico para pacientes com Aids e os programas de prevenção e educação (BIBLIOMED, 2003, p. 2).

Outro aspecto muito importante nas consultas dos adolescentes é a privacidade, pois geralmente os adolescentes têm vergonha das mudanças corporais pelas quais vem passando.

A incidência de DSTs entre os adolescentes é alta, devido a isso, “os testes de detecção dessas doenças devem ser feitos logo no início do diagnóstico da infecção”, e devem incluir “[...] o exame preventivo do câncer de colo, exames para detecção da presença de clamídia, gonorréia, sífilis, herpes genital e hepatite B (BIBLIOMED, 2003, p. 2).

Conforme a mesma fonte, outros exames que devem ser feitos incluem:

[...] a contagem de células CD4, bem como, contagem de carga viral, hemograma completo, exames de avaliação hepática, exames de avaliação renal, exame de urina de rotina, exames sorológicos para detecção de toxoplasmose e citomegalovírus, teste de gravidez e, exames para detecção de tuberculose (BIBLIOMED, 2003, p. 2).

Sobressai ainda entre os cuidados clínicos o recebimento pelos adolescentes das seguintes vacinas: tríplice viral (rubéola, caxumba e sarampo), dupla para

difteria e tétano, hepatite B, Antiinfluenza, Antipneumococo e anti-haemófilos. Também é se observa que entre os pacientes com sintomas de AIDS, não deve ser feita à segunda dose da vacina BCG (BIBLIOMED, 2003).

Por fim, coloca-se que, segundo Hoffman, Chabon e Futterman (2000), a aderência ao tratamento entre os adolescentes é relativamente baixa, sendo os principais motivos os efeitos colaterais, os inconvenientes gerados pela grande quantidade de comprimidos e o esquecimento. Daí, existir atualmente, uma grande necessidade de tornar os adolescentes capazes de se protegerem da AIDS e de outras DSTs, e de garantir-lhes o direito a um desenvolvimento sexual seguro e saudável.

Nessa perspectiva, as iniciativas devem incluir a educação sexual nas escolas, e o envolvimento ativo dos jovens em atividades relevantes e úteis, pois “mudar o objeto do cuidado é operar um redimensionamento dos valores, é mudar a direção da atenção” (EIZIRIK, 1997, p. 38).

Para Foucault, citado por Eizirik (1997, p. 42), “a questão do cuidado – e da ética – é coextensiva à questão do poder”. E sendo a subjetividade, definida como a “*relação consigo*, que se estabelece através de uma série de procedimentos que são propostos e prescritos aos indivíduos, em todas as civilizações, para fixar sua identidade, mantê-la e transformá-la em função dos fins que se busca” (idem). Ela “se vincula diretamente à *verdade*, através dos modos instituídos de conhecimento sobre si” (EIZIRIK, 1997, p. 42) [grifos do autor]. Pode-se, entender, então, porque o “cuidado de si” entre os adolescentes passa pela educação na família, na escola e na sociedade, enfim, pelas políticas públicas.

2 PREVENÇÃO DA AIDS E AS FALHAS NA COMUNICAÇÃO COM ADOLESCENTES

O aumento da incidência de AIDS na última década tem motivado diversos estudos com o objetivo de melhorar a compreensão sobre o comportamento de risco dos adolescentes e prevenir a infecção pelo vírus HIV, pois as estatísticas atuais levam à inferência de que grande parte dos pacientes de Aids se contaminou durante a adolescência. Nessa perspectiva, neste capítulo são analisadas as políticas de saúde, no aspecto de educação e prevenção, assim como as ações sócio-educativas para a prevenção das DSTs/AIDS e a informação dos adolescentes.

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO

No Brasil durante décadas a maior preocupação foi com a cura, e não com a prevenção, está a mostrar a história das políticas de saúde do país. Um exemplo é do sanitarista Oswaldo Cruz³⁰, que preocupado com o interesse do Estado em desenvolver ações curativas, construindo grandes unidades hospitalares, nos principais centros urbanos do país, deixava de lado o aspecto preventivo, o que fez com que esse pesquisador e profissional da saúde, fizesse investimentos para a erradicação de doenças, através de campanhas de vacinação, com apoio da política.

Que as ações de saúde estiveram voltadas para o aspecto curativo, sendo o indivíduo tratado ao manifestar a presença de qualquer moléstia e as campanhas

³⁰ Oswaldo Gonçalves Cruz, médico e sanitarista brasileiro nasceu em São Luís do Paraitinga, na Serra do Mar paulista, em 5 de agosto de 1872. Especializou-se em microbiologia e soroterapia, no Instituto Pasteur de Paris (França). De volta ao Brasil em 1899, ajudou no combate ao surto de peste bubônica em Santos. Para resolver o problema da doença no país, foi criado o Instituto Soroterápico Federal (RJ) e o Instituto Bacteriológico (SP), convertido em Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo, depois Instituto Butantã. Em 1904 assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública e ajudou a reduzir os casos de mortes pela peste bubônica. Nos anos seguintes, Oswaldo Cruz enfrentou oposição ao seu projeto da Vacina Obrigatória, e novo surto de varíola. Depois da revolta do povo, veio o reconhecimento e a vacinação antivariólica se tornou obrigatória. Em 1908, ao regressar do 14º Congresso Internacional de Higiene e Demografia e de uma Exposição de Higiene, na Alemanha, foi aclamado herói nacional e viu a transformação do Instituto Soroterápico Federal em Instituto de Patologia Experimental e, no mesmo ano, a regulamentação por lei como Instituto Oswaldo Cruz. Em uma série de expedições pelo interior país, ampliou o conhecimento das doenças tropicais e viu surgir a consciência sanitária entre os intelectuais do país. Reconhecido como uma personalidade no Brasil e no exterior, recebeu a medalha de ouro da Sociedade de Medicina e Cirurgia como pioneiro da medicina experimental no país. Em 1912 foi eleito para a Academia Brasileira de Letras e, em 1916 foi nomeado prefeito de Petrópolis. Por motivo de doença, não chegou a realizar seus projetos como prefeito, vindo a falecer em 11 de fevereiro de 1917, aos 44 anos (PROJETO MEMÓRIA, 2003).

preventivas apresentavam-se como fatos isolados no contexto político e social, são evidenciados por Oliveira (1991, p. 31), quando descreve:

Com a volta das velhas endemias e o aparecimento de novas moléstias, como a própria AIDS e a descoberta de alguns tipos de câncer degenerativo, relacionados às novas formas e condições de trabalho, chamadas lesões de esforço repetitivo, os governos passam a se preocupar com as ações preventivas como forma mais eficaz e eficiente no tratamento das doenças.

Assim, em 1983, quando foram feitos os primeiros diagnósticos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida no Brasil, a doença já era conhecida e o termo AIDS foi adotado para a sigla inglesa SIDA, para evitar o teor discriminatório de denominações originalmente propostas, como GRID (*gay-related immune deficiency*, ou imunodeficiência relacionada aos gays).

A luta contra a AIDS no Brasil, nos primeiros anos ficou restrita às organizações não-governamentais, como o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), criado em São Paulo em 1985, e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), fundada por Herbert de Souza. Somente em 1986, com o crescimento dos casos e óbitos de AIDS, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS, com a missão de reduzir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Para isso foram definidas as seguintes diretrizes:

[...] de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de AIDS e outras DST; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

Ainda em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde consagrou a idéia do movimento de reforma sanitária, que integrou as conquistas trazidas pela Constituição Cidadã promulgada em 1988, que passou a dispor:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 196, CF/88).

A partir desse dispositivo constitucional, surge um novo conceito de saúde, cuja idéia de saúde vai além da ausência de doença, pois o mesmo é ampliado como

resultante de determinantes sociais como lazer, habitação, infra-estrutura básica, renda e educação. Isto vem reforçar a necessidade de uma política mais ampla, voltada para a prevenção e satisfação das necessidades básicas da população.

Ainda, através da Constituição Federal de 1988, o Estado cede às reivindicações dos setores organizados da população, tais como trabalhadores da saúde, movimentos sociais e sindicatos, dentre outros, e para atender à demanda por tratamento de saúde, institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS).

Voltado para atender às demandas do tratamento, cura e prevenção das doenças que atingem a população, este sistema único, tem a gestão feita sob o controle da sociedade, através de espaços de deliberação e reivindicação, chamados Conselhos de Saúde, que atuam no controle e gerenciamento das ações de saúde, nas três esferas governamentais (municipal, estadual e federal).

Ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS), estabeleceu o 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. No Brasil, torna-se motivo para o lançamento de informações e campanhas educativas.

Logo, a edição da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras leis, passaram a regulamentar os direitos e as políticas de saúde, garantindo a todo cidadão o acesso aos serviços de saúde, consoante as determinações constitucionais.

Para fomentar a descentralização das ações previstas pelo Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), foram editadas as Normas Operacionais de Assistência (NOAS-SUS, 2001), com a pactuação das competências de estados e municípios no processo de gestão.

Desde a década de 90, vem sendo intensificadas pelo Ministério da Saúde políticas de saúde pública em DST/HIV/AIDS, visando melhorar a qualidade da assistência aos pacientes acometidos por esses agravos. Entre essas, citam-se as seguintes políticas:

a) Políticas de tratamento, visando diminuir os agravos da DST/AIDS e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes nos serviços de saúde pública;

b) Políticas de diagnóstico, específicas para os portadores do HIV/AIDS, em cujas ações destacam-se a promoção de aconselhamento pré e pós-teste nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) para pessoas que desejam fazer a testagem anti-HIV; a promoção de exames laboratoriais capazes de diagnosticar o HIV; o acesso dos pacientes a exames laboratoriais para o diagnóstico e tratamento gratuitos das DST, como é o caso da sífilis, hepatites, gonorréia, infecção por clamídia, HIV/AIDS, entre outras;

c) Políticas de prevenção, voltadas para a construção de políticas públicas de saúde, têm 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. Por isso, segundo seus idealizadores, exigem constantes reflexões sobre os conceitos de prevenção, promoção de saúde, vulnerabilidade e direitos humanos. Também, prevêm ações que promovam a participação e o controle social, a mobilização da opinião pública e do público em geral e a disponibilização de insumos para a implantação e sustentação dessas políticas. E definem que as políticas públicas de saúde dirigidas ao tema DST/AIDS avaliam as características e a pertinência da epidemia da AIDS e outras patologias correlatas entre segmentos populacionais definidos segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia;

d) Políticas públicas de saúde dirigidas ao tema DST/AIDS estabelecem que os serviços de assistência e de prevenção têm como principais requisitos o delineamento de ações que favoreçam a adoção de comportamentos menos arriscados à saúde, ações que promovam a participação e o controle social, a mobilização de instâncias executoras, legislativas e jurídicas, dentre outras, como se verá adiante;

e) Políticas de incentivo, instituídas em dezembro de 2002, no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST e AIDS, são modalidades de financiamento pelos mecanismos reguladores do SUS. Atualmente estão qualificados para recebimento desse incentivo as Secretarias de Saúde dos 26 estados, DF e de 456 municípios, sendo que esses municípios respondem por 62% da população nacional e 89% dos casos de AIDS registrados no país (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

De acordo com o Programa Nacional de DST/AIDS, para expandir a qualidade e acesso das intervenções foram ampliadas às ações de promoção e prevenção das DST/AIDS; previram-se a inserção dos grupos mais vulneráveis nas redes de atenção,

dentre eles os adolescentes; o acesso aos insumos para adoção de práticas mais seguras (preservativos, gel lubrificante, *kits* de redução de danos); e a implantação do projeto *Quality Improvement*³¹. Ainda visando à expansão da cobertura e à equidade, através da implementação de serviços de referência em assistência e casas de apoio focalizam-se populações emergentes, populações distantes e pessoas vivendo com HIV e AIDS (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

Para aumentar a efetividade das ações (previstas pelo Programa Nacional - PN), também estão sendo desenvolvidas, a produção e a disseminação de informações no nível de decisão e o fomento à produção de conhecimento através do desenvolvimento de novas tecnologias, pesquisas clínicas; a institucionalização do monitoramento e avaliação; a realização da política de formação e regulação de recursos humanos; e o fortalecimento e ampliação da cooperação técnica, científica e tecnológica entre países, entre outras ações.

Deparando-se sobre as políticas públicas de saúde, verifica-se que estas avaliam as características e pertinência da epidemia da AIDS e outras patologias correlatas (as DST, as hepatites, a tuberculose, gravidez indesejada, entre outras), entre segmentos populacionais definidos segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia, conforme previsto nas políticas de prevenção. Nessa perspectiva:

- a) 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 em relação à construção e representação da sexualidade e do uso de drogas em determinada sociedade, e que, portanto, tornam as pessoas ou grupos suscetíveis aos agravos à saúde.
- b) A **vulnerabilidade** é a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou do grupo social decidir sobre sua situação de risco, podendo variar segundo a posição e situação em relação à condição de gênero, raça, fatores e condições sócio-econômicas, acesso aos serviços e insumos de saúde, fatores políticos e até mesmo biológicos (BRASIL/PS-DST/AIDS, 2008, p. 2), [grifei].

De acordo com o estabelecido nestas políticas a avaliação dos contextos individuais, interpessoais, coletivos e sociopolíticos nos quais se inserem o risco e a vulnerabilidade, implica no estabelecimento de propostas que estabeleçam mudanças em comportamentos individuais a partir de indicadores para a sensibilização sobre os riscos conhecidos, para o abandono de condutas de risco e para a consolidação de

³¹ A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a “[...] provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário” (HERNANDEZ, 1993, p. 8).

mudanças de comportamento. Também se reconhece que esforços individuais para a adoção de práticas seguras estão influenciados por opiniões ou atos de outras pessoas, de grupos sociais de referência e suas normas e pelo contexto sociopolítico-ambiental, incluindo-se as leis e regulamentações pertinentes ao tema.

Em virtude disso, a definição dessas políticas visando à promoção de mudanças capazes de se manterem estáveis nos diferentes níveis envolvidos requer que, ocorram mudanças individuais de comportamento, estando estas diretamente vinculadas a estratégias globais de diminuição de riscos individuais e nos grupos de pares; à mudança de crenças e normas sociais; às ações de informação e prevenção destinadas à população em geral, com vistas na participação comunitária; e à diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e de insumos de prevenção (PS-DST/AIDS, 2008).

Na área da promoção e prevenção dirigidas às DST/HIV/AIDS, as políticas públicas brasileiras, tomam como paradigma a abordagem da saúde com ênfase no desenvolvimento sustentável, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o direito de cidadania, participação e controle social. Tudo isso, implica na necessidade do Estado com a participação das organizações da sociedade civil e conselhos de saúde conscientizar o indivíduo como foco da atenção no processo, para que haja o fortalecimento da sua colaboração com os cuidados à saúde e a inserção de formas de acolhimento dos serviços aos usuários.

As organizações da sociedade civil (OSC), constituídas pelas Redes de Direitos Humanos, Fóruns de ONG/AIDS e Movimentos Sociais, são instituições parceiras do Programa Nacional de DST/HIV/AIDS no combate à epidemia.

O Programa Nacional de DST e AIDS, definem duas formas de interlocução e participação da sociedade civil: por representação (indicação dos próprios movimentos) e por expertise³², conhecimento e experiência (convite do Programa Nacional de DST e Aids). Por representação, a sociedade civil está presente na Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS) e na Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais (CAMS).

A sociedade civil também participa do controle do poder público, através dos Conselhos de Saúde, que são três, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Estadual de Saúde (CES) e o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Essa participação é

³² Pessoa que empresta seus conhecimentos e experiência para ajudar no combate à AIDS (InFormal, 2008).

mais observada no âmbito local do SUS, na definição de metas, objetivos e planos de ação (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

Para melhor enfrentar esse desafio à saúde pública e manter os princípios da cidadania, o Programa Nacional de DST e AIDS conta com uma legislação brasileira em saúde, mais especificamente ligada às DST e AIDS, que oferece material de consulta, comparação e reflexão sobre as diversas leis e suas interpretações à realidade da epidemia. Essa legislação sobre DST e AIDS no Brasil, é integrada por: Instrumentos Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos Ratificados pelo Brasil; Declaração Universal dos Direitos Humanos; Organização Político-Administrativa e Assistência à Saúde; Assistência Social; Normas Éticas do Conselho Federal de Medicina; Legislações dos Estados, entre outras.

Os princípios e diretrizes que orientam as políticas de saúde são:

- a) Atitudes de solidariedade, não-preconceito e não-discriminação em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- b) Garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- c) Acesso à rede de saúde e disponibilização de insumos de prevenção, notadamente preservativos masculinos e femininos, gel, agulhas e seringas e materiais educativos;
- d) Acolhimento, aconselhamento e tratamento das pessoas infectadas pelo HIV e portadores de DST nos serviços de saúde; e
- f) Descentralização, institucionalização e sustentabilidade das ações de saúde no que se refere à prevenção, promoção e educação em saúde (BRASIL/PS-DST/AIDS, 2008).

Segundo a mesma fonte, esse conjunto de medidas tem o suporte de ações de intervenção que visam reduzir o impacto da epidemia sobre segmentos mais vulneráveis da população. Priorizando as ações dirigidas para populações de risco acrescido e populações mais vulneráveis, essas ações são executadas pelos Programas Estaduais e Municipais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas organizações da sociedade civil, a partir do apoio a projetos específicos considerados estratégicos para o enfrentamento da epidemia no país.

Nesse sentido, o marco lógico do processo de planejamento das ações de prevenção está concebido para responder tanto às questões relacionadas com a intersectorialidade das políticas públicas do setor saúde em relação às outras áreas sociais de governo, quanto àquelas questões que mais diretamente se relacionam com o campo de prática da prevenção (BRASIL/PS-DST/AIDS, 2008).

Com essas políticas de saúde no plano das DST/HIV/AIDS a estigmatização e a discriminação sofrida pelos portadores do HIV/AIDS, foi sendo afastada, embora o conhecimento da história da política da AIDS, ainda apresente algumas limitações e, os debates acerca dos problemas que se construíram em torno da vivência da epidemia, tenham imposto a interlocução com diferentes saberes para sua compreensão. Não sendo, por isso demais apontar que a complexidade da doença colocou a descoberto as limitações das intervenções circunscritas à área da saúde, impondo a necessidade de articulação com outras instituições para conter o seu avanço (ROCHA, 1999).

Conforme a referida autora, a história da formação das políticas públicas de controle da AIDS no país se caracterizou, no início da década de 80, por um vazio no cumprimento das ações de prevenção ao nível federal. Em face disso, as Organizações Não-Governamentais assumem este lugar.

Não é demais destacar a contribuição das Organizações Não-Governamentais (ONGs). Estas representando os direitos dos portadores do HIV/AIDS fortaleceram a necessidade de se redimensionar a política de saúde pública, dando um caráter de prioridade às intervenções na área da AIDS.

O reconhecimento de que o controle da AIDS não podia se restringir apenas ao enfrentamento da doença, mas implicava também uma transformação de toda a sociedade, esclarece a dimensão política das práticas sanitárias, e leva a uma mudança de estratégia.

Entre 1986 e 1990 a estratégia utilizada para o combate à epidemia da AIDS era global e definia que “o componente mais importante dos Programas Nacionais de AIDS era a informação e educação [...] (com) os indivíduos, governos, a imprensa e todos os setores tendo um papel primordial na prevenção da infecção do HIV” (MANN, 1992, p. 24).

Nessa perspectiva, as respostas visando o controle da AIDS estavam vinculadas ao contexto histórico/político vivenciado pelos países mais industrializados (Japão, Dinamarca, Holanda, Espanha, França, Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Suécia), que tinham bem organizados os seus sistemas de saúde e as concepções vigentes a respeito das políticas de controle das DST, das normas sociais sobre a sexualidade e sobre o uso de drogas (JOHNSON; STRYKER, 1993).

O debate na formulação das políticas públicas nesses países refletiu o jogo de forças presentes em cada país. Para identificar as escolhas que tensionaram a política pública nesses países, Kirp e Bayer (1992), criaram dois tipos de ideais: um

representando a estratégia de controle e contenção, oriundo da tradição autoritária de saúde pública, baseada em identificação compulsória através da obtenção de dados estatísticos dos possíveis infectados e seus contatantes, podendo levar ao isolamento como forma de conter a disseminação da doença. E o outro cooperativo e inclusivo, representando uma nova concepção da doença refletindo uma opção por uma intervenção centrada na educação, aconselhamento, testagem anônima e na defesa dos direitos das pessoas envolvidas, bem como o respeito à privacidade.

A educação inclusiva surgiu e evoluiu ao longo dos anos 90, tendo como marcos, a Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em 1990, em Jomtien, na Tailândia, e a Conferência Mundial de Educação Especial, realizada em 1994, em Salamanca, na Espanha, de onde se originou a Declaração de Salamanca. Segundo Beyer (2006, p. 73), ela se “caracteriza como um novo princípio educacional, cujo conceito fundamental defende a heterogeneidade na classe escolar, como situação provocadora de interações entre crianças com situações pessoais as mais diversas”.

Morin (2002) entende que com a educação inclusiva, está colocado o papel da educação na construção de uma compreensão da ação que retorna sobre si, modificando a pessoa e sua relação com outras. Os professores seriam os mediadores de ativações de conexões, isto é, provocadores de sentido de realidade para um sujeito que assim o distinguiu, em um dado momento e contexto. Esta afirmação também traz a um professor a possibilidade de compartilhar reflexões sem fechar os espaços de entrada e influência dos outros possíveis mediadores. Pois, a ação pedagógica contempla a possibilidade de se organizar e reorganizar as ações e relações entre os sujeitos, no sentido de atualizá-las frente às necessidades percebidas profissionalmente (ANDRADE, 2006).

É a partir da década de 90, que o Ministério da Saúde assume uma função propositiva e de liderança, antes reservada às ONGs, mesmo assim, há um distanciamento da estrutura do SUS, como se a AIDS produzisse uma segunda racionalidade dentro da área da saúde.

As organizações da sociedade civil continuam desempenhando um papel relevante na institucionalização do programa de AIDS, especialmente até 1992, mas de 1993 a 2002, o Programa Nacional de DST e AIDS/Ministério da Saúde (PN-DST/AIDS) passou a financiar as ações de prevenção à AIDS no Brasil, através de convênios fixados com 27 estados e 177 municípios estratégicos. Também foram fixados 976

projetos de organizações da sociedade civil e 186 deles de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI), (BANCO MUNDIAL, 2004).

No início do século XXI, as palavras de ordem presentes nas políticas públicas de controle da AIDS no Brasil são sustentabilidade, descentralização e institucionalização, embora os primeiros projetos gerados pela sociedade civil trouxessem a preocupação de compartilhar com toda a sociedade o debate sobre a cidadania dos portadores do HIV/Aids, vinculados à tradição da linha educativa crítica (ROCHA, 1999).

Assim, na terceira década da epidemia, o Brasil conta com um sistema de saúde orientado à descentralização (ARRETCHE, 2004), e, também com um dos maiores e mais abrangente programas de HIV/AIDS entre os países em desenvolvimento (LEVI; VITÓRIA, 2002; GALVÃO, 2000). Embora, o programa de AIDS, desde sua implantação em 1985, tenha sido altamente centralizado, a partir de 2000, seus gestores procederam às primeiras iniciativas de descentralização. As seleções públicas de projetos de organizações da sociedade civil passaram, desde então, à responsabilidade das Secretarias Estaduais dos maiores estados do país (Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Ceará).

Além disso, avaliou-se a sustentabilidade dessas ações por parte das instituições executoras. Os dados da Unidade de Planejamento do PN-DST/AIDS, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pela Assistência Carioca de Redução de Danos, evidenciaram que há uma descontinuidade nas instituições que executam os projetos de prevenção à AIDS entre UDI financiados pelo PN-DST/AIDS. Apenas três instituições se mantiveram estáveis por mais de 3 anos. As demais apresentaram descontinuidade das suas atividades (Cad. Saúde Pub., 2007).

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde reconheceu que a AIDS inaugurava novos desafios para as políticas públicas e, que a Saúde Coletiva, envolvia muitas de questões e perspectivas, implicando uma diversidade de leituras e a ruptura com a concepção tradicional de prevenção e saúde pública. Evidenciada a dimensão histórica e os valores presentes no processo de adoecer, foram revistos os conceitos de normalidade, de patológico e reconhecidas às categorias da diversidade e da diferença como questões fundamentais presentes na vida humana.

Para Georges Canguilhem (1904-1995), o desenvolvimento da conceituação do normal e do patológico na cultura ocidental avançou na direção de diferenciar os dois estados a partir da diferenciação quantitativa subjacente aos fenômenos, ou seja, “o

estado patológico era uma modificação quantitativa do estado normal” (PUTTINI, 2004, p. 1).

Sendo assim, a designação de patológico implicava apenas uma mera variação quantitativa do normal. Essa dimensão quantitativa que autoriza a intervenção médica na atividade terapêutica é reproduzida pelo uso ambíguo do conceito de normalidade e de patologia. E teria surgido do acordo epistemológico entre as ciências biológicas e médicas por aquela referente à medicina enquanto técnica terapêutica, e a normatividade biológica poderia então legitimar normas pertencentes à vida. “Os conceitos não conhecem fronteiras epistemológicas” dizia Canguilhem (MACHADO, 1982, p. 26).

Nesse contexto, a normalidade é um critério valorativo que poderia avaliar nos seres vivos estados normais e patológicos; enquanto, a normatividade é a capacidade para avaliar estados humanos pela racionalidade do fenômeno vital.

A partir dessas considerações, Puttini (2004) conclui que normalidade e normatividade são argumentos teóricos para explicar crenças e ideologias e, juntamente com as formulações sobre patologia, contribuem para o desenvolvimento do campo teórico da saúde, via Epistemologia.

Desse ponto de vista, os referidos autores se aproximam de Foucault (2000, p. 96), para o qual, “normalidade é uma convenção social”. E varia de acordo com a época, a cultura, os interesses sociais (FOUCAULT, 1998, 2000). Neste contexto, a normalidade, dentro da medicina, parece ser bem variável. Assim sendo, o que é considerado patológico numa determinada sociedade pode ser normal em outra, o que foi considerado anormal pode ser aceitável ou recomendável hoje, é a observação de Mônica Aiub filósofa clínica (GUIMARÃES, 2007).

Os conceitos de normalidade e patológico, construídos no século XIX, receberam nos anos de 1990, novos significados. Fee e Fox (1992), atribuem à AIDS as características de uma doença crônica, semelhante em certos aspectos ao câncer e às doenças cardíacas, implicando por isso longos períodos de tratamento e a necessidade de suporte social e institucional. Conceituada como doença crônica, isto é, uma doença que não põe em risco a vida de uma pessoa num prazo curto, a AIDS passa a ser dissociada da morte, uma das maiores bandeiras do movimento social contra a epidemia e o preconceito, podendo ser prevenida, como a diabetes, a obesidade, as doenças respiratórias, o câncer.

O preconceito juntamente com a discriminação são alguns dos fatores que dificultam o enfrentamento da AIDS. Por preconceito deve-se entender, a não aceitação, enquanto a discriminação é o não permitir as diferenças com ações desrespeitosas e/ou excludentes. Tanto o preconceito quanto a discriminação são atos inseridos no intelecto humano, e, como ele é sensível à mudança, deseja que o mundo se adapte a ele.

Hoje, a maioria dos médicos classifica os portadores do HIV como doentes crônicos, já que é possível viver muitos anos com a doença. Entretanto, a preocupação dos médicos é que as pessoas deixem de ter medo de contrair o vírus e comecem a relaxar nas medidas preventivas.

Desde que foi detectada pela primeira vez em 1979, em homossexuais masculinos americanos, a AIDS vem causando problemas sanitários devido às dificuldades de tratamento e controle, e graves problemas sociais, pois sua difusão pelo mundo engloba recém-nascidos, crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres, tanto homossexuais como heterossexuais. O problema, no entanto, “é a Aids ainda ser vista como a doença do outro, ou seja, ninguém acredita que vai ser contaminado pelo vírus HIV” (VIANNA, 2007, p. 1).

Todavia, a rápida e ampla difusão decorrente da maneira como pode ser transmitida (relações sexuais, transfusão de sangue, injeções contaminadas, e, mais recentemente, a colocação de *piercings* e escrituras corporais), gerou diversas condutas em relação às pessoas portadoras do HIV/AIDS.

De acordo com Foucault (1987), não há mais lugar para a “Medicina das Espécies”, que desenvolve a noção de foco patológico inicial e disseminação sistêmica, a partir deste foco de origem. O volume anatomoclínico (estudos anatomoclínicos relacionavam doença com dano cerebral [RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005]) define um novo espaço de representações. A partir daí, as essências nosológicas, ou seja, as razões explicativas das doenças perdem seu sentido e, com elas, o próprio termo – doença – também o perde (TELLES; ANTOUN; ARÊAS, 1993). Complementando este entendimento, os autores expressam:

Se antes saúde e doença se opunham, agora a sanidade se definirá por um conceito de normalidade em oposição a tudo o que for patológico. Antes, saúde x doença; agora, normal x patológico. O corpo humano passa a ter uma linguagem própria, cujos signos são apreendidos num sistema lógico que

correlaciona eventos tissulares³³ à teoria da linguagem e que se constitui no próprio evento mórbido encarnado, ou seja, a patologia (TELLES, ANTOUN; ARÊAS, 1993, p. 5).

O problema levantado pelos referidos autores é se o fato de o sistema patológico ter definitivamente abolido a necessidade das essências nosológicas aboliu, também, a possibilidade de a doença se dizer de outras formas. Seria como certo adoecer, escapasse e em grandes proporções ao espaço patológico. A própria Epidemiologia já percebe este excesso, embora construa outro espaço para representar doença; os espaços sociais dos fatores de risco.

Essas novas interpretações de doença, normalidade e patológico, dos problemas sanitários e sociais trazidos pela AIDS e de sua disseminação entre os grupos de idade, deram lugar, também, à utilização de diferentes formas de atenção psicológica buscando promover uma melhor qualidade de vida às pessoas portadora do HIV (FIALHO, 2008).

O tratamento dessa nova população deu lugar à formação de grupos de atendimento fechados e abertos. A partir de revisão de literatura, Pires e Rosera (2005, p. 5), apontam que:

[...] Em **grupos abertos**, para pessoas jovens, o **isolamento**, a culpa, a ansiedade e a estigmatização social têm sido o foco do trabalho terapêutico. [...] Em **grupos fechados**, de orientação comportamental, as temáticas têm constituído em lidar com o status da soropositividade, problemas na família e no trabalho e dissolução da rede de apoio, enquanto que em áreas residenciais, tem sido possível discutir medos existenciais, perdas, lutos e **preconceitos**. [...] e (a) aprendizagem de lidar com o HIV [grifei].

O preconceito, gerador do isolamento e responsável pelos danos emocionais, até o final da década de 90, gerou uma série de demissões discriminatórias, deixando pessoas “sem nenhum registro que desabonasse a sua conduta profissional”, sem emprego. Tudo, por causa do preconceito aos portadores de HIV.

Exemplos de demissão por discriminação e preconceitos a AIDS no trabalho estão contidos no Relatório Azul 1999/2000, conforme descritos a seguir:

Demitido por discriminação

A CCDH foi procurada, no dia 22 de junho de 1999, por P. R., que há dez anos era funcionária da Loja de Cargas de uma empresa de aviação e foi demitido por ser portador do vírus HIV. Na comunicação de suspensão, que antecedeu a demissão, o supervisor diz que ‘tem a presente finalidade de

³³ A palavra *tissular* é de origem francesa e, para além dos textos médicos, é encontrada no *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa* (2001), com a indicação de se tratar de adjetivo relativo ao tecido orgânico: lesão tissular, estruturas tissulares.

advertência para que tal fato não mais se repita, e ao mesmo tempo aplicar uma suspensão de dois dias, [...] para que o senhor faça uma reflexão sobre a sua conduta como profissional e como ser humano' (sic). Ao retornar ao trabalho, foi comunicado da demissão. A advertência foi motivada pelo comentário de P. R., aos colegas, em uma sala de repouso da empresa. [...].

P.R. sabia ser portador do HIV desde 1990 e informou o serviço médico da empresa quando a doença se manifestou, em 1994. A sua situação nunca havia sido motivo de discriminação até 1998, quando houve troca do supervisor. [...]. O CAT realizou duas reuniões conciliatórias, mas P. R. não conseguiu voltar ao trabalho e precisou entrar com uma ação judicial para receber seus direitos trabalhistas. Em agosto de 2000, seu advogado entrou com uma ação de indenização por dano moral, no Foro Central de Porto Alegre (RELATÓRIO AZUL, 2000, p. 217-218).

Como exemplo de preconceito contra os portadores de HIV, da mesma fonte, foi extraído o seguinte caso:

Preconceito deixa portadora de HIV sem trabalho

A CCDH recebeu, no dia 27 de outubro de 1999, do Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Metalúrgicas, Mecânicas e de Material Elétrico de Canoas e Nova Santa Rita, um dossiê contendo a denúncia de uma funcionária de uma empresa de Canoas, demitida por ser portadora do vírus HIV.

A empresa admitiu I. H., no dia 2 de janeiro de 1995 e, enquanto durou seu vínculo empregatício, sempre cumpriu com as normas da empresa, não tendo nenhum registro que desabonasse a sua conduta profissional. Em maio de 1999, I. H. realizou o teste anti-HIV, que deu resultado positivo. I. H. manteve sigilo sobre a sua situação durante três meses, mas resolveu, [...], comunicar à empresa que era portadora do HIV. No dia 9 de agosto de 1999, a empresa pediu a I. H., que realizasse o exame médico demissional e que procurasse o departamento pessoal da empresa para formalização da rescisão do seu contrato de trabalho. Ao fazer o exame, a funcionária informou a médica do Trabalho que era portadora do HIV. A médica, ignorando a informação, considerou-a apta para demissão, sem levar em consideração que a funcionária poderia sofrer agravamento da doença pelo afastamento do trabalho. I. H. procurou a Central de Atendimento para Trabalhadores com HIV/AIDS (CAT), da Delegacia Regional do Trabalho do Rio Grande do Sul (DRT/RS), mas não conseguiu a anulação da sua demissão. I. H. espera agora o resultado da sua reclamatória trabalhista, que transita na Justiça do Trabalho (RELATÓRIO AZUL, 2000, p. 218).

Os casos denunciados mostram como o preconceito e a discriminação atingia os portadores do vírus HIV, a discriminação no trabalho e a morosidade na implantação de políticas públicas eficazes. As pessoas excluídas do ambiente de trabalho pelo fato de serem soropositivas demonstram que o motivo da demissão não estava relacionado com a impossibilidade da execução de tarefas, mas pela discriminação, visto que muitas pessoas perdiam seus postos de trabalho antes da manifestação da AIDS.

Mesmo com as iniciativas de enfrentamento da doença disseminada pelo país, o desafio de incluir socialmente os portadores do HIV e transmitir, ao invés de preconceito, solidariedade e orientação adequada, ainda persiste. Um exemplo dessa necessidade

de ação pública é a transmissão vertical. Existem orientações combinadas com tratamento que reduz a possibilidade de contaminação do bebê pelo vírus presente na mãe gestante, mas as dificuldades de acesso ao exame e às informações sobre os cuidados necessários, antes e após a gestação, ainda persistem.

Foi construída toda uma cultura de cuidado, escuta ativa pelos terapeutas e negociação de contratos grupais, de conteúdos específicos e de estabelecimento de confiança mútua. Visando iniciar e sustentar uma modificação de comportamento, vem sendo desenvolvido o aconselhamento em HIV/AIDS, a diminuição da ansiedade e do isolamento, da depressão e do estresse, a redução nos níveis de hostilidade, de somatização de sintomas psiquiátricos. Também vêm sendo desenvolvidas várias modalidades de terapias, bem como o atendimento em contexto ambulatorial e hospitalar, em instituições prestadoras de serviços públicos (PIRES; RASERA, 2005).

Essas considerações vêm confirmar, que como todas as epidemias e as doenças de modo geral, a AIDS foi socialmente construída, assim como o preconceito e a discriminação em torno da doença. Serve de exemplo, o caso de P. R. descrito acima, cuja situação nunca havia sido motivo de discriminação até 1998. Os casos descritos, assim como outros registrados pela literatura sobre a AIDS, também espelham a realidade de cada país, estando o seu controle vinculado ao contexto histórico/político vivenciado por cada sociedade e, internalizado por seus membros.

A discriminação e o preconceito contra a AIDS começam a se evidenciar no Brasil, durante a década de 90, justamente quando o Estado centraliza a atenção sobre o controle desta epidemia. Em contrapartida, a prevenção, considerada um elemento chave de qualquer programa de controle da AIDS, passou por um período de esfriamento, após o anúncio, em 1996, na XI Conferência Internacional de AIDS, com a descoberta de novos medicamentos mais eficazes no combate da doença. Isso também contribuiu para que os planejadores revisassem a sua trajetória.

Como resultado de suas análises, a política de prevenção passou a recair basicamente sobre a questão da transmissão via sexual e sobre o uso de drogas. A educação era compreendida como a melhor defesa contra a AIDS, ancorando suas ações através do trabalho de lideranças comunitárias. Todavia, esse quadro, não foi homogêneo, observando-se situações de estigmatização, como:

[...] a proibição de crianças infectadas pelo HIV/AIDS de freqüentarem as escolas na Espanha, Estados Unidos e Brasil, fechamento de boates e saunas gays nos Estados Unidos, obrigatoriedade da apresentação do resultado do

teste sorológico para os imigrantes, rejeição de atendimento de pacientes com HIV/Aids nos serviços de saúde, demissão de funcionários após o conhecimento da resposta sorológica positiva (ROCHA, 1999, p. 5).

Esta autora observa que a resposta discriminatória, em muitos casos, partiu da área da saúde, ao recusar-se a atender pacientes com HIV/AIDS ou a exigir a adoção de testes compulsórios. Mas, também se criou à possibilidade de mudanças na postura dos profissionais no atendimento aos clientes e de reversão do discurso normatizador, existente no campo tradicional da saúde e da educação em saúde. Outras características desse período foram:

[...] a associação numa mesma doença de temas considerados tabus (morte, sexualidade e drogas); a entrada no cenário de pessoas consideradas marginalizadas (travestis, homossexuais, prostitutas, usuários de drogas), historicamente ignoradas na formulação de políticas públicas. Mudanças ainda foram sentidas na organização dos serviços de saúde, implicando a construção de propostas de trabalho em equipes multidisciplinares. [...] a linguagem médica também é retraduzida pelas ONGs [...]. Enfim, foram criadas possibilidades de se produzir novos entendimentos sobre a dinâmica sócio-cultural da epidemia [...] (ROCHA, 1999, p. 6).

Novos elementos, limitadores dos avanços conquistados na área de saúde pública, já começavam a se fazer sentir ao final da segunda década da epidemia, na forma como a saúde pública começa a se posicionar diante da mesma.

Os discursos, construídos a partir de 2000, parecem caminhar para uma normalização da AIDS que, de epidemia emergencial passa para doença crônica, ficando os riscos de desenvolver essa doença na dependência do estilo de vida, do regime alimentar, entre outros cuidados. Segundo a OMS, as doenças crônicas são a principal causa de morte e incapacidade no mundo (MS/OMS, 2005), mas como podem ser prevenidas, não tem caráter emergencial.

Esses discursos trouxeram como consequência, a consideração de que a prevenção da AIDS está vinculada à redução dos riscos por meio da mudança nas formas de viver. A normalização do impacto na sociedade opera a banalização da AIDS e, reduz a necessidade de inversão de recursos financeiros, “o maior desafio das políticas de saúde” (FEE; FOX, 1992, p. 5).

A banalização da AIDS é exemplificada por VÍctora, Knauth e Hassen (2000, p. 93-99), a partir de vários estudos realizados sobre representações e práticas associadas

à AIDS, através dos quais fica demonstrado como esta doença era percebida como uma doença do *outro*³⁴, em três situações, conforme o Quadro 01.

Vilas	X	Y	A
Incidência de Aids	baixa	média (crescente)	alta
Tráfico/ uso de drogas	baixo	intenso	intenso
Quem é considerado portador do vírus	o <i>outro</i> distante: cantores, artistas, “gente rica”	o <i>outro</i> relativamente próximo: “os drogados”, “essa gente lá de cima”	o <i>outro</i> muito próximo: o vizinho, o amigo, o parente
Atitude em relação aos portadores	Distanciamento total	distanciamento espacial	solidariedade

Quadro 01: A banalização da Aids em três bairros de Porto Alegre/RS (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 94).

A AIDS era vista como uma doença que atingia cantores, artistas, gente rica ou então pessoas conhecidas em outros espaços (como o hospital) e com as quais se estabeleciam relações apenas circunstanciais. Por meio da sistematização de uma série de respostas recorrentes, foi possível às autoras entender que na *Vila X*, a AIDS era percebida como um problema dos outros e que estava longe da vida cotidiana do bairro. Na *Vila Y*, foi identificado que essa definição do *outro*, passa de um *outro distante* a um *outro* que está cada vez mais *próximo*, e já traz uma modificação qualitativa na própria relação de alteridade. De abstrato, o *outro* se torna mais concreto.

O *outro próximo* é alguém que se conhece pessoalmente ou por meio de uma pessoa relacionada, e com quem compartilha uma série de espaços, de pessoas e de valores, enquanto o *outro distante* (atores, cantores, prostitutas do centro da cidade) possui uma existência quase imaginária, não pressupondo nenhuma relação direta (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 95).

Na *Vila A*, foi identificado um grande número de pessoas portadoras do vírus da AIDS, além da presença do tráfico e consumo de drogas. Diferentemente dos outros dois bairros, todos os entrevistados declararam *conhecer* mais de uma pessoa portadora do vírus. Algumas afirmaram conhecer apenas *de vista*, outros disseram conviver na

³⁴ Diversos autores já destacaram que a acusação do outro, do estrangeiro, como sendo a origem de uma determinada doença não é um fenômeno novo, pois o mesmo argumento foi invocado para explicar outras epidemias, como por exemplo, a sífilis. A este respeito falam Bardet, 1988; Boudelais, 1989; Herzlich e Pierret, 1988. A Aids como “questão do outro” aparece também na literatura nacional: Barbosa e Villela, 1996; Goldstein, 1996; Guimarães, 1993 e 1996; Loyola, 1994; Parker, 1994 (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 120).

rede familiar (um parente, irmão, pai) ou na rede de relações mais próxima (vizinho, amigo, colega de trabalho) com aidéticos.

No Quadro 02, pode ser visto o alcance da banalização da AIDS, isto é, a proximidade da convivência de informantes com pessoas infectadas. A interpretação dos dados permite entender que a presença significativa tanto da AIDS como das drogas no bairro não permitia que estes elementos – drogas e AIDS – funcionassem como demarcadores de fronteiras entre moradores.

Sexo/idade	Conhecidos HIV+
Feminino 19 ano	- dois tios (irmãos da mãe - várias pessoas da vizinhança
Feminino 21 anos	- o marido - a mãe
Feminino 40 anos	- um jovem homem - uma jovem mulher - várias pessoas da vila
Feminino 42 anos	- a vizinha - o filho da vizinha - o sobrinho da vizinha - a irmã da vizinha
Masculino 43 anos	- o pai já falecido - vizinhos e amigos - uma amiga muito próxima - muitos conhecidos da vila
Masculino 46 anos	- uma vizinha e amiga - conhecidos da vila
Feminino 48 anos	- sua afilhada (29 anos) que é também madrinha de seu filho mais novo - um “filho adotivo” de quem cuidou por 2, 3 anos - outras pessoas menos íntimas da vizinhança

Quadro 02: Pessoas que convivem de perto com portadores do vírus ou pessoas com AIDS – Vila A..

O depoimento de uma entrevistada por Víctora, Knauth e Hassen (2000, p. 97), ilustra a idéia de que “quase todo mundo” já experimentou alguma droga ao menos uma vez na vida ou possui um familiar que é ou já foi usuário, ou ainda o fato de que, embora algumas pessoas não aprovassem o uso de drogas, os usuários estavam inseridos nas redes de relações locais e, portanto, deviam ser respeitados.

Pode até existir [separação entre os que usam e não usam drogas], mas todo mundo se conhece. Pode até não morrer de amizade, mas, por educação, cumprimenta. Pode até existir [...], mas é pouco [...]. (mulher, 21 anos).

A ausência de separação entre usuários de drogas e não usuários, indica uma diferença na percepção da AIDS como doença do *outro*, visto que este outro não era reconhecido como tal. Assim, enquanto que, na *Vila X*, a AIDS era associada aos

drogados, na *Vila A*, não existia esta identificação, porque o uso de drogas não funcionava como definidor de limites no interior do próprio grupo. Além disso, as referidas autoras percebem, pelos depoimentos dos entrevistados, uma relativização das formas de transmissão e uma ênfase no caráter situacional, o que possibilitava o questionamento da eficácia das medidas preventivas, os quais eram levantados pelo confronto com a experiência cotidiana (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Segundo os mesmos autores, outra entrevistada, ao falar sobre o quanto à mídia incentiva o uso do preservativo, questiona:

[...] dizem que a camisinha evita tanta coisa [...] será que ela previne tanto assim? Porque a camisinha fura [...] Muita gente já entrou em fria por causa desse aí [...]. Para que o preservativo tivesse realmente a eficácia a ele atribuída, só se fosse de aço. (mulher, 42 anos), [grifos das autoras].

No entendimento das autoras da referida pesquisa, a idéia de que a AIDS pode acontecer independentemente da classe social, cor, comportamento e mesmo da adoção de medidas preventivas, evocava dois elementos centrais para a compreensão da percepção da doença pelos membros dos grupos populares: a noção de destino e a concepção de morte.

[...] Primeiro, a perspectiva de que ninguém está livre da doença – que prioriza o caráter situacional da contaminação que, por sua vez, exclui as possibilidades de previsão e prevenção. Segundo, é preciso inserir a Aids num contexto maior onde ela representa apenas um risco a mais para os indivíduos em questão, e não necessariamente o principal (VÍCTORA;KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 98), [grifos das autoras].

Nas conclusões destas autoras, que a AIDS é uma doença sem cura e que leva à morte, todos os participantes da pesquisa sabiam³⁵. Todavia, vários argumentos foram acionados a fim de minorar a gravidade da doença, tais como: como a existência de outras doenças mais ou tão graves quanto a AIDS, o restabelecimento da saúde em portadores do vírus que se encontravam bastante doente, a existência de terapêuticas, dentre outros. É nesse sentido que uma entrevistada afirma: “às vezes uma pessoa com Aids dura mais que uma pessoa sã” (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 98), [grifo das autoras].

³⁵ A associação entre AIDS e morte aparece também nos outros bairros pesquisados, sendo que, para muitos entrevistados, a AIDS é definida como a doença que mata (v. Leal e Fachel, 1995; Knauth, 1995) (VÍCTORA;KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 121).

Em face deste contexto, a morte era também naturalizada. Os conhecimentos da doença, construídos a partir da mídia, vizinhos e amigos, torna ambígua a percepção da gravidade da AIDS. Também, é possível perceber que a definição de normalidade e patológico é construída a partir da frequência de determinados fatos, ou condições, observados em certas populações. A frequência e as condições de ocorrência de uma doença determinam o conceito de que aquilo que é normal em dadas sociedades pode ser entendido de forma diferente em outras, a partir de diferenças culturais, o que se acentuará a partir do momento em que a idéia de norma seja entendida como juízo de valor.

Essas constatações vão ao encontro do pensamento de Foucault, quando fala na grande inquietação do Renascimento, ou seja, o “progressivo privilégio do julgamento crítico, [...] que permite à razão instância de verdade e moralidade, mascarar, subordinar, confiscar e, assim, anular os poderes da loucura” (MACHADO, 1982, p. 60-61). O duplo resultado desta evolução é assim descrito:

1º) a loucura torna-se uma forma relativa à razão; a loucura, reduzida a verdade irrisória, tem a razão como juiz; 2º) a relação se aprofunda: a loucura torna-se uma das formas, um dos momentos, uma das forças da razão. [...] A verdade de uma – a loucura – é enunciar a verdade da outra (MACHADO, 1982, p. 61).

Com esta análise da loucura no Renascimento, Foucault pretende “atestar, tematizando a elaboração simbólica da época, o início de um processo de dominação da loucura pela razão”. E também pretende expressar que “mesmo dominada esta experiência da loucura não está morta” (MACHADO, 1982, p. 61).

Esta loucura não está morta, porque à cada época, conforme expressa Foucault, a sexualidade vivida fora da família, é tornada instrumento de um poder político:

[...] que, laicizando a moral (ou a doença) e a realizando em sua administração, não apenas exclui da sociedade aqueles que escapam a suas regras, mas, de modo, mais fundamental, cria, produz uma população homogênea, de características específicas, como resultado dos próprios critérios que institui e exerce (MACHADO, 1982, p. 64-65).

A medicina em todas as sociedades tem se constituído como um espaço de representações, que o Estado recorre para tornar mais eficiente, a reprodução das idéias que as populações devem apreender, principalmente, quando se trata de uma doença ou de um estado patológico. Médico e paciente, não abandonam o termo doença, mas quando o doente diz “passar mal”; o médico indaga-lhe “o que houve?”. Isso demonstra

que algo excede a representação patológica, porque só pode ser buscado no tempo, isto é, fora dos espaços da representação (TELLES; ANTOUN; ARÊAS, 1993).

Segundo Foucault (2006, p. 31) significa que “a medicina não é constituída de tudo o que se pode dizer de verdade sobre a doença”. Como qualquer outra disciplina, a medicina, segundo Foucault, é tanto feita de erros como de verdades, entretanto, diz ele:

[...] erros que não são resíduos ou corpos estranhos, mas que têm funções positivas, uma eficácia histórica, um papel muitas vezes indissociável daquele das verdades. Mas, para que uma proposição pertença à patologia, é preciso que ela responda a condições, em um sentido mais estritas e mais complexas, do que a pura e simples verdade (FOUCAULT, 2006, p. 31-32).

Na mesma direção, Sardinha, Monteiro e Benzaken (2005), colocam que no plano das DST/HIV/AIDS, para o controle e prevenção, mais do que compreender aspectos imunológicos relativos, entre outros, aos agentes causais, é necessário também, que haja por parte das populações, o entendimento dos padrões dessas doenças como intimamente ligados pelo ambiente comportamental individual e o macroambiente sociocultural.

Já no plano individual da adolescência, Torres et al (2008), reconhecem como importante que as políticas de saúde, focalizem o conhecimento dos fatores relacionados à idade da primeira relação sexual, o número de parceiros, a escolha dos parceiros, padrões de comportamentos, uso ou não de drogas, álcool, contraceptivos e preservativos. Devendo-se ainda considerar que na adolescência a vulnerabilidade, com relação à sexualidade é alta, razão do aumento dos casos de AIDS nesta fase.

As ações de educação e prevenção, muitas vezes não integram os sistemas de educação e saúde, conforme mostram as estatísticas apresentadas sobre os números da Aids entre os jovens: “entre os jovens (15-24 anos), a faixa etária de 20-24 é responsável por 83% dos casos notificados de AIDS” (BRASIL, 1999; CASTILHO; SZWARCOWALD, 1998, p. 201).

A partir deste quadro, o processo de banalização da epidemia, é uma questão principal a ser enfrentada. Mas, há outras questões a serem trabalhadas. O Estado vem desempenhando um papel tutelar nesse contexto. Os projetos das ONGs são enquadrados na racionalidade das ações públicas, e a “efervescência do social é subsumida nos pressupostos próprios à burocracia estatal”, contribuindo para a criação de uma situação “aparentemente mais passiva e menos crítica” (SILVA, 1998, p. 138).

O avanço no enfrentamento da atual situação é real, mas a existência de um quadro de pauperização também implica em um desafio para o setor governamental, aumentando ainda mais a complexidade do enfrentamento desta epidemia.

De acordo com Silva (2006, p. 29), “já há algum tempo, os/as ativistas vêm estabelecendo a relação entre a epidemia de AIDS e as precárias condições de vida das populações submetidas à pobreza”. Ela também coloca que:

[...] a diversidade de espaços de participação e temáticas de atuação se relaciona com a visão predominante [...] de que o enfrentamento da epidemia de AIDS passa por questões estruturadoras das desigualdades sociais, ou seja, [...] enfrentar a AIDS não é algo restrito à política de saúde, mas deve ser articulado com as condições materiais de vida e o respeito à dignidade e à liberdade de todas as pessoas (SILVA, 2006, p. 31).

Mas, também afirma, que o pioneirismo do Brasil no programa público de combate à AIDS e a produção de medicamentos anti-retrovirais estão em risco pela política do Governo Federal de liberalizar o mercado e manter o protecionismo para a indústria farmacêutica dos países ricos. Entende a mesma autora, que o movimento da AIDS deve desenvolver uma atuação política articulada em âmbito global, como ocorre no *Fórum Social Mundial*, visando ampliar a compreensão de mundo e a transformação social (SILVA, 2006).

Rojas (1995), chamava a atenção para as muitas campanhas informativas/preventivas realizadas na primeira metade da década de 90. Muitos também foram os encontros, os projetos, as ações públicas realizadas a partir de então, e o fator comum de todas essas ações parece ser a dificuldade em transmitir determinadas noções que envolvem temas como práticas individuais, o sangue, a sexualidade e suas práticas, vida, morte, autoconsciência, escolha de identidade sexual, perversão, casal, família, controle, vigilância, religiões, comportamento, boa formação de executores e multiplicadores.

Um fato concreto, no entanto, é o aumento do contágio pelo vírus HIV entre os adolescentes. Persiste, então, a pergunta: por que a prevenção não está sendo eficaz?

Além das ações públicas já referidas e, dos desafios que ainda se colocam, há também a questão dos modelos de prevenção desenvolvidos. Segundo Camargo e Botelho (2007), na maior parte dos países, e assim ocorre no Brasil, estão sendo desenvolvidos dois modelos de prevenção no meio escolar: o modelo integrado ao ensino regular e o que utiliza pessoal de fora. Onde estariam, então, as falhas na

orientação dos comportamentos preventivos dos adolescentes em relação à epidemia da AIDS? Estariam na informação dos adolescentes? Como vêm ocorrendo a prevenção das DST/AIDS e a informação dos adolescentes? Essas são algumas das questões que se propõe responder na seqüência deste estudo.

2.2 AS AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS PARA A PREVENÇÃO DAS DSTS/AIDS E A INFORMAÇÃO DOS ADOLESCENTES

A educação em saúde para a prevenção da AIDS e outras DSTs, abrange dois aspectos: “o primeiro envolve a aprendizagem sobre a doença, seus efeitos e o restabelecimento da saúde; o segundo abrange os fatores sociais que afetam a saúde, baseados na participação da população em seu cotidiano” (AGGLETON, 1995, p. 198-203).

O jovem atual tem muito mais acesso à informação. O Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS), conforme já mencionado, têm por missão reduzir a incidência do HIV/AIDS e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nessa perspectiva, foram implementadas políticas públicas de saúde, de tratamento, diagnóstico, prevenção e incentivo financeiro aos Estados, DF e Municípios, no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DSTs e AIDS. Na matriz de risco e vulnerabilidade, a contaminação pelo HIV/AIDS entre crianças e adolescentes, é considerada como ocorrência variável de comportamento de risco de alta vulnerabilidade.

A grande vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre os jovens é demonstrada pelas estatísticas do Ministério da Saúde em 2005, correspondente ao ano de 2004, que também afirma não ser a transmissão sexual a única forma de exposição dos jovens ao HIV:

Entre os jovens [...] a transmissão sexual não tem sido a única forma de exposição ao HIV dos casos notificados na população entre 13 e 24 anos. A via sanguínea responde por 31% dos casos notificados, sendo 94,3% desses casos são decorrentes do uso indevido de droga injetável, enquanto que a transmissão sexual representa 59,3% com outros 9,7% dos casos em que essa informação é ignorada (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2004; BRASIL/MS/MEC/UNESCO/UNICEF, 2005, p. 7).

Dentro do contexto geral da doença e dos segmentos da sociedade atingidos pela mesma, definiram-se as principais linhas estratégicas orientadoras das ações na área da prevenção como sendo aquelas:

- que promovem as mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco;
- que estabelecem modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à tomada de consciência em relação a sua situação de vulnerabilidade e risco, considerando os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos;
- priorizam o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em *peer education* e *outreach work* (trabalho em pares e agentes comunitários de saúde), relevando as mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação às DST/AIDS;
- fortalecem as 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;
- desenvolvem as parcerias com organizações não-governamentais, associações comunitárias e de classe, ampliando as ações de prevenção e a resposta à infecção pelo HIV;
- promovem a criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor empresarial e das empresas privadas, e de outros agentes sociais na luta contra AIDS (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

Para as políticas públicas de saúde para as DST e AIDS previu-se a constante reflexão sobre os conceitos de prevenção, promoção à saúde, vulnerabilidade e direitos humanos. E 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. Também foram previstas ações para promover a participação e o controle social, a mobilização de instâncias executoras, legislativas e jurídicas, a mobilização da opinião pública e do público em geral e a disponibilização de insumos como meios para a implantação e sustentação da política de prevenção.

Por fim, as políticas públicas de saúde para o controle e prevenção das DST/AIDS prevêm a avaliação das características e a pertinência da epidemia da Aids e outras patologias correlatas entre segmentos populacionais definidos segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia (BRASIL/PN-DST/AIDS, 2008).

As ações sócio-educativas para a prevenção das DSTs/AIDS, no âmbito da política de saúde do Brasil, vêm sendo desenvolvidas, principalmente, através de projetos previstos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS.

O Quadro 03 detalha os projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS em parceria com estados, municípios e outras instituições da sociedade civil, conforme as populações atingidas, dentre outras especificações.

Populações	Tamanho estimado	Cobertura populacional de projetos da CN (Exclui as ações de Prevenção desenvolvidas pelos Estados e Municípios)	Prevalência de Outras DST
*População em situação de pobreza De 13 anos ou mais Dados PNAD/97	27.764.000 milhões	6.875.215 (24,76%) Este nº é a soma das parcelas de pop. em situação de pobreza de diversos segmentos Trabalhados pela CN, com percentuais diferenciados, de acordo com a característica da população, como se segue: Mulheres 100%; Meninos/as fora da escola 100%, prison 100%; crianças/adolescentes escolarizados 34%; caminhon 10%; garimpeiros 100%; pop. Rural 100%; pop. indíg 100%; pop. disq.Saud.34%; pop. CTA 34%; 10% pop. coberta pelo PACS/PSF; 294.000 (diretamente pelos proj. pobreza)	Estimativa OMS/99 – Pop. de 15 a 49 anos: Sífilis 0,5% Gono 2,8% Clamídia 4% Tricomoníase 7% +ou – 12.000.000 casos dessas 4 DST/ano
*Pop. Feminina De 13 anos ou mais Empobrecidas/dados PNAD/97	*13.882.000	2.346.651 (16,9) Este nº é a soma das parcelas de pop. Fem. em sit. Pobreza de outros segmentos pop. trabalhados pela CN, tais como: Pop. sit. Pob.50%; meninos/as fora escola 50%; Crianças/adolesc escolar. 34%; pop. Rural 50%, pop. indígena 50%; pop. Disq-saú 34%; pop. CTA 34%; 10% pop. coberta PACS/PSF 226.689 (diretamente pelos proj. pop. Fem)	4% (sífilis –população de gestantes) Proj. Sentinela
*Crianças e adolescentes escolarizados	43.900.000 Total (36,2 milhões da 1ª a 8ª série e 7,7 milhões ensino médio)	70% dos estabelecimentos escolares da rede pública e privada desenvolvendo atividades de prevenção	Não há informações
*Usuários de Drogas e Usuários de drogas Injetáveis	795.657	** Total: 40.661 (5,1) (11.245 –UDI) (14.246 – Crack) (15.170 - UD)	HTLV I/II Média de 13% (com variações de 2,6 a 27,2%)
* Profissional do sexo (Masc e Fem) em situação de pobreza	66.000 Estimativa FHI/1995	60.179 (91,18%)	Mulheres 37% (N=73, SP/97) Homens 51,5% (N=606 SP/1992-97)
*HSH	*1.342.509 (2,5% de homens informam relações com homens nos últimos cinco anos) *8.430.954 (15,7% de homens informam orientação Homo/Bissexual) CEBRAP/ CN-1999	37.850 (0,45%, tendo como referência a informação sobre orientação sexual) (2,8%, tendo por referência a informação de relações sexuais de homens com outros homens nos últimos cinco anos) (obs: não estão incluídos os HSH que serão alvo das ações de prevenção dos 20 grupos capacitados em 1999 pelo Projeto Somos)	Coortes HSH Hep. B: 29,7% (N=1080) Sífilis: 16,3% (N=989) Sinais de DST (N=1043) 17,7% Ulceras 12,6% Verrugas genitais 23,5%Corrimentos genitais SP-SP-1999
*Trabalhadores e Empregadores em	76.milhões Pop. Ecn.	19.814.000 *(26,07%)	Não há informações

Locais de Trabalho	Ativa/IBGE 96		
*Prisioneiros	170.000	102.000 (60,0%)	Varição de sífilis: 7 a 43%
*População rural (assentamentos e acampamento)	1.643.400 (72.000) ** (475.800)**	600.000 (36,5%)	Não há informações
*Meninos e meninas fora da escolas de áreas urbanas e fora do trabalho	1.264.000	49.319 (3,9%)	** Degase/RJ/99 Hepatite B: 2,2% masc. e 5,3 fem.; Hepatite C: 0,5 masc. e 0,0 fem; Sífilis: 3,5 masc, e 5,3 fem. ***CAGE/DF/99 N= 250 10% corrimentos genitais 17% úlceras 7% verrugas genitais
*Caminhoneiros de longa distância	700.000	200.200 (28,6%)	8,3% VDRL 13% FTA-abs (Porto de Santos, 1997)
*Povos indígenas	323.000	193.800 (60,0%)	Sinais de DST 62% em Kayapós e 60% em Nambiquara
*Forças Armadas (Exército)	800.000/ano (conscritos) 70.000 (recrutas) 150.000 (efetivos)	100% dos conscritos 70% total recrutas e efetivos acumulado/96-99	0,53%, Sífilis 1997 0,86%, Sífilis 1998 (n= 31.000)
*População garimpeira	222.584**	89.034 (40,0%)	Não há informações
*CTA	88.981.071 faixa etária: 15-49 anos IBGE/00	57.786.603 (64,94%) *Cobertura relativa às pessoas de 15 a 49 anos residentes nas regionais de saúde dos 141 CTA	Não há informações

Quadro 03: Projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/AIDS em parceria com estados, municípios e outras instituições (BRASIL/MS/CN-DST/AIDS, 2000).

Sistematizando algumas das prevalências desses projetos em populações específicas (que envolvem crianças e adolescentes), os seus idealizadores destacam:

a) População em situação de pobreza

- Estimativa da população brasileira em 2000: 165.000.000 (IBGE).
- Segundo conceituação do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) a população em situação de pobreza é aquela que não pode suprir as necessidades básicas, tais como: habitação, vestimenta, remédio e alimentação, etc.
- Os casos de AIDS referidos foram coletados do Boletim Epidemiológico de Agosto/99, e referem-se à população com 0 a 4 anos de estudo. (BRASIL/MS/CN-DST/AIDS, 2000).

b) Crianças e adolescentes escolarizados

- A principal estratégia para desenvolver ações de prevenção de DST/AIDS junto a essa população é a capacitação de professores. A Coordenação de DST/AIDS/MS desenvolve ações de capacitação em duas modalidades: presencial e a distância.

c) Usuários de drogas

- * Dados disponíveis: 11.245 Usuários de drogas injetáveis (UDI) e 14.246 usuários de crack acessados por meio de 15 projetos de redução de danos (PRD); 15.170 usuários de drogas (UD) acessados em 33 projetos de tratamento da dependência química;
- ** As ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, dirigidas a usuários de drogas, estendem-se a todo Território Nacional; ressalta-se a cobertura dos PRD apoiados pela CN, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Paraná, Distrito Federal, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Bahia;
- *** Prevalências levantadas em amostra de 287 UDI, acessados por meio de 05 PRD em estudo epidemiológico (BRASIL/MS/CN-DST/AIDS, 2000).

d) Meninos e meninas fora da escola

Segundo estimativa do MEC, 2 milhões de crianças estão fora da escola. 20% destas encontram-se na área rural e 21% do total estão na faixa etária de ensino médio, devendo estar sendo socializadas no trabalho.

- * Estudo sócio comportamental e de soroprevalência conduzido pela Faculdade de Medicina da USP/96 – São Paulo;
- ** Perfil do adolescente do DEGASE, estudo descritivo sobre uso de droga e prevalência de DST, conduzido pelo Degase (Departamento Geral de Ações Sócio-educativas), ano de 1999-RJ;
- *** Inquérito conduzido pelo GAP/DF, junto aos internos do CAGE (Centro de Atendimento ao Jovem Infrator), 1999, Brasília, DF (BRASIL/MS/CN-DST/AIDS, 2000).

O Ministério da Saúde, por meio de sua Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS) e da Secretaria de Políticas de Saúde em 2001, selecionou

Organizações da Sociedade Civil (OSC), sem fins lucrativos, para o financiamento de projetos comunitários a serem executados em 2002, com recursos provenientes do Acordo de Empréstimo, firmado entre o governo federal, o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Tesouro Nacional (Ministério da Saúde). Conforme Edital de Seleção, a descentralização do processo seletivo, contou com a participação de 8 estados da União: Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás.

Quanto à natureza dos projetos, foram quatro as áreas de atuação previstas: a) Apoio às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS e sua Rede de Socialização (APA); 2) Intervenção Comportamental (IC); 3) Informação/Educação/Comunicação (IEC); 4) Desenvolvimento Institucional e Intercâmbio (DI). Foram considerados no processo de análise e seleção no nível federal, os projetos que priorizavam as estratégias de prevenção cuja abordagem se atinha a questões de gênero e pobreza, nas seguintes áreas de atuação:

(1) Profissionais do sexo feminino e masculino; (2) Homens que fazem sexo com homens, jovens e em situação de risco social; (3) Transgêneros e Travestis; (4) Usuários de drogas injetáveis (redução de danos); (5) População confinada; (6) Mulheres soropositivas (ações preventivas) e mulheres inseridas em comunidades populares; (7) Assessoria jurídica e direitos humanos para pessoas vivendo com HIV/AIDS; (8) Crianças e adolescentes em privação de liberdade ou em situação de rua; (9) Formação de parcerias que estimulem alternativas de sustentabilidade institucional; (10) Reinserção social de pessoas vivendo com HIV/AIDS; (11) Crianças e adolescentes órgãos da AIDS, soropositivos ou não; (12) Fortalecimento de movimentos comunitários com trabalhos voltados para a promoção da saúde e prevenção das DST/AIDS; e (13) Apoio aos Fóruns de ONG/AIDS e/ou Redes contra a AIDS formalmente constituídas (BRASIL/MS/SPS/CN, 2001).

No contexto da política de saúde, destaca-se ainda, a execução do programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), resultado da proposta nacional de combate a DST/AIDS, dirigida para todos os Estados da federação, na intenção de controlar a epidemia. O objetivo do programa é levar até as escolas o diálogo em torno das temáticas: Saúde Sexual e Reprodutiva; Gravidez na Adolescência; Preconceito; Homossexualidade na Escola; O Adolescente vivendo com HIV; Direitos Humanos e Protagonismo Juvenil. O projeto foi previsto para atender escolas de ensino privado e público das redes estadual e municipal (GP1/Saúde, 2008).

Segundo documento do Ministério da Saúde, de 2006, desde o ano de 1995 o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação vem desenvolvendo um trabalho

integrado, do qual nasceu o “Projeto Escolas”, que iniciou as ações apoiando projetos em 16 Unidades da Federação (UF) de maior importância para a epidemia da AIDS, entre 1994 e 1999 (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006).

As estratégias da campanha no país, em 1998 e 1999 estavam baseadas em quatro linhas de ação principais de combate à epidemia do HIV/AIDS:

- 1) Zerar a transmissão vertical do HIV até 2008.
- 2) Estabelecer um programa nacional de prevenção para 7 milhões de adolescentes até o final de 2006.
- 3) Ampliar o acesso aos medicamentos anti-retrovirais.
- 4) Aperfeiçoar os serviços de testagem rápida e tratamento nos países da Cooperação Sul-Sul (BRASIL/MS/CN-DST/AIDS, 1999).

Entre 1999 e 2000, o projeto expandiu as estratégias para as 27 unidades federativas por meio do programa “Salto para o Futuro”, que atingiu cerca de 250 mil professores e mais de 9 milhões de alunos do ensino fundamental e médio. Em 2005, o projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”, foi reformulado, sendo definidas novas estratégias, entre elas, o monitoramento das escolas a partir da inclusão de específico no Censo Escolar; a incorporação de diretrizes para que as ações pudessem atingir alunos a partir das primeiras séries do ensino fundamental; o apoio a estados e municípios na constituição de 22 grupos gestores intersetoriais nas 27 UF; a realização de oficinas macrorregionais; o apoio a eventos regionais e a produção, impressão e distribuição de materiais educativos (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006).

O Grupo Gestor Federal (GGF) do projeto é conduzido pelo Ministério da Educação (Secretaria de Educação Básica, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade), Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST e AIDS, Área Técnica da Saúde do Adolescente e do jovem e Departamento de Atenção Básica), UNESCO e UNICEF. Essas instituições estão encarregadas da elaboração de diretrizes, definição de estratégias, avaliação e monitoramento do projeto (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006).

A política de prevenção da DST/AIDS nas escolas foi consolidada em 9 de dezembro de 2005, sendo apresentado o plano de ações para 2006. Conforme análise, do próprio Ministério da Saúde, foi fortalecida a integração dos dois ministérios (Educação e Saúde), o que significou uma resposta positiva às escolas e às unidades de saúde, que já vinham desenvolvendo ações, e estimulando gestores federais, estaduais e municipais a valorizarem o espaço escolar como um local privilegiado para o

desenvolvimento de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva. Entretanto, restava ainda como desafio, a ampliação da cobertura das ações para toda a rede de ensino fundamental e médio, a qualificação dos serviços de saúde para o acolhimento das demandas dos jovens e o aumento da aceitabilidade de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva, no ambiente escolar, por parte da comunidade.

Quando da consolidação da política de prevenção da DST/AIDS nas escolas, foi reconhecida que “a sexualidade humana é uma construção social e histórica que se dá segundo padrões e injunções sociais, culturais e políticas” e, que daí decorrem conseqüências que precisam ser consideradas quando se trata dos contextos de vulnerabilidade nos quais os jovens estão inseridos (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006, p. 13).

Também vem expresso no documento acima citado, que a educação e a assistência à saúde, relacionadas à vivência da sexualidade devem incorporar as dimensões de gênero, de orientação, de identidade sexual, erotismo, emoção e reprodução, dentre outras categorias temáticas já mencionadas, assim como a identificação das especificidades de cada ciclo do desenvolvimento humano, o reconhecimento da diversidade étnico-racial, a assunção de um conjunto de valores éticos e o exercício da cidadania.

Além disso, a abordagem da sexualidade deve superar o enfoque historicamente vinculado às questões reprodutivas para adquirir uma abordagem que também a relacione com o prazer.

Segundo Lacroix (2006, p. 74), “para o homem de hoje, a necessidade de sentir as próprias emoções prepondera sobre a necessidade de refreá-las”. O processo de liberação emocional dos jovens deve ser ensinado-aprendido. Conforme o mesmo autor, esse processo de liberação emocional evoca a idéia de catarse, termo que se define como “o alívio que sobrevém depois de um estado paroxístico de tensão: depois de experimentar uma emoção intensa, o indivíduo sente-se aliviado” (2006, p. 73).

Ampliando essa compreensão, cujo aprofundamento será feito em capítulo posterior, deve-se entender que “a emoção era percebida pelos antigos como ruim. Era um ‘veneno’, um ‘humor nocivo’ do qual era preciso purgar-se” (idem). Na atualidade, conforme a colocação do mesmo autor:

[...] a palavra ‘catarse’ vem mudando de sentido, pois, ao contrário dos antigos, nossos contemporâneos já não consideram a emoção um veneno, e sim uma

riqueza. [...]. O ideal já não é o homem racional purgado do veneno afetivo, mas o homem que goza a plenitude de seu potencial emocional.
 [...] A emoção já não é [...] uma patologia que convém curar, pois o patológico é justamente impedir sua expressão (LACROIX, 2006, p. 74).

Portanto, como referem os idealizadores do *Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas*, “a sexualidade, além de ser um elemento fundamental da condição humana, deve ter suas diferentes expressões consideradas à luz da cultura dos direitos humanos” (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006, p. 14).

A escola, compreendida como cenário privilegiado de acolhimento cotidiano e continuado de adolescentes e jovens, ganha centralidade nesse projeto, pois os sistemas de ensino abrigam aproximadamente 62% de adolescentes e jovens entre 10 e 24 anos de idade. Mas, não vem sendo capaz de concretizar a proposta de prevenção da AIDS e redução dos casos de contágio entre os adolescentes pelo vírus HIV. Os dados mais recentes mostram um aumento da epidemia. Esse aumento da doença é desigual entre mulheres:

[...] e, particularmente, entre jovens do sexo feminino, o que pode ser parcialmente explicado pelo fato de a iniciação sexual ocorrer, freqüentemente, com homens que já tiveram experiências sexuais anteriores e, portanto, maior possibilidade de exposição às doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL/MS/SVS/PN-DST/AIDS, 2006, p. 14).

De outra parte, na medida em que “o correr riscos torna-se [...] um mecanismo inconsciente de se testar como que para se submeter a um julgamento divino”, como entende Clerget (2004, p. 154). Ou, não seria para retirar de si o excesso de energia negativa e reconduzir corpo e mente à racionalidade? Parafrazeando a anotação de Racine, que na margem de seu exemplar da *Poética* de Aristóteles, escreveu:

A tragédia, ao exercitar o pavor e a piedade, purga e tempera esses tipos de paixão, ou seja, ao exacerbar essas paixões, retira o que nelas há de excessivo e vicioso e as reconduz a um estado de moderação conforme à razão (LACROIX, 2006, p. 74).

Outras percepções sobre a adolescência motivam pensamentos diferentes, mas que parecem confluir para o mesmo entendimento. É o caso de Clerget (2004, p. 155), ao afirmar que “o comportamento arriscado tem ainda um valor de rito de passagem”, conforme visto anteriormente. Também, Jeolás (2007, p. 140-141), ao analisar o

movimento de afastamento e de aproximação dos adolescentes em relação ao risco da AIDS, afirma que:

[...] tal movimento expressa muito mais o complexo processo de representação do risco da AIDS, elaborado pelos jovens, que sua dificuldade de entendimento das questões levantadas. Trata-se de processo que ilustra a dificuldade – nossa também – de pensar racionalmente o risco de uma doença grave e com implicações no domínio da expressão de nossos desejos e prazeres mais profundos.

A partir dessas e de outras percepções e entendimentos, já mencionados, pode-se argumentar que “o objetivo (dos jovens e adolescentes) não é libertar-se da emoção, mas libertá-la”, conforme expressa Lacroix (2006, p. 75).

Visualizada a educação sob esse aspecto, percebe-se que a sociedade atual está a dever aos adolescentes a formação de uma postura quanto ao “valor da educação”, sublinhado por Sócrates, “como desenvolvimento da capacidade de pensar, a arte do diálogo entre os homens no cumprimento do deverem ser sábios, isto é, virtuosos”; “o escopo da educação”, postulado por Aristóteles, através da “formação de hábitos pelo esforço pessoal, pelo exercício repetido e pela intervenção da livre vontade, [...] sendo-lhe essencial o ensinamento para a ação baseada na própria prática e no exercício conscientizador dos costumes existentes”; o processo de educação em sua forma verdadeira, a que conduzia a Paidéia grega, “do homem centrado em si mesmo como medida de todas as coisas, absorto na autocontemplação [...]” (MARQUES, 2002, p. 32-33).

Na perspectiva educacional, as políticas de saúde vêm propondo ações sócio-educativas voltadas para a prevenção das DSTs/AIDS, de maneira que a própria comunidade busque em seu meio a melhor forma de atuar, através da formação de agentes multiplicadores de informação e prevenção, com uma perspectiva sensibilizadora. Entretanto, conforme mencionado anteriormente, ficando “a efervescência do social [...] subsumida nos pressupostos próprios à burocracia estatal” (SILVA, 1998, p. 138), pois as ações públicas visando à sensibilização dos jovens sobre os riscos da AIDS parecem ter ficado mais na racionalidade dos gabinetes.

As ações sócio-educativas promovidas (os inúmeros projetos tendo a prevenção como estratégia de enfrentamento da AIDS) não vêm alcançando seu objetivo – a prevenção –, e através dela, a diminuição do contágio pelo vírus HIV no

país, particularmente entre os jovens, segmento no qual a incidência da AIDS mais vem aumentando.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2006, a idade média de iniciação sexual dos brasileiros em torno dos 15 anos de idade justificou a ênfase dada às ações de prevenção e promoção à saúde, direcionadas à população adolescente e jovem e ao enfrentamento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, outras DST e à gravidez não-planejada dos segmentos da população engajados na educação básica.

Em 2007, professores e alunos do ensino médio de escolas públicas recebem orientações sobre AIDS. No dia 30 de novembro, foi realizada uma “aula simbólica” sobre prevenção sexual realizada de forma simultânea em todo o país, como parte de um programa internacional envolvendo 17 países. No Brasil, a iniciativa integrou o Programa “Educação para todos”, da Internacional para a Educação da América Latina, em parceria com o Ministério da Saúde e Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE). A proposta visou engajar e inserir novos estabelecimentos de ensino no projeto governamental Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e a formação de multiplicadores. Os temas tratavam de saúde sexual e reprodutiva nas atividades escolares (VIANA, 2007).

Segundo Mann (1992), a trajetória das políticas públicas de saúde, a política de prevenção governamental e os objetivos da estratégia de implantação de programas nacionais da AIDS, foram de prevenir a transmissão do vírus, reduzir (controlar) o impacto social e pessoal relativo ao HIV/AIDS e unificar esforços nacionais e internacionais contra a doença; o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde; projetos de âmbito nacional, como o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Verifica-se que a realidade da AIDS continua assustadora.

As ações e programas visando à saúde dos adolescentes, não estão atingindo o objetivo. Não houve mudança no comportamento de risco dos adolescentes, aumentaram os casos de adolescentes com o vírus HIV e de meninas com gravidez precoce, preocupando o próprio Programa de DST/AIDS. Serve de ilustração um registro de julho de 2007, de Três Lagoas (RS):

Dados do Programa apontam que a faixa etária de pessoas com o vírus HIV vem abaixando gradativamente: de 20 a 35 anos, que liderava o ranking, para 15 a 25 anos (ou menos [10-24 anos], descrito anteriormente), que começa a ganhar destaque. Neste ano, o DST/Aids registrou oito novos casos de Aids, deste total, quatro são de jovens entre 15 a 20 anos (BBC NEWS, 2007).

A literatura revisada, neste sentido, aponta que a adolescência é uma fase de vida, onde o indivíduo se encontra em situação de aprendizagem, estando mais aberto à adoção de novos comportamentos, e, também, justifica a pessoa com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

De acordo os mesmos autores, há projetos de intervenção da Coordenação Nacional das DST/AIDS destinados às crianças, aos adolescentes e aos jovens adultos. Nestes projetos, estão sendo treinados agentes de prevenção, como profissionais da saúde que visitam as escolas ou outras instituições, colegas do próprio meio quando se tratam de crianças e adolescentes de rua, professores do ensino à distância (multiplicadores). Mas, parece que o impacto dessas ações preventivas não tem sido avaliado (CAMARGO; BOTELHO, 2007).

A percepção de que a prevenção contra a AIDS entre os adolescentes não está sendo eficaz, porque há falhas na comunicação, em todos os níveis de desenvolvimento das ações sócio-educativas.

Reyna e Farley (2008, p. 65) apontam para falhas de programa:

Os programas de intervenção tradicionais enfatizam a importância de fornecer informações para os adolescentes sobre os riscos e de lhes conceder liberdade para decidir por si mesmo o que fazer. Encorajam os jovens a levar em conta riscos potencialmente letais em relação a benefícios, com frequência, transitórios, e presumem que eles caem em si: de acordo com esses programas, basta contar-lhes os riscos de infecções por HIV e de gravidez indesejada que eles não farão mais sexo sem proteção.

De acordo com estes autores, tais programas se fundamentam em uma série de teorias sobre tomadas de decisão, como a da “estrutura de decisão comportamental” e a da “ação fundamentada”. A partir dessas teorias, como os nomes sugerem, se espera que os adolescentes façam uma comparação entre riscos e benefícios e cheguem a uma conclusão racional sobre suas ações.

Esse modelo de mudança é o mesmo aplicado à mudança organizacional, é “um modelo racional, exige negociação, participação, desenvolvimento de baixo para cima, [...] que se apóia na formalização de análises, avaliações e estratégias, [...] um método de trabalho comum”. É um modelo que facilita à mudança, porque “permite o encontro onde não havia encontro”. Mas, a garantia de viabilidade de permanência e continuidade para mudança depende de três fatores: “a transferência da metodologia para os atores internos (ao grupo), com a substituição progressiva dos consultores externos; a evolução

progressiva da tecnoestrutura; e o investimento em formação”. Também implica a “avaliação dos fatores-chave de sucesso (FCS)”, a “avaliação das dificuldades encontradas”. Há um “conjunto de fatores que promovem efetivamente o êxito” e, permitem à “formulação de planos de ação” para uma mudança seja de atitude, de comportamento, de atividade (caso das organizações) (RIVERA; ARTMANN, 2003, p. 47-68).

O que os idealizadores de programas de prevenção das DST/AIDS ignoraram ou passam por alto, é o fato de que mesmo com toda a orientação e subsídios, nas organizações, inclusive hospitalares, os usuários das informações vivenciam dificuldades gerais, destacando-se “o ceticismo, a descrença na mudança, as barreiras de linguagem, a desconfiança, a indiferença e a recusa a comprometer-se” (RIVERA; ARTMANN, 2003, p. 68).

É evidente que há entre os adolescentes um impacto dos programas visando a mudança de comportamento. Estes, porém, deixam para eles a tomada de decisão, tornando bem mais complexo o posicionamento em relação à transformação de estilos de vida, de comportamento. Para Reyna e Farley (2008, p. 65):

Alguns projetos baseados nessas teorias ajudam a reduzir atitudes perigosas dos jovens. Em sua maior parte, no entanto, alcançam sucesso apenas limitado. Além da modesta a porcentagem de adolescentes influenciados pelos esforços de intervenção, os efeitos positivos dos programas (a maioria dos quais, dura de dez a 20 horas de instrução) costumam desaparecer em meses.

Desse ponto de vista, os referidos autores, consideram que “programas de intervenção que apelam para a racionalidade dos adolescentes são inerentemente falhos – e não porque os jovens não conseguem contrapor os riscos aos benefícios”. Mas, porque “a arquitetura ‘inacabada’ de seu cérebro os impede de pensar como adultos”. Além disso:

[...] Estudos recentes [...] mostram que, ao tomar decisões, os adolescentes costumam levar em conta mais os benefícios do que os riscos. Depois de pesar com cautela os prós e os contras de uma situação, o cérebro adolescente tende com muita frequência a ficar do lado dos benefícios [...] e a escolher uma ação arriscada (REYNA; FARLEY, 2008, p. 65).

Na conclusão destes autores, os programas de intervenção tradicionais também são falhos porque se baseiam na noção de que os adolescentes se consideram invulneráveis, mas as evidências e as pesquisas dos últimos cinco anos, conforme já

mencionado, evidenciam, que o mito da invulnerabilidade está dando lugar a subestimarem os riscos, ou de outra forma não se arriscariam desse jeito (REYNA; KARLEY, 2008).

Falhas na comunicação também são apontadas nas conversas sobre sexualidade na família, no trabalho educativo de professores e de profissionais de saúde, de painelistas e nos discursos de religiosos, dentre outros.

Dias e Gomes (1999, p. 81), estudaram a percepção sobre dificuldades informativas e comunicativas em conversas sobre sexualidade com as filhas. Constataram que “a informação era ambígua desde que os pais não tinham clareza dos valores que pretendiam transmitir aos filhos”. Segundo os mesmos autores:

O contexto em que se estabelecem as conversas entre pais e filhos sobre sexualidade é, em parte, constituído por recordações da vivência familiar, dos tempos de juventude. Em suas lembranças, a descoberta e o desenvolvimento da sexualidade ocorreu em um ambiente repressor, preconceituoso e obscuro (DIAS; GOMES, 1999, p. 87).

Azevedo e Abdo (2006, p. 6), em estudo envolvendo adolescentes de classe média do ensino fundamental, destacam, a partir de outros autores (Mbago e Sichona, 2003; Werner-Wilson, 1998), que “a falta de informações e o desconhecimento da sexualidade fazem com que experiências sexuais prematuras favoreçam a aquisição de DST e sejam responsáveis por danos emocionais”. Também informam, com base nos estudos de Gevelber e Biro (1999) e de Feroli e Burstein (2003), que “adolescentes que recebem orientação dos pais e os percebem disponíveis e acessíveis para conversar apresentam menos comportamentos de risco”.

Debater o sexo e a sexualidade em casa e nas salas de aula vem sendo percebido como uma tarefa difícil, pois existem ainda muitos tabus em torno do assunto. Embora, a escola seja o lugar privilegiado para tratar do tema entre as crianças, jovens e adolescentes, as escolas, no geral não estão preparadas para falar em educação sexual, há falhas de programa e falhas na comunicação. Nessa perspectiva, colheram-se algumas falas de professores e especialistas em publicação da UNOPAR (2007, p. 1-3):

Cláudia da Silva Machado, Coordenadora da área de ciências e biologia do Núcleo Regional de Educação (NRE), assim expressa:

[...] o governo deveria instituir uma matéria específica sobre sexologia, desde que os professores estivessem capacitados para falar do assunto. ‘O

professor de hoje não está preparado para trabalhar questões como a sexualidade, as drogas e o álcool’.

[...] o assunto da sexualidade não pode estar restrito apenas aos professores que trabalham com ciência e biologia. ‘Nem sempre o aluno vai ter uma dúvida e questionar apenas o professor dessas áreas. Muitas vezes, ele vai fazer perguntas ao professor de português ou de matemática’.

[...] a discussão sobre sexualidade deveria ser maior no sistema educacional. [...] a educação sexual não deveria ser um assunto pontual nas escolas, ou seja, o professor falar de sexualidade somente quando o aluno fizer uma pergunta ou se acontecer alguma coisa no colégio. ‘A sexualidade deveria ser conteúdo da grade curricular’.

Se houvesse mais discussão e informação sobre sexualidade, certamente o número de casos de jovens com doenças sexualmente transmissíveis, e de gravidez precoce, diminuiria.

A psicóloga e professora da Universidade Filadélfia, Eliane Belloni, fala sobre a confusão existente entre sexualidade e sexo, a informação dada na escola e na família e as falhas na informação, assim referindo:

[...] a sexualidade deve ser abordada com espontaneidade. ‘Quanto mais tabus se cria em torno do tema, mais se motiva as pessoas a usar a sexualidade de forma inadequada’.

[...] Falar em sexualidade é falar de vida e não apenas do ato sexual. Implica afeto, o gênero e a genitalidade também, mas não se restringe a ela’. A sexualidade deveria ser inserida dentro das escolas porque faz parte da vida humana. Mas, [...] as unidades escolares não estão preocupadas em ensinar isso aos alunos. ‘Nas escolas, a sexualidade faz parte apenas de algumas disciplinas ligadas, às vezes, a ciência, quando se fala de órgãos reprodutores’.

[...] Existem diferenças entre o papel dos pais e das escolas na educação sexual das crianças e dos adolescentes. [...] a orientação que vem da família geralmente está carregada de afetividade, já a orientação das escolas é mais técnica. ‘Não tem como o professor dirigir afetividade para cada aluno na hora de explicar a sexualidade. A informação vinda da escola é para todos, de maneira única. Vinda de casa é individualizada’.

[...] ainda faltam informações sobre sexualidade. Além disso, existem falhas no modo como essas informações são transmitidas. ‘Eu acredito que os adolescentes poderiam ter mais informações se nós tivéssemos políticas públicas voltadas para esse tema’.

[...] a questão da sexualidade se banalizou. ¿ Fala-se da sexualidade como se fala de acidente de carro. Fala-se de camisinha como se fala em trocar de carro. E não é a mesma coisa. ‘[...] ensinar a usar a camisinha e a tomar pílulas não é o suficiente. É preciso incentivar o jovem a respeitar o seu corpo e os seus limites’.

Em termos de prevenção, “faltam indicadores diretos”. Em termos de prevenção, procedimentos relativamente simples, têm alcançado resultados efetivos. Indicadores como: a meta desses programas seria, idealmente, a diminuição da incidência dos casos; em alguns grupos populacionais, como os HSH³⁶ de maior escolaridade. São problemáticos, e incompatíveis com avaliações de curto ou médio

³⁶ Homossexuais, gays.

prazo das políticas públicas de saúde. De acordo com Camargo (1999), na falta de indicadores diretos, e devido à existência de certa indefinição teórica no campo, se buscam formas alternativas de avaliação da eficácia dos programas, com ênfase na quantificação de ações, tendendo a certo “fetichismo numerológico”.

De acordo com Bezerra (2002, p. 1), os temas “sexualidade, uso do preservativo e direito reprodutivo, possuem uma estreita correlação óbvia no discurso, a maneira como nós, governo, profissionais e sociedade, agimos em relação a cada um deles é de forma totalmente dissociada e perigosa”. E complementa:

O prazer produzido em um relacionamento sexual consensual parece até o momento não ter precedentes comparativos, mesmo levando em conta seus efeitos colaterais. A gravidez não planejada e as DSTs, tendo a AIDS como a mais recente e mais temida, são seus efeitos colaterais mais comuns e perseguem a humanidade até os dias de hoje. Enquanto o homem paga o preço das DSTs, a mulher sofre com os dois. [...]. A camisinha, quando usada corretamente, isto é, sem falha no uso e no acondicionamento, oferece uma proteção de 99% contra a AIDS e de 100% para a gravidez não planejada (BEZERRA, 2002, p. 1).

Conforme explicações do mesmo autor, os custos de uma gravidez ou de um tratamento para DST, tanto no setor privado como no público, são elevados. A conclusão lógica, é que o uso da camisinha é seguro, eficiente e econômico para qualquer governo. Assim, se costuma responsabilizar os adolescentes pelas altas taxas tanto da gravidez quanto da AIDS, sem que os adultos se questionem sobre sua participação neste fenômeno. É nesse momento que entra o direito reprodutivo. Procura-se conscientizar os jovens sobre o direito de escolher se querem ou não ter filhos. Para garantir uma escolha, lança-se mão dos métodos contraceptivos, e a camisinha é um deles. Mas, o que é direito reprodutivo?

Direito reprodutivo quer dizer que nós, inclusive ‘nós adolescentes’, temos o direito de nos relacionarmos sexualmente sem termos que pagar com uma gravidez não planejada ou uma doença sexualmente transmissível pelo pecado de exercermos nossa sexualidade. A questão é que, na verdade, não concedemos esse direito aos [...] adolescentes (BEZERRA, 2002, p. 2).

Concluindo o referido autor esclarece que, se a preocupação dos pais, profissionais de saúde, governo e sociedade em geral fosse de fator evitar os danos causados por uma DST/AIDS, o uso da camisinha como solução para diminuir esse

grande problema de saúde pública deveria ser mais estimulado e, principalmente viabilizado. A camisinha deveria ser distribuída segundo a necessidade de cada um, em todos os locais de encontros e, principalmente nos serviços de saúde. As campanhas e as freqüentes distribuições de camisinha requerem verdadeiras maratonas cheias de constrangimentos, que parecem planos bem elaborados para afastar os adolescentes do exercício de uma sexualidade protegida. E ilustra dizendo que “para uma adolescente obter 6 camisinhas, dependendo do serviço de saúde, deverá marcar uma consulta com um médico ou enfermeira e ser cadastrado, o que significa declarar que já está tendo relacionamento sexual” (BEZERRA, 2002, p. 3).

Ele entende que toda essa dificuldade criada é justificada pela necessidade de fazer uma educação sexual e de obter uma estatística. Esta desculpa pode estar encobrindo a verdadeira razão dessa estratégia, que é o controle da sexualidade do adolescente.

Esse controle pode ser visualizado quando a Igreja se pronuncia contra o uso de contraceptivos nas relações sexuais e, com base numa antropologia integral, defende a unicidade do ser humano, a totalidade de seu ser e o uso correto do exercício da sexualidade. Segundo o Pe. Anderson Pina, que é biólogo e mestre em Bioética:

[...] Todo ato sexual é realizado com uma pessoa, não com uma parte desta, logo não podemos instrumentalizar a relação. Influenciada pelo relativismo, pelo hedonismo e pelo utilitarismo, a sociedade atual busca cada vez mais mecanismos que possam dar certa segurança e garantir a realização de todos os seus desejos hedonistas. Um destes mecanismos, que cada vez mais se destaca nesta procura constante de satisfação da própria sexualidade e muitas vezes da genitalidade, baseados numa liberdade sem limites, são os preservativos (PINA; SANTANA, 2008, p. 1).

Já, para o médico sanitário Almir Santana, a camisinha é o único método de dupla proteção. E argumenta:

Existem organizações religiosas que pregam a abstinência sexual como única forma 100% segura de combater a AIDS, a gravidez precoce e outras DSTs, mas entende que educação sexual e uso de camisinha, sim, podem retardar a primeira relação sexual entre adolescentes e diminuir a gravidez precoce. Nas regiões mais conservadoras de países e onde as campanhas de *abstinence-only* (abstinência apenas) são amplamente difundidas, houve considerável aumento dos casos de AIDS (PINA; SANTANA, 2008, p. 1).

Conforme Santana, “[...] no fundo, a AIDS acaba sendo usada para reforçar os valores dogmáticos, ideais de fidelidade, de sexo só após o casamento e com uma única

pessoa”. Para ele “as instituições religiosas devem servir como portadoras de informações corretas sobre a AIDS, e não colocar obstáculos à prevenção” (PINA; SANTANA, 2008, p. 2).

Para Couto (2006), a educação sexual é de responsabilidade da família, cabendo a escola a continuidade e o aprofundamento das informações. Neste contexto mais vasto da socialização, a escola é um espaço onde se pode obter informações mais objetivas, relacionadas com aspectos científicos e técnicos da sexualidade nas suas várias dimensões, como biológica, pessoal e relacional, expressiva, histórica e social, e onde se pode promover o debate sobre as questões atuais ligadas à sexualidade humana (VILAR, 2002).

Quanto aos modelos de prevenção da AIDS no meio escolar, segundo Camargo e Botelho (2007), no Brasil o modelo percebido como o mais utilizado, é o modelo integrado ao ensino regular, embora a prevenção nas escolas conte também com outras pessoas alheias a ela. Neste caminho, os autores fornecem o seguinte esclarecimento:

As atitudes sobre a transmissão sexual do HIV são crenças e avaliações relativas ao objeto AIDS, e têm interesse porque orientam os comportamentos preventivos dos adolescentes em relação a esta epidemia. Sabe-se que a relação entre a informação e a ação (o comportamento) não tem um único sentido. Como explica a teoria da persuasão denominada “modelo da coerência”, existem situações onde a mudança do comportamento precede à intenção de adotar condutas preventivas, e sustentam as mudanças de atitudes sobre a saúde (CAMARGO; BOTELHO, 2007, p. 3-4).

Frente a esse contexto, apenas algumas conclusões provisórias: as falhas na comunicação e o desconhecimento da sexualidade fazem com que experiências sexuais prematuras favoreçam a aquisição de HIV/AIDS; os aspectos das informações disponíveis aos adolescentes que não estão sendo processados por eles estão relacionados a fatores como: falta de objetividade na comunicação; confusão gerada pelos modelos de prevenção no meio escolar; os modelos de educação em saúde que apelam para a racionalidade do adolescente e deixam a cargo do mesmo a tomada de decisão sobre a mudança de comportamento, são falhos na informação, acompanhamento e compartilhamento; falta de avaliação do impacto das ações públicas desenvolvidas; a excessiva importância dada à saúde reprodutiva em detrimento do exercício da própria sexualidade pelos adolescentes; falta de sensibilização dos adolescentes para lidar com as emoções, processo que deve integrar a sensibilização para a mudança de comportamento; falta de aproximação pelo diálogo.

De acordo com Boufleuer (2001, p. 16), o enfrentamento das “patologias do mundo atual, exige [...] o parâmetro da razão comunicativa”. É ela “que deve controlar, em última instância, os processos sistêmicos, colocando-os a serviço das finalidades humanas comunicativamente estabelecidas” (2001, p. 16).

Citando Habermas, o referido autor, ainda coloca que “as patologias modernas, resultam da não-percepção dessas esferas distintas de racionalidade (razão instrumental e razão comunicativa) ou de ingerências indevidas em domínios alheios”.³⁷ E complementa:

[...] A racionalidade instrumental deve ficar restrita ao âmbito da integração sistêmica. Já a racionalidade comunicativa, que se encontra encarnada nos processos de reprodução simbólica do mundo da vida, deve prevalecer no âmbito da integração social (BOUFLEUER, 2001, p. 16).

Nessa perspectiva, o trabalho educativo como fruto da razão comunicativa deve constituir-se como parte integrante e fundamental da história para transformá-la, e não para acomodá-la, deixando a miséria mais aceitável ao disseminar a ideologia da cooptação³⁸ e adaptação.

³⁷ De acordo com Freitag (1993), “fundamentalmente trata-se da penetração da racionalidade instrumental e dos mecanismos de integração sistêmica do ‘dinheiro’ e do ‘poder’ em âmbitos do mundo vivido, fazendo com que os homens submetam suas vidas às forças do mercado e da burocracia estatal, deixando de se guiarem por princípios de ‘verdade’, ‘moralidade’ e ‘expressividade’ comunicativamente estabelecidos” (BOUFLEUER, 2001, p. 16).

³⁸ Atrair (alguém) para seus objetivos, agregar, associar. Referido ao sistema político, o termo “cooptação”, expressa estilo de governo, linha de desenvolvimento (“de cima para baixo”), tipo de domínio exercido pelo Estado. Correlacionando “representação” e “cooptação” política, têm-se como exemplos: na “representação”, tipos de participação política, nível de elites, classe operária, classe média, na “representação” (agregação de grupos de interesses; sindicalismo autônomo; populismo carismático), na “cooptação” (coronelismo; sindicalismo corporativista; populismo paternalista); ideologias políticas à direita, ao centro e à esquerda, na “representação” (liberalismo econômico; eficiência empresarial; objetivos anti-capitalistas), na “cooptação” (moralidade pública e controle social; planejamento central; nacionalismo).

3 O TRABALHO EDUCATIVO PARA ALÉM DA SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL

Este capítulo aborda sexualidade e saúde no currículo escolar, e o encontro da saúde e educação. O aumento da incidência de doenças sexualmente transmissíveis e da contaminação pelo vírus HIV entre adolescentes e jovens vem mobilizando as autoridades educacionais e professores, através dos Parâmetros Curriculares Nacionais, que estabeleceu como um dos temas transversais a Orientação Sexual.

A Orientação Sexual pressupõe o fornecimento de informações aos educandos, na escola, envolvendo a sexualidade e a saúde física e mental, com vistas à formação integral dos mesmos. É com este propósito que, a seguir, analisa-se o tratamento dispensado as categorias sexualidade e saúde no currículo escolar.

3.1 SEXUALIDADE E SAÚDE NO CURRÍCULO ESCOLAR

Esta seção examina as práticas escolares na área da educação sexual e a preparação dos professores, as informações existentes e as necessidades sentidas.

É importante lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/90), instituiu o direito à proteção integral a todas as crianças e adolescentes, os quais passaram à condição de sujeitos com direitos especiais porque são pessoas em processo de desenvolvimento.

No art. 4º, o Estatuto enfatiza a importância de se “assegurar, com absoluta prioridade para as crianças e adolescentes, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação e à educação, dentre outros direitos fundamentais”. A partir dessa disposição legal, se entende a orientação sexual, como um direito que todos têm de conhecer seu corpo, tendo uma visão positiva da sua sexualidade, receber uma informação clara sobre a mesma, desenvolver o pensamento crítico e compreender seu próprio corpo e o do outro, para partindo desse conhecimento tomar decisões responsáveis sobre sua vida sexual.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, disciplina a educação escolar e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), que definem os referenciais de qualidade para a educação no ensino fundamental e médio em todo o Brasil.

De acordo com Altmann (2001, p. 578), “a escola é uma das instituições nas quais se instalam mecanismos do dispositivo da sexualidade: através de tecnologias do

sexo³⁹, os corpos dos estudantes podem ser controlados, administrados”. Ou, segundo a afirmação de Guaciara Louro (1999, p. 25-26):

[...] a escola é uma entre as múltiplas instâncias sociais que exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero, colocando em ação várias tecnologias de governo. Esses processos prosseguem e se completam através de tecnologias de autodisciplinamento e autogoverno exercido pelos sujeitos sobre si próprios, havendo um investimento continuado e produtivo desses sujeitos na determinação de suas formas de ser ou “jeitos de viver” sua sexualidade e seu gênero.

As estratégias que se encadeiam na escola para exercer o controle e para educar os estudantes podem ser analisadas a partir do currículo escolar.

O que se entende por “currículo”? De acordo com Albert Kelly (1981), o termo “currículo” é usado em vários sentidos, e várias definições têm sido apresentadas. Nesta perspectiva, é importante estabelecer o que se quer que por ele se entenda em todo o decorrer deste trabalho.

Buscando esse entendimento, ainda em Kelly (1981), constata-se que o uso da palavra currículo, de um lado, “pode denotar o conteúdo de um assunto ou área de estudos particular”, de outro, seu uso “pode referir ao programa total de uma instituição de ensino” (p. 2-3). A conciliação desses dois aspectos do planejamento do currículo não é destituída de conflitos e, pode apresentar as deficiências de outras tentativas de planejar o currículo de forma fragmentária dentro das matérias, em desarmonia com algum fundamento lógico global, sob esse aspecto, o currículo pode se apresentar como “o produto amorfo de gerações de remendões”⁴⁰ (TABA, 1962, p. 8).

Kelly (1981) refere que as duas dimensões apresentadas do currículo são importantes, “mas é a lógica do currículo total o que deve ter prioridade, [...] uma vez que

³⁹ Por tecnologias do sexo entende-se a mídia, os anticoncepcionais, a camisinha, dentre outros. A mídia, por exemplo, “nas suas múltiplas manifestações, [...] assume relevante papel, ajudando a moldar visões e comportamentos” (BRASIL, 1998, p. 293). Também está relacionada aos artefatos culturais utilizados na Educação dos sujeitos, principalmente de crianças. A facilitação do acesso, a sofisticação tecnológica, o marketing em torno dos filmes e suas personagens, como os de Disney “A Bela e a fera”, “O rei Leão”, “A pequena sereia” (SABAT, 2008, p. 2), conforme já utilizado no século XVIII, quando surgiu toda uma literatura voltada para as crianças e livros como “A Cinderela”, a “Gata Borralheira”, “A Bela e a fera”, dentre outros focalizam o certo e o errado, o bom e o ruim, o belo e o feio. Pois, na argumentação de Michel Foucault (2000), o século XVIII aperfeiçoou uma técnica geral de exercício do poder através de instituições diversas, técnica esta que comporta o dispositivo disciplinar cujo ponto culminante é a normalização, o enquadramento do indivíduo ao que a classe dominante considera normal. Sabat (2008) chama a atenção de que é somente no século XIX que o substantivo “norma” passa a ser utilizado para fazer referência à ordem social e, em seguida, à idéia de corpo normal, ou seja, a pessoas que correspondiam a um padrão físico e moral determinado. Nesses estudos, se inserem os esforços de Foucault para evidenciar os efeitos de normalização que os aparelhos disciplinares provocam.

⁴⁰ O currículo pode apresentar-se sem forma definida, e, inclusive sob o aspecto de um amontoado de recortes de outros currículos anteriores.

ele se estabeleça em base firme, o currículo das matérias individuais se lhe ajustaria automaticamente” (p. 3).

Portanto, a constituição de um currículo escolar não é uma tarefa fácil para a escola, pois envolve duas questões iniciais: Quem define o que? E como a escola deve ensinar? De acordo com as informações obtidas do PROGED (2007, p. 1):

Tradicionalmente, as escolas públicas têm a sua prática pedagógica determinada ou por orientações oriundas das Secretarias de Educação ou pelos próprios livros didáticos. Isso resulta, na maioria das vezes, em uma prática curricular muito pobre, que não leva em conta nem a experiência trazida pelo próprio professor, nem a trazida pelo aluno, ou mesmo às características da comunidade em que a escola está inserida. Por outro lado, isso restringe a autonomia intelectual do professor e o exercício da sua criatividade. E pior: *não permite que a escola construa sua identidade*. Relacionada a isso, existe uma concepção restrita de currículo, próxima do conceito de programa ou [...] de uma simples grade curricular, ou de mera listagem dos conteúdos que devem ser tratados.

Em virtude disso, muitos professores se orientam apenas pelos índices dos livros didáticos. Mas, conforme explicitado (nota 41, abaixo), o currículo é muito mais que isso, ele “abrange tudo o que ocorre na escola” (PROGED, 2007, p. 1).

De acordo com Tomaz Tadeu da Silva (1996), o currículo estabelece formas de melhor organizar as experiências de conhecimento dirigidas à produção de formas particulares de subjetividade. O currículo corporifica determinadas narrativas⁴¹ sobre o indivíduo e a sociedade, por isso se diz que ele constitui sujeitos.

O currículo escolar é mais do que um espaço de transmissão de conhecimentos, ele está envolvido naquilo que o aluno e os professores são, naquilo que se tornam ou se tornarão. Desenvolvendo ou não estratégias para abordar a temática da sexualidade, “o currículo produz, o currículo nos produz” (SILVA, 1999, p. 27), porque cria formas do aluno lidar com sua sexualidade, do aluno se colocar no mundo. Essa é uma “[...] preocupação escolar que vem desde o século XVIII, quando esta questão torna-se um problema público” (ALTMANN, 2001, p. 579).

⁴¹ Por mais que a sexualidade invada a escola por meio das atitudes dos alunos em sala de aula e da convivência social entre eles, e, “os adolescentes testem, questionem e tomem como referência a percepção que têm da sexualidade de seus professores, desenvolvendo inclusive fantasias em busca de seus próprios parâmetros, cabe a escola desenvolver a ação crítica, reflexiva e educativa” (BRASIL, 1998, p. 293), pois existe uma concepção de currículo, “ele abrange tudo o que ocorre na escola, as atividades programadas e desenvolvidas sob a sua responsabilidade e que envolvem a aprendizagem dos conteúdos escolares pelos alunos, na própria escola ou fora dela” (PROGED, 2007, p. 1). Dessa forma, a escola intervém de várias formas na vida dos alunos, “embora nem sempre tenha consciência disso e nem sempre ela acolha as questões dos adolescentes e jovens” (BRASIL, 1998, p. 293).

A sexualidade no século XVIII torna-se um problema público no sentido de que, como parte da aliança firmada no contrato de casamento que os noivos faziam, entrava a sexualidade para a reprodução. Assim, instaurado o novo ideal de conjugalidade, foram criadas muitas expectativas e idealizações, em torno desse ideal:

[...] a idéia de casamento como lugar de felicidade onde o amor e a sexualidade são fundamentais. Desde então, a instituição casamento, moldada pelas determinações econômicas, sociais, culturais, de classe e gênero tem assumido inúmeras formas. O amor e o casamento, tal como o conhecemos hoje, surgiu com a ordem burguesa, mas só ganhou feição a partir do século XVIII, quando a sexualidade passou a ocupar um lugar importante dentro do casamento. O amor, no sentido moderno de consensualidade, escolha e paixão amorosa, não existia no casamento, sendo, em geral, vivenciado nas relações de adultério, e a sexualidade não era vivida como lugar de prazer, sua função específica, era a reprodução (ARAÚJO, 2002, p. 70).

O casamento da Antigüidade à Idade Média era um negócio de família, um contrato entre dois indivíduos não para o prazer, mas para o bem das famílias. Servia de base a alianças, cuja importância se sobrepunha ao amor e à sexualidade, já que a sexualidade para a reprodução era parte da aliança firmada entre as famílias.

Com a revolução burguesa no século XVIII e o início da dessacralização do poder da Igreja, que vai arrancar fora os véus da ilusão religiosa juntamente, surgem as idéias de liberdade individual e uma mudança radical dos valores até então vigentes começa a se instaurar com a nova ordem, renovando os modos de vida pessoal, social e familiar (ARIÈS, 1981). O sistema daí resultante assume como característica principal uma permanente capacidade de mudança.

Entre as grandes mudanças ocorridas no casamento, segundo Ariès (1987), estão a valorização do amor individual, presente na ideologia burguesa, que estabelece o casamento por amor, amor-paixão, com predomínio do erotismo na relação conjugal. Esse novo ideal de casamento impõe aos esposos que se amem, e que tenham expectativas a respeito do amor e da felicidade no matrimônio. Essa imposição é geradora de conseqüências e contradições, e uma delas acabou criando uma armadilha para os casais. Pois, na medida em que se acentuaram as idealizações, e, conseqüentemente, os conflitos resultantes da desilusão pelo não atendimento das expectativas entre os casais, sendo uma delas, a procriação.

Os homens deviam se apresentar às esposas como maridos e não como amantes, em atendimento a regra básica do código moral estóico que defendia o amor-reserva no casamento e o amor-paixão fora do casamento. Os cristãos se apropriaram

da moral estóica e foram mais além na condenação dos prazeres, expulsaram o amor do casamento, indo o mesmo proliferar nas relações ilícitas. O casamento, então, é colocado sob a prova de duração, evoluindo para o divórcio (ARIÈS, 1987).

Esse período (século XVIII) é marcado pelos manuais ou códigos de sexualidade, a reger a vida sexual entre quatro paredes. Segundo Géssica Hellmann (2008), contribuíram para a elaboração desses manuais, médicos, filósofos e pensadores, representando verdadeiros catecismos sobre o que as pessoas podiam ou não fazer, o que era condenável ou não. Os escritos eram baseados em crenças tais como da inferioridade da mulher, dos perigos que ela representava, e, no que era considerado correto à época. Um desses escritos é o Manual da Sexualidade de Venette, do médico francês Nicolas Venette, conforme expresso por Roodenburg (2006), citado por Hellmann (2008, p. 1):

As idéias médicas de Venette, como as da maioria dos médicos de seu tempo, baseavam-se em grande parte nas obras de Hipócrates e Galeno. O seu tratado é dominado pela patologia de humores de Hipócrates: a ciência dos quatro fluidos corporais sangue, muco, bile branca e bile negra. Com base nesses quatro fluidos, distinguíam-se quatro temperamentos: o sangüíneo, o fleumático, o colérico e o melancólico.

De acordo com Foucault (1984), a sociedade burguesa, capitalista ou industrial que se desenvolveu a partir do século XVII, deu início a uma época de repressão à sexualidade através dos discursos, daí a experiência sexual, como toda experiência humana, ser produto de um conjunto de processos sociais, culturais e históricos.

A concepção moderna de sexualidade, segundo Foucault (1997), é representada por uma série de fenômenos englobando tanto os mecanismos biológicos da reprodução como as variantes individuais e sociais do comportamento, a instauração de regras e normas apoiadas em instituições religiosas, judiciárias, pedagógicas e médicas, e também as mudanças no modo pelo qual os indivíduos são levados a dar sentido e valor à sua conduta, seus deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos.

O que significa que a sexualidade é uma construção social que engloba os efeitos produzidos nos corpos, nos comportamentos e nas relações sociais. Em sua trajetória histórica, a atividade sexual sempre foi objeto de preocupação moral e, por isso, submetida a dispositivos de controle das práticas e comportamentos sexuais. Como esses dispositivos são construídos com base nos valores e ideologias predominantes na sociedade, eles assumem formas diferentes à medida que a sociedade muda.

Portanto, a partir do século XVIII, a sociedade dominante não negou o reconhecimento do sexo, ao contrário, instaurou todo um aparato de controle, visando à produção de verdadeiros discursos sobre ele, instituindo uma verdade regulada sobre a sexualidade (ARAÚJO, 2002).

Segundo Ariès (1981), a interdição da masturbação e a forma nuclear (pais e filhos) que a família foi assumindo a partir do século XVIII, são decorrentes deste mesmo discurso, em que o problema da carne (pecado carnal) vai se transformando num problema do corpo (médico) e, principalmente, do corpo doente. Por essa época havia na indústria e no meio urbano um forte movimento em prol da normalização dos hábitos e, de interdição aos escritos pornográficos por estarem os mesmos associados aos atos políticos, bem como, a moralização dos hábitos devido o poder que as prostitutas tinham ao ouvirem as confidências de seus clientes. Portanto, o problema da sexualidade, à época, não estava ligado ao ato sexual em si e nem nas orgias, mas ao trânsito de influências, ao poder. Mesmo assim, construiu-se todo um discurso visando a mudança nos padrões de comportamento sexual, atribuindo-se a dimensão epidêmica que alcançou a sífilis, relação com a sexualidade, gerando por isso intervenções severas em escala populacional e individual, principalmente na França.

Em meados do século XVIII o controle do corpo já estava no âmbito médico, que realizava as demonstrações do perigo físico e, sobretudo, do perigo que emana dos desejos sexuais incontrolados das crianças. As interdições da sexualidade passaram para a responsabilidade médico-familiar com a instauração das inspeções pelos pais das manifestações corporais de seus filhos (ARIÈS, 1987).

Para Haje (2008), a sociedade vive desde o século XVIII, uma fase de repressão sexual:

Nessa fase, o sexo se reduz a sua função reprodutora e o casal procriador passa a ser o modelo. O que sobra vira anormal - é expulso, negado e reduzido ao silêncio. Mas a sociedade burguesa - hipócrita - vê-se forçada a algumas concessões. Ela restringe as sexualidades ilegítimas a lugares onde possam dar lucros, como nas casas de prostituição e hospitais psiquiátricos. A justificativa para isso seria que, em uma época em que a força de trabalho é muito explorada, as energias não podem ser dissipadas nos prazeres (HAJE, 2008, p. 1).

Segundo Michel Foucault, essa é uma hipótese repressiva e vem sendo aceita quase como uma verdade absoluta. Mas ele desconstrói esse pensamento e formula uma nova hipótese, mostrando a seus leitores que ainda que certas explicações

funcionem, elas não podem ser encaradas como as únicas verdadeiras, pois, segundo ele, a verdade nada mais é do que uma mentira que não pode ser contestada em um determinado momento (HAJE, 2008). Nessa perspectiva:

[...] a hipótese de Foucault é que há, a partir do século XVIII, uma proliferação de discursos sobre sexo, incitado pelo próprio poder dominante, através de instituições como a Igreja, a escola, a família, o consultório médico. Essas instituições não visavam proibir ou reduzir a prática sexual. Visavam, sim, o controle do indivíduo e da população (HAJE, 2008, p. 1).

No século XIX e XX, os discursos disciplinadores visando suprimir as formas de sexualidade não relacionadas com a reprodução e com o casamento como lugar legítimo da sexualidade continuaram a ser instituídos. Ainda no século XIX, segundo Haje (2008, p. 3):

Houve uma explosão de discursos sobre sexo, que tomaram forma nas diversas disciplinas, além de se diversificarem na forma também. A medicina, a psiquiatria, a justiça penal, a demografia, a crítica política também passam a se preocupar com o sexo. Analisa-se, contabiliza-se, classifica-se, especifica-se a prática sexual, através de pesquisas quantitativas ou causais.

Através desses discursos, multiplicaram-se as condenações judiciais das perversões menores⁴², anexou-se a irregularidade sexual à doença mental: da infância à velhice foi definida uma norma de desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizado todos os desvios possíveis; organizaram-se os controles pedagógicos e os tratamentos médicos (MUELLER, 2008).

Ainda de acordo com a mesma autora, o sexo lícito era restrito às relações matrimoniais e cheio de prescrições. O rompimento das regras do casamento ou a busca de prazeres estranhos merecia a condenação moral e jurídica. As práticas sexuais fora do casamento – sexualidade das crianças, homossexuais, perversões, devaneios, obsessões, eram consideradas contra a natureza. Enquanto, os libertinos carregavam o estigma da “loucura moral”, neurose genital, desequilíbrio psicológico.

⁴² Entende-se por perversões menores as parafilias (transtornos sexuais - antes chamadas de perversões sexuais, são atitudes sexuais diferentes daquelas permitidas pela sociedade, sendo que as pessoas que as praticam não têm atividade sexual normal, ou seja, a sua preferência sexual ‘desviada’ se torna exclusiva), com exceção da pedofilia que é perversão cruel e criminosa, destaca-se o exibicionismo (exibição dos genitais a qualquer pessoa e, principalmente, em locais públicos), o fetichismo (utilização de objetos para a prática sexual), o voyeurismo (necessidade de observar outras pessoas, sem elas saberem, nos momentos íntimos), o frotteurismo (para obter o prazer sexual, o homem precisa esfregar e tocar suas partes íntimas em outra pessoa, completamente vestida, e sem a permissão dela. Isso ocorre em locais onde há grande concentração de pessoas, como ônibus e metrô), relações poligâmicas, tornar públicas as fantasias privadas, outros (CARVALHO, 2008, p. 1).

Os códigos de delitos sexuais se alteraram e a justiça deu lugar à medicina. O controle e a vigilância sobre a sexualidade aumentaram, ficando grande parte a cargo das instâncias pedagógica ou terapêutica. Conforme informações da literatura, a medicina passou a interferir nos prazeres do casal, inventou toda uma patologia orgânica, funcional ou mental, originada nas práticas sexuais. O poder exercido pelos médicos e pedagogos voltou-se para o controle da sexualidade infantil, interdição do incesto e caça as sexualidades periféricas (sodomia, homossexualismo e outras perversões), conforme Araújo (2002).

Uma série de técnicas e documentações de controles foi criada, como exame médico, investigação psiquiátrica e relatório pedagógico, a fim de que as condutas familiares dissessem não a todas as sexualidades fora do casamento e improdutivas (não-procriativas), mas que na realidade, funcionaram como mecanismos de dupla incitação: prazer e poder, conforme explica Foucault (1997, p. 45):

Prazer em exercer um poder que questiona, fiscaliza, espreita, espia, investiga, apalpa, revela e, por outro lado, prazer que se abraça por ter que escapar a esse poder, fingir-lhe, enganá-lo ou travesti-lo. Poder que se deixa invadir pelo prazer que persegue e, diante dele, poder que se afirma no prazer de mostrar-se, de escandalizar ou de resistir. Captação e sedução; confronto e reforço recíprocos: pais e filhos, adulto e adolescente, educador e alunos, médico e doente e o psiquiatra com sua histérica e seus perversos, não cessaram de desempenhar esse papel desde o século XIX. Tais apelos, esquivas, incitações circulares não organizaram, em torno dos sexos e dos corpos, fronteiras a não serem ultrapassadas, e, sim, as perpétuas espirais de poder e prazer.

Ao centrar a história da sexualidade nos mecanismos da repressão, Foucault (1997) considera duas rupturas: uma ocorrida no século XVIII, com o nascimento das grandes proibições, a valorização exclusiva da sexualidade adulta e matrimonial, a contenção do corpo e os pudores da linguagem; a outra ocorrida no século XX, quando os mecanismos da repressão começam a se afrouxar, passando-se das interdições sexuais rigorosas a uma relativa tolerância das relações extra-matrimoniais. Neste momento “a desqualificação dos perversos teria sido atenuada e sua condenação pela lei, eliminada em parte; ter-se-iam eliminado, em grande parte, os tabus que pesavam sobre a sexualidade das crianças (FOUCAULT, 1997, p. 109).

Estes estudos mostram que a sexualidade é profundamente suscetível às influências sociais e culturais, e, com isso, se quer lembrar que é difícil um currículo ser isento de idealizações sobre sexualidade que correspondam à verdade, já que nele entram representações familiares, dos professores e de poder.

Roodenburg (2006 apud HELLMANN, 2008) deixa claro que, tanto no manual sexual de Venette escrito no século XVIII, como no século XIX e em parte do século XX, as noções sustentadas sobre o corpo eram inteiramente distintas daquelas que se possui hoje.

A sexualidade continua gerando interrogações, idealizações e proibições. Não fosse assim, não haveria tantos *firewalls*⁴³ corporativos bloqueiam sites que têm a palavra sexualidade, enquanto na televisão, em horários que crianças e jovens estão assistindo TV, não é raro ouvir expressões como “popozuda”, “cachorra”, acompanhada de imagens de mulheres representadas apenas como objeto de desejo sexual? A partir dessas exemplificações, percebe-se que o discurso sobre a sexualidade evoluiu muito, contudo, as mentalidades não evoluíram na mesma proporção (HELLMANN, 2008).

Segundo leitura em Araújo (2002), na atualidade as expectativas em relação a sexualidade estão mudando, “os movimentos de mudança levam os casais a reverem suas idealizações sobre o casamento, o amor e a sexualidade” (p. 2). A televisão torna visível que a construção de “novas formas de amar e se relacionar” é permanente, e, visam “responder às exigências de uma sociedade onde os valores e as regras econômicas e sociais estão sempre em mutação” (ARAÚJO, 2002, p. 2). Neste sentido, são as palavras de Mueller (2008, p. 4), ao referir que “forças paradoxais de emancipação e reclusão se fazem presentes no final do século XX” e, mais fortemente nesta primeira década do século XXI, quando se observa que:

[...] a família resguardada, mas não mais nuclear, pois o marido e a mulher estão fora de casa trabalhando e terceiros fazem às vezes de domésticas; a moradia, embora mais fechada, se abre para as mudanças da empregabilidade (terceirização, serviços e terceiro setor), que reeditam, em alusão ao século XVII, a casa como local de trabalho e, contraditoriamente a casa/família se rende à violência urbana, fechando-se (MUELLER, 2008, p. 4).

Assim, a família pós-moderna da contemporaneidade, ao mesmo tempo em que se emancipa e liberta de vários traços dos séculos XVIII, XIX, e, mesmo do século XX, reforça seu isolamento, procurando se defender das pressões, tensões e perigos impostos pela vida em sociedade. Nesse esforço, a família reforça as funções seculares da casa como o ambiente de resguardo (privado) e do trabalho (público). Essa diferença, assim como nos séculos passados, é evidenciada por alguns elementos a marcar essa tendência de isolamento, tais como: “uma a abertura das relações, uma menor

⁴³ Programas de segurança; política de segurança; filtro de segurança.

idealização e menor resignação frente ao destino; que podem ser notadas na ampliação da capacidade de se permitir a fazer escolhas” (MUELLER, 2008, p. 4).

Para Foucault (1997), é inquestionável que a sexualidade se relaciona com o poder, mas sobressai entre o poder e a sexualidade a existência de um tipo de jogo, mesmo que modificado, de posições e funções. Nessa perspectiva, segundo Foucault o gênero e a sexualidade situam-se no âmbito da cultura e da história, e, só podem ser compreendidos se considerados a partir das influências e/ou ligações com o poder, pois nele se inscrevem suas construções/invenções.

Nesta perspectiva, questiona-se, até que ponto, na atualidade, a Orientação Sexual nos currículos escolares e como tema transversal reinscrito na escola a partir dos PCNs, é capaz de, através das práticas escolares, gerarem reflexões entre jovens e adolescentes, capazes de os levarem a mudanças de atitude e nos padrões de comportamento sexual?

De acordo com o que se lê nos Parâmetros Curriculares Nacionais, a partir do século XVIII, a instituição pedagógica não impôs mais silêncio sobre a questão da sexualidade das crianças e dos adolescentes, concentrando seu discurso neste tema, codificou os conteúdos e qualificou os locutores. O que significa que nem sempre as práticas curriculares neste sentido, consideraram as experiências e os conhecimentos dos alunos, dos professores ou as características das próprias comunidades de inserção, o que permitiu a vinculação ao tema sexualidade a intencionalidade dos poderes dominantes para a manipulação do discurso (BRASIL, 1998).

A escola atua sobre a criança e o adolescente na educação sexual, da mesma forma que a família, ao desempenhar essa tarefa. Os pais, mesmo sem falar, mudam o comportamento dos filhos, pelos tipos de cuidados recomendados, expressões, gestos e proibições estabelecidas, carregadas de valores associados à sexualidade. A escola atua sobre o aluno através do seu discurso e do comportamento dos adultos (professores, diretores, supervisores), pois ao expressarem sua sexualidade, transmitem conceitos e idéias, tabus, mitos, preconceitos e estereótipos que ao se incorporando à educação sexual (BRASIL, 1998).

No Brasil, a inserção da educação sexual na escola operou-se a partir de um deslocamento no campo discursivo sobre a sexualidade de crianças e adolescentes, como mostram Diana Vidal (1998) e Fúlvia Rosemberg (1985, p. 11-19), ambas citadas por Altmann (2001, p. 580):

Nos anos 20 e 30, os problemas de “desvios sexuais” deixam de ser percebidos como crime para serem concebidos como doenças. A escola passa a ser tida como um espaço de intervenção preventiva da medicina higiênica, devendo cuidar da sexualidade de crianças e adolescentes a fim de produzir comportamentos normais (Vidal). Durante as décadas de 60 e 70, a penetração da educação sexual formal na escola enfrentou fluxos e refluxos (Rosemberg). Na segunda metade dos anos 60, algumas escolas públicas desenvolveram experiências de educação sexual. Todavia, elas deixam de existir em 1970 após um pronunciamento da Comissão Nacional de Moral e Civismo dando parecer contrário a um projeto de lei de 1968 que propunha a inclusão obrigatória da Educação Sexual nos currículos escolares. Em 1976, a posição oficial brasileira afirma ser a família a principal responsável pela educação sexual, podendo as escolas, porém, inserir ou não a educação sexual em programas de saúde. Durante os anos 80, a polêmica continuou. Todavia [...] as modificações ocorreram quase que exclusivamente em nível de discurso.

Nos anos de 1990, 82% das pessoas ouvidas pelo Instituto de Pesquisa DataFolha, eram favoráveis à inclusão de Orientação Sexual nos currículos escolares (PAIVA, 1996). Se na década de 30, a discussão sobre educação sexual, foi introduzida nas escolas brasileiras, visando o controle da sífilis, doença que fazia numerosas vítimas. A partir da década de 90, a intensificação das preocupações com a introdução da orientação sexual na escola está vinculada ao aumento dos casos de AIDS/DST e à gravidez precoce entre jovens e adolescentes (ALTMANN, 2001).

Novamente, atribui-se à escola a função de contribuir na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente, da AIDS

Na introdução dos PCNs (PCNs, 1997, p. 44), vem descrito que:

A orientação proposta nos PCNs reconhece a importância da participação construtiva do aluno e, ao mesmo tempo, da intervenção do professor para a aprendizagem de conteúdos específicos que favoreçam o desenvolvimento das capacidades necessárias à formação do indivíduo. Ao contrário de uma concepção de ensino e aprendizagem como um processo que se desenvolve em etapas, em que a cada uma delas o conhecimento é acabado, o que se propõe é uma visão de complexidade e da provisoriade do conhecimento [...].

Fica clara, a necessidade de um ensino e aprendizagem permanente, não só em relação às disciplinas tradicionais, pois a evolução da sociedade impõe mudanças e atualizações de conceitos em áreas como História, Geografia e Ciências, determinados pela globalização da economia e da cultura, como também exige uma abordagem mais detida sobre temas complexos como a sexualidade e, a provisoriade do conhecimento, também nesta área.

Como um esforço do sistema educacional brasileiro para formar cidadãos independentes, capazes e aptos, apoiado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação

Nacional, o Ministério da Educação estabeleceu os PCNs, os quais propõem um trabalho educacional em seis grandes temas, denominados transversais, que são: ética, orientação sexual, ambiente, saúde, estudos econômicos e pluralidade cultural. Atendendo-se à proposta da Orientação Sexual como um tema transversal, apresenta-se a seguir como deve ocorrer a transposição para as disciplinas escolares:

A Orientação Sexual na escola deve ser entendida como um processo de intervenção pedagógica que tem como objetivo transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, incluindo posturas, crenças, tabus e valores a ela associados. Tal intervenção ocorre em âmbito coletivo, diferenciando-se de um trabalho individual, de cunho psicoterapêutico e enfocando as dimensões sociológica, psicológica e fisiológica da sexualidade. Diferencia-se também da educação realizada pela família, pois possibilita a discussão de diferentes pontos de vista associados à sexualidade, sem a imposição de determinados valores sobre outros (PCN/MEC/SEF, 1996).

Em 2001, Helena Artmann escrevia que a sexualidade estava na ordem do dia da escola, sendo abordada por meninos e meninas e por diversos especialistas. O espaço escolar é apontado pela mesma autora “como um importante instrumento para veicular informações sobre formas de evitar a gravidez e de se proteger de doenças sexualmente transmissíveis” (2001, p. 1). Todavia, observa-se na explanação da referida autora, que a gravidez sobrepuja os demais conteúdos de Orientação Sexual, inclusive o risco da contaminação pelo HIV.

O tema transversal Orientação Sexual, no entanto, é um tema a ser trabalhado ao longo da educação escolar, cabendo “a escola desenvolver uma ação crítica, reflexiva e educativa que promova a saúde das crianças e dos adolescentes” (ARTMANN, 2001, p. 2). Pois, de conformidade com os PCNs, o trabalho de Orientação Sexual visa:

[...] propiciar aos jovens a possibilidade do exercício de sua sexualidade de forma responsável e prazerosa. Seu desenvolvimento deve oferecer critérios para o discernimento de comportamentos ligados à sexualidade que demandam privacidade e intimidade, assim como reconhecimento das manifestações de sexualidade passíveis de serem expressas na escola. Propõem-se três eixos fundamentais para nortear a intervenção do professor: Corpo Humano, Relações de Gênero e Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS.

A partir de 1980, a demanda por trabalhos na área da sexualidade nas escolas aumentou devido à preocupação dos educadores com o crescimento da gravidez indesejada entre os adolescentes e com o risco de contaminação por HIV entre os jovens (DINIS; ASINELLI-LUZ, 2007).

Já, o interesse do Estado pela sexualidade da população jovem evidencia-se a partir da proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais, tendo com foco a mesma preocupação nutrida pelos professores. Todavia, foi apontada pelos PCNs a Educação Física como um espaço adequado para a orientação sexual (BRASIL, 1998).

Para Artmann (2001), a explosão discursiva sobre o sexo na instituição escolar se deve ao fato da sexualidade ter se evidenciado como um problema em expansão no campo pedagógico e, inclusive ultrapassando as fronteiras das diversas disciplinas. Em virtude disso, o poder público começou a elaborar políticas para gerir a questão. Nesta perspectiva, a sexualidade, inserida entre as “disciplinas do corpo” (p. 2), passa a participar da “regulação das populações” (idem), campo de investimentos político e instrumento de tecnologias de governo.

De acordo com os PCNs, a abordagem do corpo como matriz da sexualidade tem como objetivo:

[...] propiciar aos alunos conhecimento e respeito ao próprio corpo e noções sobre os cuidados que necessitam dos serviços de saúde. A discussão sobre gênero propicia o questionamento de papéis rigidamente estabelecidos a homens e mulheres na sociedade, a valorização de cada um e a flexibilidade desses papéis. O trabalho de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis/AIDS possibilita oferecer informações científicas e atualizadas sobre as formas de prevenção das doenças. Deve também combater a discriminação que atinge portadores do HIV e doentes de AIDS de forma a contribuir para a adoção de condutas preventivas por parte dos jovens (BRASIL, 1998, s.p.).

Em suma, os PCNs se mostraram úteis para a implantação de conteúdos de Sexualidade e Saúde Reprodutiva (educação sexual), além da discussão de princípios democráticos como dignidade, igualdade de direitos, participação e co-responsabilidade, propostos para serem tratados transversalmente, podendo ser abordados a qualquer momento e em qualquer disciplina, não apenas em Educação Física.

A sexualidade passa, então, a ser reconhecida como uma realidade que se apreende com dificuldade, mas que o imaginário e a vulnerabilidade dos diferentes indivíduos e grupos populacionais, segundo Ayres (1996, p. 6-7), “apresentam suscetibilidades diferenciadas frente a determinados aspectos ligados à saúde, decorrentes das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais”.

Portanto, a vulnerabilidade, inicialmente pensada como forma de:

[...] ‘fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo tem de se contaminar pelo HIV, dado o conjunto

formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance da proteção diante do problema', [...] se estendeu para outras questões como a da violência nas relações de gênero e ao uso de drogas e suas conseqüências indesejáveis (LUZ; WOSNIAK; SAVI, 2008, p. 4).

Na explicação das referidas autoras, “com relação à dimensão comportamental, a vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, mas [...] as condições objetivas do meio natural e social” (LUZ; WOSNIAK; SAVI, 2008, p. 4), a isso se junta o grau de consciência dos indivíduos e o poder de transformar comportamentos através dessa consciência. Enquanto isso, “a dimensão social se vincula ao acesso à informação pelos sujeitos ou grupos populacionais, bem como o acesso aos serviços de saúde e educação” (p. 4).

Também, há que se considerar, os aspectos sociopolíticos e culturais relacionados a determinados segmentos populacionais, tais como as crianças e os jovens. Segundo Santomé (1998, p. 131): “as culturas ou vozes dos grupos sociais minoritários e/ou marginalizados, que não dispõem de estruturas importantes de poder costumam ser silenciadas, ou mesmo estereotipadas e deformadas para anular suas possibilidades de reação”. Enquanto na dimensão político-institucional, “a vulnerabilidade diz respeito a aspectos como financiamentos previstos para programas preventivos, [...] o planejamento das ações, a possibilidade de formação de redes, [...], além do compromisso expresso das autoridades para tal” (LUZ; WOSNIAK; SAVI, 2008, p. 4).

Contextualizada a preocupação de educadores e o interesse do Estado pela sexualidade da população, bem como a vulnerabilidade de certos grupos para com as doenças sexualmente transmissíveis e o contágio com o vírus HIV, destacando-se dentre estes, os grupos infantis e juvenis, faz-se necessário analisar como a Orientação Sexual, como tema transversal vem sendo operacionalizada nos currículos escolares.

3.1.1 As práticas escolares na área da educação sexual e a preparação dos professores

A Orientação Sexual nas práticas escolares e a preparação dos professores seguem (ou devem seguir) o que vem disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nos Parâmetros Curriculares Nacionais e no documento de apresentação dos Temas Transversais (TTs). Nesta mesma perspectiva tem-se:

a) Educação sexual na LDB, nos PCNs e nas práticas escolares

Os primeiros artigos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, ao focalizarem a educação, denotam a preocupação com o exercício da cidadania e o pleno desenvolvimento do educando, articulando aspectos como a saúde, a sexualidade, a vida familiar e social, o meio ambiente, o trabalho, a ciência, dentre outros indispensáveis à formação integral do indivíduo. Nesse sentido:

Art. 2º. A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Lei 9.394/96).

Conforme os PCNs, a orientação sexual deve ser abordada de duas formas:

- a) dentro da programação normal, por meio dos conteúdos, ou seja, transversalizados nas diferentes áreas de ensino;
- b) extra-programação, sempre que surgirem questões relacionadas ao tema (SANTOS, 2001, p.10).

Tanto na LDB como nos Parâmetros Curriculares Nacionais, figura a preocupação com a construção da cidadania. No primeiro caso se quer alcançar a cidadania com as escolas trabalhando os conteúdos tradicionais, colocando em segundo plano, debates inevitáveis e essenciais como o da sexualidade humana. Os PCNs não visam à criação de novos conteúdos, mas apenas desvendar a dimensão da sexualidade em geral, oculta ou estereotipada nos conteúdos específicos de cada disciplina (SANTOS, 2001).

Segundo a mesma autora, a proposta defendida pelos PCNs para o Ensino Fundamental visa contribuir para que crianças e jovens possam desenvolver e exercer sua sexualidade com prazer e responsabilidade, objetiva a promoção do bem-estar sexual, pautando-se sempre pelo respeito por si e pelo próximo, e, assim, busca-se garantir a todos direitos básicos, como: saúde, informações e conhecimento, elementos indispensáveis na formação de cidadãos responsáveis e conscientes de suas capacidades. Os Parâmetros Curriculares também apontam para uma transformação na prática pedagógica, pois rompem com a limitação da atuação dos educadores às atividades formais e ampliam um leque de possibilidades para a formação do educando (SANTOS, 2001). Complementando, esta autora esclarece:

A Orientação Sexual destinada ao Ensino Fundamental que os PCNs denominam de Orientação Sexual, busca preencher as lacunas nas informações que as crianças e jovens apresentam, proporcionando informações atualizadas do ponto de vista científico, dando-lhes a oportunidade de formarem opiniões do que lhes é apresentado, desenvolvendo atitudes coerentes com os valores que eles elegerem como seus, ampliando conhecimentos a respeito da sexualidade humana, combatendo tabus, preconceitos, abrindo espaços para discussões de emoções e valores, elementos fundamentais para a formação de indivíduos responsáveis e conscientes de suas capacidades (SANTOS, 2001, p. 11).

Logo, sexualidade é um tema que se tornou obrigatório nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Brasil, devendo a Orientação Sexual ser tratada como um tema transversal. Dessa forma, a sexualidade não é mais um tema exclusivo das aulas de Biologia ou adequado para ser trabalhado nas aulas de Educação Física. A sexualidade é um tema a ser tratado em todas as disciplinas do currículo, dentro de uma visão culturalista (DINIS; ASINELLI-LUZ, 2007, p. 1).

Essa visão culturalista, é entendida como aquela que incorpora nos discursos curriculares, há nas práticas discursivas, formas de pensar de grupos, que contribuem para a valorização da pluralidade cultural e a superação de preconceitos ou idealizações formuladas pelas classes no poder. Portanto, uma prática discursiva com ancoragem social, isto é, “que leva a conexões entre discursos históricos, políticos, sociológicos, culturais e outros”, conforme Grant e Wieczorek (2000), citados por Canen e Oliveira (2002, p. 64).

Por sua vez, Ribeiro (1993) explicita que os PCNs mostram que o trabalho de orientação sexual pode ser desenvolvido desde a alfabetização da criança e se desenvolver ao longo de toda a seriação escolar. Mas, a escola deve usar de cautela ao orientar sobre a sexualidade:

[...] não existe uma faixa etária pré-determinada para que se desenvolva esse trabalho, pois as manifestações da sexualidade infantil ocorrem desde muito cedo e são inerentes ao desenvolvimento humano. Suas expressões mais freqüentes acontecem na realização de carícias no próprio corpo, nas curiosidades sobre o corpo do outro, nas brincadeiras com colegas, nas piadas, entre outras. Essas manifestações também ocorrem no âmbito escolar e é necessário que a escola, enquanto instituição educacional posicione-se clara e consciente sobre as referências e limites com os quais deve trabalhar as expressões da sexualidade da criança (RIBEIRO, 1993, p. 120).

Além disso, deve-se considerar que ainda existe certa dificuldade nas escolas em se trabalhar com a oralidade ou o diálogo sobre a sexualidade. Os professores encontram dificuldade ao discutir a sexualidade na escola, em parte devido à incompreensão dos pais a respeito do assunto; também, lhes falta conhecimento e

preparo, para tratar do assunto nas diferentes faixas etárias e, devido a pouca idade das crianças.

O trabalho envolvendo a sexualidade é esporádico, mesmo assim a escola o trata como um trabalho de Orientação Sexual. Para surtir efeito, esse processo de assimilação deveria ser feito de forma contínua e seqüenciada, o que o tratamento como tema transversal não vem possibilitando, justamente por falta de um maior planejamento por parte de todos os professores.

Analisando a introdução da orientação sexual nas atividades já existentes nas escolas, Lima (2000) a vê como um problema a ser enfrentado por cada escola individualmente. Segundo esta autora:

[...] 'Cada escola tem um tipo de disponibilidade, uma carga horária a cumprir. Se a escola for tradicional, tanto mais complexo, porque a valorização do conteúdo pedagógico muitas vezes supera a compreensão e o interesse pelo tema. Numa escola mais moderna, a ênfase à formação pessoal permite abertura de espaços e inserção do tema na programação. Mas é sempre um desafio', avalia (LIMA, 2000, p. 2).

Sua opinião é de que, a inserção da orientação sexual como tema transversal constitui um problema de difícil solução, inclusive para o planejamento escolar. Ela se pergunta: "Mesmo as oficinas, onde colocá-las? Em horário de aula?" Essa metodologia tem prós e contras: "Escolher uma sala de aula 'fechada' implica em arcar com omissões derivadas da 'manutenção de imagem'. Montar grupos de alunos em horários alternativos também tem suas implicações", contrapõe (LIMA, 2000, p. 2).

b) A educação sexual como tema transversal

A orientação sexual como um dos temas transversais (TTs), deve ser abordada pelos professores em todas as disciplinas:

- a) em **Língua Portuguesa** - Discutir regras do idioma que estabelece, por exemplo, que o plural no masculino inclui as mulheres, mas o plural no feminino exclui os homens.
- b) em **Matemática** - Pesquisar com os alunos dados estatísticos sobre a AIDS em diferentes populações e locais.
- c) em **História** - Incluir conteúdos sobre sexualidade em diferentes culturas, tempos, lugares e a história das mulheres, suas lutas pela conquista de direitos nas diversas partes do mundo.
- d) em **Geografia** - Analisar as conseqüências das migrações na situação das mulheres, nos arranjos familiares, nas ocupações profissionais. Fazer um levantamento das DST/AIDS em diferentes cidades e regiões do Brasil.

- e) em **Educação Física** - Mostrar a importância de se respeitar o corpo e os sentimentos como a base para um relacionamento enriquecedor com o outro. Questionar os padrões de beleza impostos pelos meios de comunicação. Garantir as mesmas oportunidades de participação nas práticas esportivas para garotas e garotos. Ensinar os cuidados necessários para evitar a infecção pelo HIV.
- f) em **Artes** - Trabalhar as situações de discriminação. Por exemplo, os atributos relacionados à sensibilidade artística costumam ser associados ao feminino e um garoto que mostra aptidão muitas vezes sofre algum tipo de preconceito. Podem-se montar peças teatrais e elaborar cartazes que tratem do tema das DST/AIDS (PREVENÇÃO, 2007, p. 2).

Este modelo da educação sexual, no entanto, vem sendo criticado, pois embora o objetivo seja a responsabilização de todas as áreas consideradas convencionais pelo acolhimento das questões dos TTs e, estes devam ocupar o mesmo lugar de importância que as áreas dos PCNs, a colocação em prática desta idéia ficou na dependência de muitos fatores, destacando-se dentre eles:

- a) A maioria dos temas, e entre eles, a educação sexual, são tópicos que já foram oficialmente tratados de modo ambíguo ou silenciados, nas práticas escolares e sociais. Por esse motivo as professoras têm uma lacuna em sua formação. Deste modo, desenvolver o 'projeto de educação comprometida com o desenvolvimento de capacidades que permitam intervir na realidade para transformá-la' (PCNs, 1997, p. 27), proposto pelo texto de apresentação dos TTs é algo distante das possibilidades de trabalho da maioria das educadoras.
- b) Por outro lado, o fato de conteúdos como Ética, Meio Ambiente ou Orientação Sexual não terem sido, até os dias de hoje, contemplados nos currículos oficiais não significa que não foram abordadas em meio aos conteúdos e às múltiplas vivências e experiências escolares (AUAD, 2008, p. 3-4).

No primeiro caso, a inserção da Orientação Sexual como tema transversal pode representar uma imposição e uma tarefa impossível, devido às características da formação dos profissionais para a docência, a organização dos conteúdos em torno de projetos, como prevê a política educacional em questão. No próprio documento de apresentação dos TTs, há o reconhecimento da insuficiência da formação dos professores para lidar com as questões em pauta. Mas, não são mencionadas alternativas para solucionar esse problema de formação inicial e em docência dos professores.

No segundo caso, a inclusão dos TTs no currículo do Ensino Fundamental é justificada pela preocupação com a "formação integral do aluno". A escola, neste caso, situada fora da sociedade, seria um lugar de aprendizado das relações sociais, como se o aluno entrasse na sociedade após a saída do sistema escolar [...] (CUNHA, 1996, p. 65).

Na realidade, a educação sexual não surge na escola a partir dos PCNs. Este tema é reinscrito na escola dentro do contexto histórico e demandas atuais. As práticas pedagógicas constroem e intervêm na relação do sujeito consigo mesmo. Nessa relação, conforme Altmann (2001, p. 578), “se estabelece, se regula e se modifica a experiência que a pessoa tem de si mesma, a experiência de si”.

A experiência de si é segundo Larrosa (1994 apud ALTMANN, 2001, p. 578):

[...] o resultado de um complexo processo histórico de fabricação no qual se entrecruzam os discursos que definem a verdade do sujeito, as práticas que regulam seu comportamento e as formas de subjetividade nas quais se constitui sua própria interioridade. Desse modo, a educação, além de construir e transmitir uma experiência ‘objetiva’ do mundo exterior constrói e transmite também a experiência que as pessoas têm de si mesmas e dos outros como ‘sujeitos’.

Para Jorge Larrosa, os dispositivos pedagógicos⁴⁴ são como constitutivos de subjetividades, porque são capazes de influir sobre a experiência que as pessoas têm de si mesmas, modificando-as. As teias de poder que se encadeiam na escola para exercer o controle e educador os estudantes, conforme mencionado anteriormente podem ser analisadas a partir do currículo, que é anterior ao surgimento dos PCNs na escola e, a reinserção da Orientação Sexual na escola, também já explicitado (ALTMANN, 2001).

Nessa ótica, o professor deve estar preparado para realizar um trabalho cultural, isto é, ser um agente cultural, que busca transformar relações e comportamentos em seus discursos e práticas, conforme expressam Boyle-Baise e Gillette (1998), mencionados por Canen e Oliveira (2002), ao abordarem sobre a inserção do projeto multicultural⁴⁵ em uma visão pós-moderna de sociedade.

No mesmo sentido, são as manifestações de Bayle-Baise e Gillette (1998) e Moreira e Macedo (2000), também mencionados por Canen e Oliveira (2002, p. 62), sobre a necessidade de a prática escolar considerar a “*crítica cultural permanente dos discursos*” como possibilidade dada aos alunos de analisar suas identidades [...], criticar mitos sociais que os subjugam, gerar conhecimento baseado na pluralidade de verdades

⁴⁴ São considerados por Larrosa (1994), como qualquer lugar no qual se aprendem ou se modificam as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo.

⁴⁵ O multiculturalismo constitui, segundo autores como Grant (2000) e McLaren (2000), em uma ruptura epistemológica com o projeto da modernidade, no qual se acreditava na homogeneidade e na evolução ‘natural’ da humanidade rumo a um acúmulo de conhecimentos que levariam à construção universal do progresso. por sua vez, insere-se em uma visão pós-moderna de sociedade, em que a diversidade, a descontinuidade e a diferença são percebidas como categorias centrais. Da mesma forma, contrapondo-se à percepção moderna e iluminista da identidade como uma essência, estável e fixa, o multiculturalismo a percebe como descentrada, múltipla e em processo permanente de construção e reconstrução (CANEN; OLIVEIRA, 2002, p. 61).

[...]” [grifo das autoras]. Essa crítica cultural permanente dos discursos pode ser aplicada na escola a qualquer tema, dentre eles, à Orientação Sexual, desde que a prática pedagógica seja desenvolvida dentro de quatro dimensões: construção, voz e escolha, crítica, ativismo social.⁴⁶

A educação sexual é um direito assegurado às crianças, jovens e adolescentes, na Constituição Federal de 1988 (art. 227), quando refere à assistência integral à educação e à saúde, dentre outros direitos fundamentais. O Estatuto da Criança e do Adolescente, também enfatiza “a importância de assegurar como prioridade para as crianças e adolescentes, a efetivação desses direitos fundamentais onde se incluem, entre outros, o direito à vida, à saúde, à alimentação e à educação”.

A educação sexual, conforme estes Estatutos básicos que norteiam a vida de crianças e adolescentes pode ser assim entendida:

[...] um direito que todos têm de conhecer seu corpo e ‘ter uma visão positiva da sexualidade, uma comunicação clara em suas relações, ter pensamento crítico, compreender seu próprio comportamento e o do outro e tomar decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual, agora e no futuro’ (GTPOS/ABIA/ECOS, 2001, p. 1).

Conforme ficou evidenciado acima, as escolas não vêm promovendo uma educação sexual de forma contínua. O que existe é uma prática escolar esporádica, embora um levantamento feito pela Associação para Tratamento e Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), junto às secretarias de Educação e Saúde de 2.138 municípios brasileiros, tenha demonstrado um aumento nas atividades preventivas nas escolas. Havendo saltado de 19% em 1998 para 66% em 2004. Estes números não são considerados significativos, quando comparados com outros dados do Ministério da Saúde (MS), que apontam que mais de 70% dos casos de AIDS no país estão concentrados na população com faixa etária entre 10 e 19 anos.

Como tema transversal a Orientação Sexual supõe um tratamento plural, isto é, que todas as disciplinas e a comunidade escolar estejam comprometidas com este tema. Mas, percebe-se que as determinações dos PCNs, principalmente quanto ao comprometimento da escola com a Orientação Sexual, não vem se concretizando. Não são todos os professores que estão preparados para abordar o tema. Os alunos continuam recebendo informações contraditórias e não são atendidos em suas

⁴⁶ Esta proposta será aprofundada posteriormente.

necessidades de conhecimentos sobre o sexo, como se a sexualidade fosse algo ruim, distante da realidade de cada um, e principalmente das crianças e jovens.

3.1.2 As informações contraditórias e as necessidades sentidas

A introdução pelos Parâmetros Curriculares Nacionais da Orientação Sexual como um tema transversal do currículo escolar faz da escola um lugar onde o trabalho de educação deve articular os vários aspectos da vida de crianças e jovens, tais como a saúde, a sexualidade, a vida familiar, social e emocional, com outras áreas do conhecimento, tais como Língua Portuguesa, Matemática, Ciências, História, Geografia, Educação Física, Artística e Religiosa.

Mas, as informações que a escola fornece sobre sexo, gênero, saúde e sexualidade são contraditórias. Vestena e Martins (2008), explicam como as determinações formais do currículo vão se manifestar na escola. Segundo estas autoras, há diferentes formas de concretização ou de expressão do currículo, que precisam ser conhecidas, pois elas influem diretamente sobre as informações transmitidas na escola. São identificadas pelas autoras três formas de currículo: o formal, o real e o oculto. Essas expressões do currículo são assim definidas:

O **currículo formal** é entendido como o conjunto de prescrições oriundas das diretrizes curriculares, produzidas tanto no âmbito nacional quanto nas secretarias e na própria escola e indicado nos documentos oficiais, nas propostas pedagógicas e nos regimentos escolares (VESTENA; MARTINS, 2008, p. 3).

Esta forma de expressão do currículo é determinada legalmente a partir da Lei de Diretrizes da Educação e Regimento Interno das escolas e colocado nas diretrizes curriculares, nas propostas pedagógicas e nos planos de trabalho.

O **currículo real** é a transposição pragmática do currículo formal, é a interpretação que professores e alunos constroem, conjuntamente, no exercício cotidiano de enfrentamento das dificuldades, sejam conceituais, materiais, de relação entre professor e alunos e entre os alunos (VESTENA; MARTINS, 2008, p. 3).

Este currículo real é o que está em ação na escola. É construído por professores e alunos, a partir dos elementos do currículo formal e das experiências pessoais de cada um.

O **currículo oculto** é aquele que escapa as prescrições, sejam elas originárias do currículo formal ou do real. Diz respeito às aprendizagens que fogem ao controle da própria escola e do professor e passam quase despercebidas, mas que têm uma força formadora intensa (VESTENA; MARTINS, 2008, p. 3).

Este currículo oculto é aquele que vai se manifestar através das relações de poder entre os diversos grupos dentro da escola, evidenciando-se nos comportamentos de discriminação dissimulada das diferenças, nas profecias auto-realizadoras dos professores, na maneira como os funcionários tratam os alunos e seus pais, no modo de organização da sala de aula, nos cartazes e avisos pendurados nas paredes, nas condições de higiene e no espaço físico da escola (VESTENA; MARTINS, 2008).

Como estas três formas de currículo convivem num mesmo espaço escolar vai responder como a educação sexual, as DST's e a AIDS/HIV entram no currículo escolar. Para Sacristán (1995, p. 104):

A ordenação do currículo especializa seus componentes, atribuindo tempo próprio para cada tipo de conteúdo (atribuindo assim, professores diferentes a cada um deles e também recursos ou materiais didáticos específicos). O conhecimento a ser assimilado está, pois, classificado para ser adquirido por todos, com uma certa distribuição interna, determinada por certos tipos de subculturas especializadas.

Dentro dessa ordenação do currículo, e da cultura assimilada pela escola desde muitas décadas, há pouco espaço para adaptar o ensino às diferenças dos alunos, mais difícil ainda é os professores acolherem a Orientação Sexual em suas disciplinas. Em parte, porque não possuem o preparo adequado para orientarem sobre a sexualidade, e, muitas vezes, também não se acham em condições de incluírem esse conhecimento nos planos de trabalho.

Esse despreparo dos professores ocorria na década de 1990, e, percebe-se que adentrou o século XXI.

Gonçalves (2000), em estudo realizado em 1998 sobre a educação sexual no contexto escolar, traz esclarecimentos relevantes sobre a educação sexual na escola e o preparo dos professores. A partir de duas experiências em educação sexual realizadas em Goiânia, uma desenvolvida entre 1993 e 1995, pelo Grupo Transas do Corpo, diz respeito a execução de um projeto de capacitação de professores/as da rede pública estadual; e outra ocorrida entre 1994 e 1995, oferecida pela Secretaria Municipal de Educação em parceria com o GTPOS/SP, também visando a capacitação em orientação

sexual para professores/as da rede pública, como parte do Projeto Brasil, desenvolvido pelo GTPOS, em seis cidades brasileiras, aponta:

Dos 131 sujeitos pesquisados em sete escolas estaduais e dez municipais, 96% aprovam a educação sexual na escola, a partir das primeiras séries do ensino fundamental. Consideram que os professores ainda não estão preparados para a tarefa e que a formação em sexualidade humana deveria ser garantida pelas secretarias de educação e pelas universidades. Nem todas as escolas que recebem capacitação oferecem atividades de educação sexual, sendo que 31% dos pesquisados admitiram fazê-lo ou tê-lo feito em algum momento (GONÇALVES, 2000, p. 2).

Com esta pesquisa a referida autora mostra que “mesmo em processos de formação e implantação de projetos, há dificuldades para a inserção de novas práticas na escola” voltadas à educação sexual. Além disso, ela aponta para a carência de recursos materiais, pessoal capacitado e à falta de apoio institucional. Por fim, Gonçalves (2000), coloca em evidência a necessidade de aprofundamento nas discussões sobre as implicações sociais, subjetivas e políticas da inclusão da temática da sexualidade na educação.

De acordo com Parreira e Teixeira (2002), a formação dos professores, para que contribuam para a construção de uma nova cultura da saúde, deve ser continuada. Nesta perspectiva entendem que:

[...] os Parâmetros, para que possam ser trabalhados em sala de aula, precisam desencadear uma reflexão sobre as práticas de saúde dos próprios professores, alunos, funcionários e comunidade escolar. [...] as sugestões contidas nos Parâmetros, mais do que orientações metodológicas, são contribuições para que o professor possa dar sentido às questões de saúde que o rodeiam. É no cotidiano escolar e na escola, como espaço privilegiado de formação, que acontecem as relações com o conhecimento, com os grupos de alunos, de pais, de professores e com a comunidade (PARREIRA; TEIXEIRA, 2002, p. 1).

As referidas autoras, ainda colocam em evidência a necessidade da relação entre a educação e a saúde, como campos de conhecimentos e de práticas, irem além de ações pontuais, “passando a estabelecer outro ponto de interseção, o que permite uma maior integração dos saberes acumulados por tais campos” (PARREIRA; TEIXEIRA, 2002, p. 2). Isso ocorre, porque “[...] os processos educativos, assim como os processos de saúde e doença, incluem, igualmente, tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de desenvolvimento de ações coletivas e de fomento à participação” (2002, p. 2).

Em face às informações contraditórias que a escola fornece sobre sexualidade e saúde corporal às crianças e adolescentes, buscou-se conhecer as necessidades sentidas pelos mesmos em relação a esses campos (saúde e sexualidade).

As informações neste sentido são escassas. Uma pesquisa realizada com cerca de 1000 estudantes de 2º grau da rede pública do Estado do Rio Grande do Sul, em 1987, evidenciou que o conhecimento dos alunos sobre sexualidade e DST era insuficiente. As fontes de informações sobre esses temas foram assim distribuídas pelos jovens:

[...] Como primeira fonte para estas informações os jovens do sexo masculino citaram os amigos, e os do sexo feminino, os pais. Em suas dúvidas, as necessidades mais sentidas referem-se às de interesse médico, enquanto que as menos citadas relacionam-se aos cuidados preventivos. Quanto à conduta para evitar DST constata-se um nível aceitável de conhecimento, recebendo ainda destaque as crenças populares. Em relação aos locais onde gostaria de receber informações sobre DST destacaram-se a família, a escola e unidades sanitárias. Os jovens (96,8%) atribuem importância aos programas educativos sobre DST e o período escolar como mais apropriado para introduzi-los é o 1º grau. Em relação à faixa etária, 94,1% sugerem programas educativos iniciados até os 15 anos (RS/ANAIS..., 1987, p. 1).

Passadas duas décadas desde os dados da pesquisa referidos acima, novos estudos revelam que, apesar dos jovens terem mais acesso à informação (TAVARES, 1996) sobre DST/AIDS, principalmente a partir da introdução da Orientação Sexual como tema transversal no currículo escolar, Reis (2000, p. 2), considera que ainda existe “interação/tensão entre as formas escolares de organização do conhecimento sobre o sexo, bem como, [um] abismo entre o que se ensina e o que os jovens querem aprender sobre o tema”, dentre outros aspectos, já que há uma multiplicidade de conceitos sobre sexo, sexualidade e diferenças sexuais, representadas pelos escolares, em seus discursos, e, outros tantos, apropriados por eles da Educação Sexual estatal e normatizada.

Para explicar essa contradição existente entre informações fornecidas e necessidades sentidas pelos jovens, ou mesmo, para explicar suas resistências ao uso de preservativos ou de outros cuidados de si, Reis (2000), recorre a Michel Foucault, pois em suas teses:

[...] a sociedade capitalista não obrigou o sexo a se calar ou a esconder-se, ao contrário o sexo é incitado a confessar-se e a manifestar-se, através de uma multiplicidade de estratégias onde proliferam discursos que nos convidam incessantemente a enunciar nossa sexualidade, utilizando para tal, instituições

como a igreja, a escola, a família, o consultório médico e saberes como: a demografia, a biologia, a medicina, a psicologia, a psiquiatria, a moral e a pedagogia (REIS, 2000, p.2).

De acordo com Foucault, a sexualidade, é um dos temas que, historicamente se fazem atuais a partir de problematizações sobre as práticas de sujeitamento e as instituições que as exercitam. Assim, se existe uma vontade de saber sobre a sexualidade, é porque ela foi transformada em estratégia de controle disciplinar do corpo e da população (REIS, 2000).

Significa que, por mais que se busque conhecer sobre a sexualidade sempre haverá dúvidas, porque paralelamente ao conhecimento transmitido são criadas novas idealizações, alimentando ou tornando sempre nova a vontade de saber mais sobre a sexualidade. Ficando-se com a impressão que não se sabe o suficiente sobre ela.

Diante das DST/AIDS, pais, psicólogos, professores, médicos, não podem mais continuar pretendendo regular o comportamento ou deter o controle dos saberes dos jovens, principalmente sobre sua sexualidade, ocultando-lhes o que eles têm de perigoso ou pecaminoso, ou que os adultos julgam assim (REIS, 2000).

A escola, através dos professores, psicólogos e médicos, deve desenvolver a preocupação em aprofundar a construção da subjetividade do escolar a partir da Educação Sexual e da vivência do cuidado de si, através do “desenvolvimento de um saber específico acerca de si mesmo” (REIS, 2000, p. 3).

Segundo ainda a mesma autora, a escola foi um terreno fértil para a disseminação de comportamentos sanitários e higiênicos voltados a um conjunto de hábitos e atitudes, físicas e morais adequados ao sistema político do século XIX. Da mesma forma deve proceder na contemporaneidade, acerca do cuidado de si, só que “reprimindo menos e ressaltando mais os erros, para numa ação corretiva atingir o cerne de seu caráter e de sua alma como forjadores de futuros e autênticos cidadãos” (2000, p. 3).

Hoje, a adolescência sendo uma fase marcada pela vulnerabilidade ao HIV/AIDS, a escola se vê na premência de intensificar a compreensão da necessidade da Educação Sexual entre os jovens, veiculando saberes que realmente possam auxiliar e ajudar a constituir cotidianamente os sujeitos. Em face disso, a escola tem reconhecido a necessidade de ampliar a utilização dos discursos médicos e biomédicos (de sexólogos e educadores sexuais [REIS, 2000]), visando o fornecimento de orientações sobre o uso da sexualidade de forma adequada.

Pois, segundo Martini (2008, p. 1), hoje “os adolescentes tem que ter acesso a informações atualizadas sobre temas relacionados à pandemia da AIDS e a desconstrução de mitos e distorções referentes à origem, transmissão e prevenção do vírus HIV”. Ressalta ainda a mesma autora que, “tais distorções gera atitudes preconceituosas dificultando a convivência e integração de pessoas com HIV/AIDS no meio social, familiar e profissional e a adoção de comportamentos preventivos” (2008, p. 1).

Silva (1996, p. 201), já referia sobre a necessidade de se “analisar a educação e trabalhar na educação de uma perspectiva culturalista”, e que isso:

[...] implica prestar atenção às formas e processos pelos quais as histórias e narrativas que são contadas no currículo estão implicadas em relação de poder. Envolve questionar essas histórias e narrativas em seu poder de representação – do mundo social, dos diferentes grupos sociais, dos interesses divergentes (SILVA, 1996, p. 201).

Quanto à educação para a prevenção contra o vírus HIV/AIDS, nos últimos anos, o conceito de vulnerabilidade, segundo Martini (2008, p. 3), “vem sendo utilizado intencionalmente criando uma categoria conceitual que retira a prevenção do nível apenas individual e o remete à complexibilidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra”. Dessa forma, “os comportamentos associados à maior vulnerabilidade [...] emergem do grau de consciência destes indivíduos, decorrente do poder de transformação destes comportamentos a partir da consciência e da idéia de vulnerabilidade” (MARTINI, 2008, p. 3).

Se a orientação sexual no lar, na escola e a promovida pelos meios de comunicação, não sensibiliza os adolescentes, não os seduz para se cuidar, tampouco à responsabilizarem-se pela vivência da sexualidade, deve haver por parte dos educadores maior disponibilidade pessoal, maior carinho ao tratar sobre a questão. Por carinho, segundo a psicóloga Rosely Sayão, deve-se entender:

[...] as possibilidades que os professores têm para ouvir, por trás da malícia, a curiosidade, a vontade de saber, a precisão de informações para o exercício da sexualidade que já se iniciou, a maioria das vezes precocemente, a necessidade de um agir rápido ante alguma situação inesperada e carregada de tensão envolvendo a sexualidade (SAYÃO, 1995, p. 271).

Para aplicar a formação que recebeu para ser multiplicador de informações e atitudes que irão contribuir para a vida prática de seus alunos, o professor deve ser um

mestre com carinho. Mas, de acordo com a referida especialista, o professor tem carência de informação, de formação especializada, de conhecimentos na maneira de abordar o assunto com crianças e jovens em cada etapa específica do desenvolvimento (SAYÃO, 1995).

O papel do professor no contato com os jovens, não é reproduzir o esquema dos pais, pois se agir assim, tudo o que poderia acontecer de positivo no desenvolvimento do aluno, nessa área, pode se transformar no contrário. O papel do educador é praticar a gestão pela escuta, definir sua área de responsabilidade e da escola, para não aprisionar o aluno em uma área restrita, pois ele se movimenta no sistema em busca da satisfação de suas necessidades (RIVERA; ARTMANN, 2003).

Na adolescência propriamente dita, em torno dos 15 ou 16 anos, é que o adolescente está estruturado para lidar com o sexo oposto. O papel do professor é procurar intervir na “construção de uma conscientização” relativamente às questões de prevenção das DSTs/AIDS, onde o educar para a saúde, empregando meios que potencializem a divulgação de informações, procedimentos, modos corretos de agir, normatização para cuidar e prescrições para o cuidar-se, concorre para prevenir a Aids, controlar as doenças sexualmente transmissíveis, diminuir o número de sujeitos doentes e preservar a saúde da população (BALDO, 2005).

3.2 O ENCONTRO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

3.2.1 O encontro da doença e da medicina, do paciente e da médica

No Brasil, de acordo com Fialho (2008, p. 92), “pesquisas sobre incidência e prevalência de DSTs entre adolescentes ainda são raras, mas estudos isolados demonstram sua vulnerabilidade cada vez maior ao risco de contraí-las”, principalmente quando se trata de doenças como “gonorreia, infecções por clamídia, sífilis, hepatite B, herpes genital, condilomas ou verrugas genitais (HPV), tricomoníase, [...] todas elas passíveis de coexistir com o vírus HIV” (2008, p. 92).

Segundo a mesma autora, o “desafio no trabalho clínico com os adolescentes está em abordar questões relacionadas à atividade sexual sem adotar uma postura autoritária” (FIALHO, 2008, p. 96). Outro ponto a ser observado pela médica é também o de “[...] assegurar o sigilo das informações fornecidas pelo paciente, bem como garantir a privacidade das consultas” (2008, p. 96).

O médico pode contribuir para que o paciente de AIDS e sua família encontrem um ponto de equilíbrio, construindo uma relação baseada na confiança e no diálogo, pois a relação médico-paciente ultrapassa o limite simplesmente biológico da intervenção médica e se aprofunda em relação terapêutica (KNOBEL apud KNOBEL; SILVA, 2004).

Também há os dilemas éticos e legais vividos pelo médico e paciente que dizem respeito a, até quando o tratamento deve perdurar. Para atingir níveis de excelência em saúde, é necessário que o médico respeite os valores subjetivos do paciente. Nesta perspectiva diversos trabalhos:

[...] mostram que a maioria dos pacientes faz referência a dificuldades comunicacionais com o médico e não a sua competência clínica, apontando que um bom relacionamento aumenta a satisfação do paciente e a qualidade do serviço de saúde, além de influenciar positivamente sobre o estado de saúde do paciente (LEY, 1988; CAPRARA et al, 2004 apud SILVA et al, 2008, p. 2).

De acordo com Silva et al (2008, p. 2), “angústias, medos, sofrimentos apresentam-se na vida dos pacientes e de suas famílias, necessitando estabelecer um vínculo com o profissional como coadjuvante terapêutico” (2008, p. 2).

Desde 1992, o protocolo SPIKES, publicado por Buckman, é uma das referências metodológicas mais adotadas a nível internacional na comunicação de más notícias. Silva (2008) refere que, a relação médico-paciente, deve ser mantida com autenticidade do início ao fim do tratamento. Para ambas as partes, incluindo do lado do paciente, seus familiares e os que lhes são próximos, impõem-se, um posicionamento esclarecido a cerca de direitos e deveres. Neste sentido, o referido autor, coloca como direitos do paciente, o direito à verdade, o direito ao diálogo, a autonomia e decisão, terapia e benefício.

Considera o mesmo autor que “silenciar ou evitar o assunto, ou mesmo contornar a verdade, são atitudes que não anulam os sinais, mas, antes, exacerbam a expectativa do paciente diante de algo cujo alcance ele não pode compreender inteiramente” (SILVA, 2008, p. 2). Também preceitua que, os textos de ética médica costumam vincular o direito do paciente saber a verdade, seja do ponto material, seja do ponto de vista existencial. Nessa perspectiva, a comunicação entre médico e paciente assume função primordial, pois é um diálogo aberto e sistemático, planejado e individualizado, que proporcionará condições para que a repercussão emocional de “saber a verdade” não se transforme em desordem psicológica.

O diálogo inclui respeito à dignidade do paciente, o reconhecimento da autonomia, da liberdade do sujeito que se afirma sobre a fragilidade que a doença acarreta (SILVA, 2008).

Segundo Pereira (2005, p. 1), “o consentimento informado é uma condição indispensável da relação médico-paciente, que leva a uma decisão voluntária por pessoa autônoma e capaz”, isto é lógico, após processo informativo, visando à aceitação de um tratamento sabendo a natureza do mesmo, seus objetivos, riscos e benefícios. A omissão de informação ao paciente, relevantes ao processo decisório é um limite a autonomia do paciente.

O exercício da Medicina traz um importante desafio no estabelecimento de uma adequada relação entre o médico e o paciente. A suspeição da presença de uma DST precisa ser abordada com cautela pelo médico, ao informar sobre suas hipóteses diagnósticas (OSANAI, 2004).

A questão do paciente grave, com poucas perspectivas de melhora ou possibilidades quase nulas de cura, também causa discussão e gera controvérsias. Segundo Osanai (2004, p. 2), “estimativas de sobrevivência são geralmente equivocadas e sujeitas a uma ampla margem de erro”. Portanto, é desumano e tecnicamente inaceitável informar aos pacientes sobre a inexistência de chances de tratamento ou cura.

De acordo com Goldim (2008), quanto ao paciente, há a necessidade de se respeitar todas as áreas de sua subjetividade. Todo paciente tem direito à verdade, a única exceção é quando não deseja saber e expressa a sua vontade. Neste caso, o profissional vai ter que perguntar ao paciente quem vai representá-lo, quem vai auxiliar o médico no momento da tomada de decisões. O dilema não é contar ou não contar a verdade, já que ela é um pressuposto do diálogo entre pessoas. O dilema é quando e como contar.

A função de todos é buscar tornar esse momento o mais humanizado possível. O grande desafio da área da saúde é compatibilizar a alta tecnologia com uma alta sensibilidade. Neste sentido, a Bioética também tem muito a dar. A medicina paliativa, sempre tem o que oferecer. Redução ou eliminação da dor, do desconforto, cuidados de higiene e conforto, hidratação e ventilação adequados são partes dessas ações (GOLDIM, 2008).

O importante, segundo Goldim (2008), é sempre lembrar que o foco da atividade dos profissionais da saúde é o paciente, que deve ser visto em suas múltiplas

dimensões: psicológicas, sociais e espirituais, entre outras, além da perspectiva físico-biológica. Esse é um grande e necessário desafio.

De acordo com Fialho (2008, p. 97), “muitos sintomas e patologias que afetam os adolescentes podem ser contornados por meio de atendimento clínico regular”.

Quando a doença é a AIDS, segundo Giraldo (2008, p. 1), “[...] o indivíduo é vítima de inúmeras infecções que atentam contra sua vida, como pneumonia, toxoplasmose, criptococose e candidíase”. O mesmo especialista esclarece que nem todo aquele que apresenta reação positiva nos exames do HIV tem AIDS. A AIDS se refere a uma doença tóxica e nutricional. Por isso ele aconselha àqueles que padecem de AIDS a se informarem bem, pois existem dois lados na história da AIDS, e o médico deve saber colocá-las:

[...] Há o lado dos pesquisadores e defensores do HIV como sendo a causa da AIDS e há outro grupo de pesquisadores, jornalistas e ativistas de todo mundo, além de gente comum, que acreditam, com base nos argumentos científicos disponíveis, que a AIDS não é uma doença infecciosa, não é causada por vírus, nem se transmite sexualmente (GIRALDO, 2008, p. 2).

Porque as campanhas de uso de preservativo? “Deve-se usar o preservativo para a finalidade que sempre teve:

[...] evitar a gravidez e o contato com o sêmen, pois está demonstrado que, quando se está doente, o sêmen é um agente biológico que reduz as defesas. O uso da ‘camisinha’ evita a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis, a gonorréia [...] O preservativo não serve para evitar o contágio de um vírus que não existe! (GIRALDO, 2008, p. 2).

Portanto, a médica em sua relação com o paciente, seja ele portador do vírus HIV, de outra doença sexualmente transmissível, ou mesmo ao fazer o acompanhamento médico dos adolescentes, deve ser cautelosa, respeitar sua subjetividade e saber orientar os adolescentes a adotarem práticas sexuais seguras. Silenciar, como fazem muitos pais não ajuda os jovens a minimizar seus problemas (imagem distorcida, acne, baixa auto-estima). Segundo Fialho (2008, p. 97), “em geral, os adolescentes de ambos os sexos enfrentam diversos obstáculos para utilizar os serviços de saúde em busca de orientação sobre prevenção tanto de DSTs quando de gravidez”.

Os jovens precisam saber a verdade sobre a AIDS, o que é mito e quais na realidade são os agentes ou tóxicos que deterioram o sistema imunológico e causam AIDS, tais como:

- a) **agentes de origem química:** drogas, contaminação ambiental, antibióticos, detergentes...;
- b) **agentes físicos:** o ruído, viver em grandes alturas ou em grandes profundidades, o campo eletromagnético a que estamos submetidos pela criação cada vez mais freqüente de aparelhos elétricos, geradores de pequenas radiações, que, com o tempo, vão minando o sistema imunológico;
- c) **agentes biológicos:** tudo aquilo que entra no corpo com vida, como o sangue, as vacinas, o sêmen...;
- d) **agentes mentais:** a própria histeria de pânico à AIDS está criando estresse — de fato, há pessoas que fazem os exames todos os meses até sair positivo, pois está comprovado que o estresse produz grande aumento de anticorpos poliespecíficos no sangue, os quais provocam uma reação positiva nos exames, mesmo não havendo nenhuma infecção — a ansiedade, a depressão, viver negativamente...;
- e) **agentes nutricionais:** o excesso de comida errada ou a falta de comida saudável. Nos países pobres, a AIDS é causada por fome, porque não se come o suficiente para satisfazer as necessidades do organismo (GIRALDO, 2008, p. 2).

Se os jovens estão cada vez mais vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis, conforme Almeida e Munoz (2008, p. 2), duas alternativas parecem existir no momento:

[...] A **primeira** seria abandonar a possibilidade de um conjunto comum de princípios morais mais altos e retornar à ética mais simples e menos exigente do artesão. Esse era o modelo grego primitivo (Edelstein, 1967) e que assegura, pelo menos, uma promessa de competência e humanismo capaz de sobreviver até em uma sociedade moralmente pluralista. A **outra alternativa** busca uma remodelação filológica da ética profissional, derivada da natureza da própria medicina e dos atos médicos, bem como de seus inter-relacionamentos no ato da cura [grifei].

Essas duas alternativas vêm ao encontro da questão da AIDS, pois conforme já evidenciado por autores como Silva (2008), dentre outros, a relação médico-paciente deve ser uma relação de confiança, fundada no diálogo e no respeito mútuo. É um acordo tácito, sendo que na relação com paciente e familiar, é vedado ao médico:

Art. 59 – Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal (Código de Ética Médica - Res. CFM n. 1246/88).

Portanto, o paciente tem direito a total informação sobre o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento. Está é, atualmente, a norma de consenso e a que reza o artigo 59 do Código Brasileiro de Ética Médica.

A regra de que a comunicação deve ser feita ao responsável legal, quando passível de causar-lhe dano, é uma condição de exceção, pois a norma é que o paciente deve ser totalmente esclarecido pelo profissional (ALMEIDA; MUNOZ, 2008).

3.2.2 Desafio do encontro: educar para a saúde

O dever e o direito que o médico tem de dizer a verdade e de calar sobre os segredos que lhe foram revelados no exercício da profissão são elementos que conduzem à confiança do paciente no médico, e que fazem deste profissional, também, uma pessoa com credibilidade para a prática da educação sexual dos jovens.

Portanto, educar para a saúde, é o novo desafio colocado aos médicos, porque como profissionais da saúde, além de contarem com a segurança do conhecimento que já possuem sobre várias doenças e, em particular sobre a AIDS, estão mais preparados do que a maioria dos educadores para abordarem questões sobre o vírus HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Entretanto, conforme colocação de Auge (1986, 1991), citado por Jeolás (2007), em se tratando da AIDS, o referido autor, menciona o quanto esta doença “desorganiza e, ao mesmo tempo, reorganiza a ordem social, pois suscita sistemas coletivos de pensamento que lhe dão significado” (p. 47).

Também refere que os significados da doença, influenciam e são influenciados pelas práticas relacionadas ao acontecimento. Devido a isso, o médico deve compreender “o constante trabalho de reorganização dos sentidos e, ao mesmo tempo, núcleos de significados recorrentes, de longa duração” (JEOLÁS, 2007, p. 47), utilizado pelos jovens. E assim:

Ao analisar o imaginário do risco da AIDS entre os jovens, deve buscar apreender tal núcleo mais permanente de significados, relacionado aos fluidos e limites corporais; à responsabilização da causa da doença; à atribuição ao outro; e às forças externas ou sobrenaturais, fontes do mal. Além disso, [...] apreender os novos sentidos atribuídos e as transformações ocorridas na forma como os jovens elaboram os significados da AIDS e os riscos que ela pode representar em suas vidas (JEOLÁS, 2007, p. 47).

Educar para a saúde envolve, portanto, mais do que transmitir conhecimento relacionados à sexualidade do adolescente, requer do educador capacidade de através do diálogo aberto e sincero desnudar os mitos, para que os jovens possam através da educação sexual, “conhecer seu corpo e ter uma visão positiva da sexualidade, uma comunicação clara em suas relações, ter pensamento crítico, compreender seu próprio comportamento e o do outro e tomar decisões responsáveis a respeito de sua vida sexual” (Guia de Orientação Sexual, 2001).

3.2.2.1 Uma relação pedagógica entre médica e paciente – uma relação de aprendizagem, de educação

Segundo Calvo (2003, p. 3), “a medicina, enquanto arte e ofício têm por objetivos a prevenção dos males e a melhoria dos padrões de saúde e de vida da coletividade”. Entretanto, nem sempre a relação médico-paciente esteve tão próxima de uma relação pedagógica, de aprendizagem e de educação, como é vista hoje. Para que se diminuísse a distância na relação médico-paciente, foi preciso primeiro a constatação de que:

A distância na relação médico-paciente, entre o que é a doença e sua representatividade para o paciente, constitui barreira à efetivação do tratamento. O pouco entendimento do paciente a respeito do que ocorre consigo mesmo limita sua atuação, seus direitos civis, criando-se ambivalência entre o que a medicina dita e o que o povo sabe que é bom (YOKODA, 2008, p. 1).

Assim, para maximizar a relação médico-paciente e dar maior apoio às demandas humanas ao adoecer, bem como ao futuro médico no conhecimento de seus pacientes, ocorreu uma mudança de paradigma. As aulas tradicionais, magistrais de medicina são deixadas de lado, e os docentes passam a utilizar nas aulas uma postura que os colocou mais próximos dos alunos, facilitando assim “o processo de aprendizagem, pautado em princípios ético-humanistas, filosóficos, psicológicos e sociológicos” (TEIXEIRA; AMARAL, 2003, p. 1).

Dessa forma, na colocação dos referidos autores, foi dada “ao aluno a oportunidade de construir um diálogo relacional, em que a dimensão intersubjetiva se faz presente” (2003, p. 1).

Como a “adesão do paciente ao tratamento depende em grande parte da visão que o próprio paciente tem a respeito de seu processo de adoecer”, isto remete o

médico ao conhecimento acerca da doença que o afeta, bem como de seu conforto em relação à efetividade do tratamento que está recebendo, e isto o leva à relação com o seu médico.

As estratégias que passam a ser desenvolvidas nos cursos de medicina possibilitam uma forma de ensino vivencial com a utilização de técnicas grupais e do método psicodramático⁴⁷ “originado do Psicodrama de Moreno (1975), com a utilização de *role-playing*⁴⁸ que se destina a treinar e desenvolver papéis de médico e paciente” (TEIXEIRA; AMARAL, 2003, p. 1).

Conforme os referidos autores, o emprego de estratégias de ensino não-tradicionais gera a abertura de um novo processo comunicacional:

[...] é dada ao aluno uma singular oportunidade para que entre em contato com seus sentimentos e suas reações diante do concreto e das incertezas. Percebe-se constitui o primeiro passo para compreender a condição do outro, num complexo biológico, social e psicológico, evitando o fechamento em uma única forma de entender o homem que adoece. Ele é individual e social, capaz de escolhas e decisões. Aquele que adoece não tem sua existência negada. O respeito à diferença recai sobre a ética da compreensão, e o conhecimento é capaz de ligar saberes, efetivando a educação integral do ser humano. A compreensão do humano acontece quando se sente e se concebe os humanos como sujeitos (2003, p. 1).

A Psicologia Médica, como referem os citados autores, “propõe o aprendizado da atitude reflexiva” (TEIXEIRA; AMARAL, 2003 p. 2).

De posse desse conhecimento e da compreensão do ser humano em sua complexidade, importa no aprendizado do papel de médico, “criar condições para que o aluno possa, não só ouvir informações, mas também expressar seus sentimentos em relação a si mesmo e ao paciente, seus anseios, medos e insegurança” (2003, p. 2).

3.2.2.2 A intervenção educativa

Reconhece-se que cabe à médica desenvolver uma relação pedagógica baseada na informação, no respeito, na verdade e no diálogo esclarecedor. E como diz Beraldo (2003), o primeiro conteúdo a ser trabalho na Educação Sexual, é a diferenciação de

⁴⁷ O método psicodramático usa a representação dramática (a cena) como centro de sua abordagem dos conflitos humanos; essa representação une a ação à palavra, privilegiando o contato corporal, motor e tátil, ao lado da comunicação verbal (NICOLAU, 2008, p. 3).

⁴⁸ Dinâmica de grupo. Através do Role Playing, propõe-se a trabalhar, com papéis específicos e o seu objetivo, ao contrário do treinamento, do adiestramento, é de rever as normas, os conceitos, enfim, os papéis, tomados de forma acrítica e desenvolvê-los, utilizando o potencial criativo dos indivíduos (PONTES, 2008, p. 1).

sexo e sexualidade, de Educação Sexual e Orientação Sexual, ambos são confundidos na maioria das vezes por professores e alunos.

O ser humano possui sexo e sexualidade: sexo tem a ver com o aparelho sexual; sexualidade está relacionada com a forma como cada um se relaciona com os seus desejos sexuais. Enquanto, Educação Sexual, é o processo que inclui o ensino-aprendizagem sobre a sexualidade ao longo da vida; e Orientação Sexual, comporta diferentes concepções, desde as derivadas da psicologia e da psicanálise, como formação da identidade sexual, até a orientação sexual derivada do conceito pedagógico de orientação educacional, definindo-se como um processo de intervenção sistemática na área da sexualidade, realizada principalmente nas escolas (BERALDO, 2003).

Como o trabalho de orientação sexual objetiva mudanças nos padrões de comportamento, em específico, sexual, e, considerando a atribuição “à escola da função de contribuir na prevenção da AIDS [...]” (BRASIL, 1998). Reafirma-se, com Altmann (2001), o estabelecido nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998, p. 317, 295, 319 e 321), ou seja, que os programas de orientação sexual devem ser organizados em torno de três eixos norteadores: “Corpo: matriz da sexualidade”, “Relações de gênero” e “Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS” (ALTMANN, 2001, p. 5).

Concordando ainda com o que diz Altmann (2001, p. 5), também se acredita não ser suficiente “defender a sexualidade como algo ligado ao prazer e à vida [...] para desvinculá-la de tabus e preconceitos”. Há, conforme Delors (2006, p. 90), “múltiplos pontos de contato”, isto é, muitos aspectos a serem abordados, e dentre eles a “constituição histórica” (ALTMANN, 2001, p. 5) dos próprios tabus e preconceitos, há que se trabalhar a sensibilidade, compreensão dos adolescentes sobre as emoções, a afetividade, o desatrelar das emoções das ações negativas ou ruins. Dentre outros aspectos da sexualidade, pois a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, “implica pensar a relação da sexualidade também com a dor, o mal-estar e até mesmo a morte” (ALTMANN, 2001, p. 6).

Se educar é mudar comportamentos, conforme ensinam Delors (2006) e Marques (1990), dentre outros autores, através da intervenção educativa (educação e pedagogia – práticas educativas diretas), a médica pode operar essa transformação da subjetividade nos adolescentes.

Com isso, pode-se dizer que a formação médica, assim como qualquer outra atividade educativa, está longe de se restringir a uma simples capacitação técnica. O

aluno de educação sexual, assim como o paciente, tem direito de receber informações claras, sobre sua sexualidade. Uma educação que vise a promoção para a saúde, deve constituir “um espaço de aprendizagem e desenvolvimento contínuo e integrado, nos diferentes espaços, dentro e fora das salas de aula”, conforme Moreira, Silveira e Andreoli (2006), citados por Rodrigues et al (2008, p. 2).

Num modelo de escola promotora de saúde, os professores assumem especial importância:

[...] uma vez que são um dos principais pólos do contexto educativo. No âmbito da educação para a saúde, deve-se tentar construir uma dinâmica curricular que vá de encontro às necessidades das crianças e dos jovens, atendendo ao seu percurso de desenvolvimento e incluindo todos os atores do processo de ensino-aprendizagem: pais, professores, alunos e a comunidade em geral (Ministério da Educação, 2001 apud RODRIGUES et al, 2008, p. 2).

Significa que, assim como a relação médica-paciente é vista hoje como uma relação plena de humanismo, a mesma relação deve ser dispensada pela médica às crianças e jovens na relação pedagógica no âmbito escolar, pois a educação sexual só atingirá a subjetividade do aluno no tocante a sua sexualidade, se a educação se processar em seu sentido lato e estrito.

Pois, conforme a Associação Brasileira de Educação Sexual (ABRADES, 2008, p. 1), “em sentido mais geral a educação é inerente à condição humana, [...]. Já num sentido estrito a educação é a ação intencional, [...] de formação de papéis sociais, construção de referenciais teóricos e práticos”. Em suma, a educação sexual na escola é a derivação da educação escolar mais geral, direito das pessoas, dever do Estado e da sociedade.

Uma das lições mais importantes aprendidas nos últimos anos aponta que a educação para a saúde, vai além da simples informação sobre a sexualidade. A aprendizagem bem sucedida deve envolver e comprometer diferentes atores e setores numa relação de integralidade e interdisciplinariedade. Esse envolvimento e esse comprometimento devem incluir desde a relação médico-paciente-aluno até a participação de profissionais de diferentes disciplinas, assim como a participação de familiares e agentes da comunidade (ABIA, 2003).

Para que a sexualidade não continue tabu e mal entendida, como apenas o sexo, o professor é a pessoa que, ao interagir com o aluno, deve mediar o processo de criação, sem converter-se em um treinador de técnicas. O professor na sua relação com

o aluno, este na aquisição ativa do conhecimento, aquele na sua ação mediadora, não são lógicos ou racionais, conforme Tunes (1991). Razões afetivas e culturais, crenças, ideologias e valores permeiam esta relação e, freqüentemente, não são levados em conta no processo de aprendizagem. Tudo isso, é muito importante, quando se pretende realizar uma Orientação Sexual comprometida com a promoção da saúde integral das crianças e jovens.

4 REFLEXOS DA DISCUSSÃO DA SEXUALIDADE E DA PREVENÇÃO DA AIDS À SAÚDE DOS ADOLESCENTES

As reflexões aqui desenvolvidas relacionam-se com as atividades realizadas no âmbito do exercício profissional no campo da Medicina, na participação em palestras e campanhas de prevenção do HIV/AIDS junto aos jovens e adolescentes da cidade de Santo Ângelo-RS, visando à docência do ensino superior.

Inclui-se nestas vivências, a participação em trabalhos realizados no Grupo Vida (GV/SA), associação civil, sem fins lucrativos e com atuação nacional, regional e local. Seu objetivo é desenvolver atividades que promovam a prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), bem como a melhoria das condições de vida e de assistência das pessoas que convivem com HIV/AIDS, por meio de ações como a luta pelo estabelecimento de política pública eficiente, relativa à AIDS no Brasil, no Rio Grande do Sul e em Santo Ângelo. Também atua na luta contra a discriminação, preconceitos e outros comportamentos lesivos aos direitos civis e humanos das pessoas com HIV/AIDS, assim como no trabalho direto e, na promoção e participação em atividades educativas e informativas, dentre outras visando o atendimento dos seus objetivos.

A pesquisa que produziu as reflexões trazidas neste trabalho teve como objetivo reconhecer os meios mais eficazes de acesso a informações sobre AIDS e sexualidade, para descobrir as falhas na comunicação com os adolescentes, visando à construção de um conhecimento conjunto e a diminuição da vulnerabilidade diante de situações geradoras de risco.

Tratou-se de estudo de casos, levado a efeito através de uma pesquisa de campo, realizada no mês de março de 2008.

A pesquisa de campo foi exploratória, tendo como finalidade aprofundar o conhecimento da pesquisadora sobre o tema de estudo, prevenção da AIDS, bem como para clarificar conceitos (MARCONI; LAKATOS, 1996).

A amostra foi não-probabilística⁴⁹, ou seja, quando a escolha dos elementos não é feita aleatoriamente⁵⁰.

⁴⁹ “A seleção dos elementos da população da amostra depende, em parte, do julgamento do pesquisador” (MATTAR, 1997, p. 267).

⁵⁰ “A amostragem aleatória caracteriza-se pelo fato de cada elemento da população ter probabilidade conhecida. [...] Na amostra não aleatória, não se aplica inferência estatística, mas a estatística descritiva” (MATTAR, 1997, p. 275).

Não sendo aleatória, a amostra também se caracterizou como sendo intencional⁵¹ e acidental⁵², constituída de 52 adolescentes, de ambos os sexos, com idade entre 13 e 16 anos, inseridos no contexto escolar. A pesquisa foi desenvolvida em duas escolas de Ensino Fundamental e Médio da cidade de Santo Ângelo/RS, sendo uma da rede pública estadual, a Escola de 1º e 2º Graus Onofre Pires, e outra pertencente a rede de escolas da comunidade, a Escola Cenecista de 1º e 2º Graus Sepé Tiaraju, ambas com aproximadamente 600 alunos matriculados nos dois graus de ensino.

A pesquisa teve início após ter sido fornecido esclarecimento sobre a pesquisa, garantido o anonimato dos participantes, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) por todos os entrevistados (pesquisados) e seus responsáveis, autorizando a utilização das informações fornecidas e/ou dos resultados alcançados, para fins desta dissertação, bem como ter recebido parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ.

Na coleta de dados, foi utilizada a Técnica Questionário semi-estruturado (Apêndice B), composto por doze questões abertas, e, instrumentado por documentação direta. As palavras utilizadas como descritores foram: adolescência, sexualidade, AIDS e prevenção.

A pesquisa optou pelo uso do questionário pela pouca disponibilidade de recursos e pessoas para realizar uma pesquisa com amostra por entrevista, bem como pelo curto espaço de tempo para realização da pesquisa (sete meses para completar a pesquisa, com a análise dos dados e discussão dos resultados).

O questionário que foi utilizado incluiu questões baseadas no Modelo de Redução de Risco em AIDS⁵³ adaptados para adolescentes e para a região.

As questões foram referentes a:

- Significado da AIDS para os adolescentes;

⁵¹ “O pesquisador usa o seu julgamento para selecionar os membros da população que são boas fontes de informação precisa” (MATTAR, 1997, p. 270; MARCONI; LAKATOS, 1996).

⁵² “As amostras são selecionadas por alguma conveniência do pesquisador. [...] É utilizada, freqüentemente, para testar idéias ou para obter idéias sobre determinado assunto de interesse” (MATTAR, 1997, p. 269).

⁵³ Modelo de redução de risco em AIDS (*AIDS Risk Reduction Model - ARRM*), O ARRM integra elementos do HBM e da *Social Learning Theory* para descrever o processo através do qual indivíduos mudam os seus comportamentos. Esse modelo se caracteriza pelo empenho pessoal para a mudança de comportamentos sexuais de risco relacionados à transmissão do HIV. O ARRM constrói o processo de mudança de comportamento em três estágios: 1º) Reconhecer e rotular como problemático o comportamento de alto risco em relação à transmissão do HIV; 2º) Ter compromisso de mudar o comportamento de alto risco; 3º) Desenvolver e pôr em vigor estratégias direcionadas à redução de atividades de alto risco (CATANIA; KEGELES; COATES, 1990).

- Conhecimento sobre prevenção da AIDS;
- Onde buscam informações sobre AIDS;
- Meios de comunicação que mais chamam a atenção ao apresentar campanhas de prevenção da AIDS;
- Colocação em prática dos conselhos veiculados em campanhas de prevenção;
- Que conselhos costumam colocar em prática;
- Se as informações disponíveis são suficientes;
- Facilidade de entendimento e seriedade das campanhas de prevenção;
- Sugestão de criação de campanha para prevenção da AIDS;
- Participação na pesquisa.

Tomando por base as orientações de Mattar (1997) e Marconi e Lakatos (1996), as questões não geram dúvidas ou viés, nem causam embaraço, e são claras. Há espaço suficiente para responder as questões abertas. No caso do respondente se alongar na sua resposta e necessitar de mais espaço, foi dada a opção de utilizar o verso da folha para responder as questões propostas.

A pesquisa de campo teve a duração de 30 dias, no mês de março de 2008. A aplicação do questionário foi realizada, imediatamente à aprovação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ e a assinatura do mesmo pelos entrevistados e respectivos responsáveis.

De acordo com as Diretrizes Nacionais e Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos do Conselho para Organização Internacional de Ciências Médicas (CIOMS), conforme CIOMS/OMS (2004, p. 111), e da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) foram observados os seguintes princípios éticos: os adolescentes foram informados sobre os procedimentos a serem desenvolvidos, da preservação da privacidade envolvida e o livre arbítrio dos mesmos a aceitarem ou não participarem. Em caso positivo, foi requisitado consentimento formal pós-informação destes e de seus representantes devidamente habilitados para tal.

De acordo com Estigara (2006, p. 7), “a função primordial da informação no processo de obtenção do consentimento para a pesquisa é possibilitar o conhecimento do objetivo do tratamento ou da experimentação e a sua duração”.

Para França (1994, p. 56), são notas peculiares dessa informação “uma explicação simples, aproximativa, inteligente e honesta”.

Segundo ainda Estigara (2006, p. 7), “o TCLE envolve uma relação dialogante, o que deve eliminar uma atitude arbitrária ou prepotente por parte do profissional”. Este posicionamento do profissional, conforme entendimento da mesma autora, “manifesta o reconhecimento do paciente ou sujeito da pesquisa como um ser autônomo, livre e merecedor de respeito” (2006, p. 7). E complementa afirmando:

Para a efetivação do processo de obtenção do consentimento, foram observadas à risca as diretrizes declinadas pela Resolução CNS n. 196/96, as quais declaram que esse processo deve se desenvolver com base em ampla e qualitativa informação. Não basta apenas dar informação, é imprescindível que a mesma seja ampla, de qualidade e perceptível pelo sujeito ou grupos da pesquisa, antes, durante e após a pesquisa (ESTIGARA, 2006, p. 7).

Portanto, a informação é a primeira etapa do processo de obtenção de consentimento, pois é a partir da reflexão sobre o que consistirá a pesquisa, os seus inconvenientes, riscos e benefícios, que o sujeito da pesquisa, usando de sua autonomia, consentirá em participar ou não da pesquisa. Assim, é claro que não sendo o sujeito da pesquisa correta e amplamente informado, não terá subsídios para exercer com autonomia sua decisão (ESTIGARA, 2006).

A autonomia é a “capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa” (SANTOS, 1998, p. 60); significando, para a mesma autora que autônomo é “o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir sob a orientação desta deliberação” (1998, p. 60).

Sistematizando, Giostri (2001, p. 83), afirma que o consentimento livre e esclarecido, é “**o diálogo entre paciente e médico**, por meio do qual, ambas as partes trocam perguntas e informações culminando com o acordo expresso pelo paciente para uma intervenção cirúrgica, ou para um determinado e específico tratamento ou exame” (grifo do autor).

Para atender as necessidades de uma coleta de dados aprofundados, e para que os questionários não fossem devolvidos em branco, foi feito o acompanhamento da aplicação dos mesmos pela pesquisadora. A pesquisa adotou os seguintes cuidados sugeridos por Mattar (1997): observação na parte inicial do questionário lembrando as informações anteriores (conversa informal que antecedeu ao TCLE, a garantia do

anonimato, etc.), a liberdade em respondê-lo, bem como de recorrer a pesquisadora em caso de dúvida.

Os questionários foram aplicados aos adolescentes em situação de sala de aula, com ênfase na aquisição e processamento das informações sobre a AIDS pelos adolescentes. Foram distribuídos 106 questionários entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio, de duas escolas da rede pública estadual da cidade de Santo Ângelo/RS, ou seja, 10% do total. Sendo livres para respondê-los, foram respondidos 52 questionários por adolescentes de ambos os sexos. A perda amostral foi de 55% (n=54).

Para análise dos dados, foram mapeadas as respostas e determinados discursos que testemunham a fala dos adolescentes e o que passa em seus imaginários, e investidas de uma racionalidade pedagógica, apresentada a visão da profissional de medicina.

4.1 A FALA E O IMAGINÁRIO DOS ADOLESCENTES

Para a presente análise sobre a fala e o imaginário dos adolescentes sobre a AIDS, ressalta-se seis conjuntos de questões, a fim de averiguar a existência de falhas na comunicação sobre a sexualidade, os aspectos das informações disponíveis aos adolescentes que não estão sendo processado por eles, o conhecimento sobre a sexualidade e a prevenção da AIDS, a prática de intervenção e os desafios que se colocam à saúde e educação, para determinar as estratégias a serem adotadas na visão da profissional de medicina imbuída da racionalidade pedagógica.

Com as cinquenta e duas entrevistas realizadas, passou-se à sistematização dos dados obtidos, considerando os seis conjuntos de questões estabelecidos, na seguinte ordem:

- 1º) Apresentação do perfil dos adolescentes entrevistados;
- 2º) Significado da AIDS e conhecimentos sobre prevenção;
- 3º) Busca de informações – meios de comunicação mais atraentes
- 4º) Prática da prevenção;
- 5º) Suficiência das informações, entendimento e adequação das campanhas;
- 6º) Sugestões de campanhas de prevenção e participação na pesquisa.

O primeiro passo neste sentido foi realizar a elaboração do perfil dos entrevistados e uma análise, de caráter qualitativo, das respostas dadas pelos adolescentes.

4.1.1 O perfil dos entrevistados

Com o objetivo de traçar o perfil dos entrevistados, estes foram reunidos a partir dois critérios, sexo e prática sexual.

Quanto à idade, estando esta delimitada entre 13 e 16 anos, não foi feita nenhuma outra classificação, pois dentro desta faixa etária, não foi solicitado que os estudantes a especificassem, como uma forma de lhes deixar mais livres para formularem suas respostas.

Também se optou por não fazer distinção entre alunos de uma escola da rede pública estadual de ensino e outra pertencente às escolas da comunidade. A razão desta opção se deve ao próprio objetivo do trabalho que, é reconhecer os meios mais eficazes de acesso a informações sobre AIDS e sexualidade, para descobrir as falhas na comunicação com os adolescentes, visando à construção de um conhecimento conjunto e a diminuição da vulnerabilidade diante de situações geradoras de risco.

Observa-se que no primeiro contato com os adolescentes em ambas as escolas integrantes da pesquisa não se observaram distinção, entre estarem matriculados em uma escola pública da rede estadual de ensino ou em uma escola da comunidade, porque o conhecimento sobre a sexualidade e a prevenção da AIDS não diz respeito, tanto à condição sócio-econômica dos jovens e adolescentes, como à eficácia da educação familiar, da educação escolar e das políticas públicas. Além disso, as duas escolas nas quais os adolescentes entrevistados estão inseridos, são escolas localizadas em zonas urbanas da cidade e, recebem alunos tanto do centro urbano, como das periferias, cujas famílias possuem um poder aquisitivo de regular a bom.

Entre os 52 adolescentes entrevistados, nas duas escolas do sistema de ensino de Santo Ângelo, com idades entre 13 a 16 anos, trinta destes são do sexo feminino e vinte e dois do sexo masculino. Do total dos entrevistados, 24 meninas e 16 meninos evidenciaram que ainda não praticam relações sexuais, conforme ilustrado no Gráfico 01, a seguir:

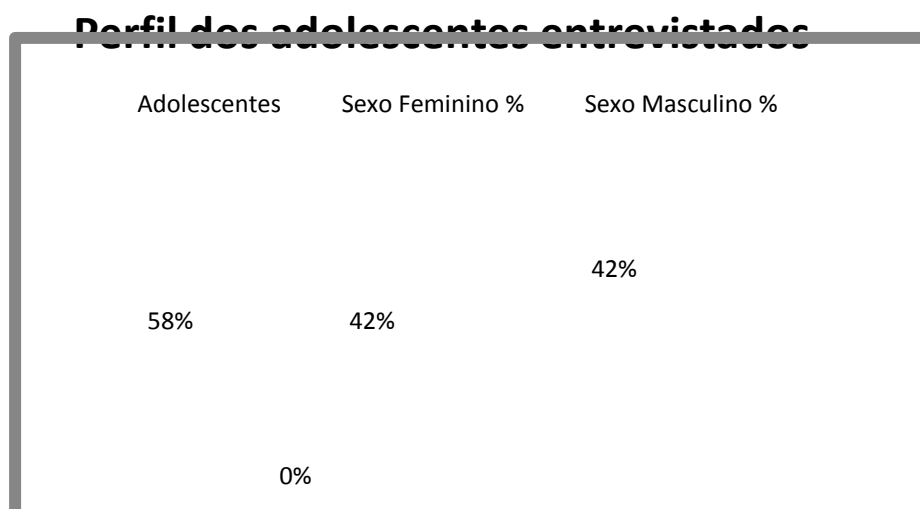


Gráfico 01: Perfil dos adolescentes entrevistados

Fonte: Pesquisa de Campo com adolescentes do Ensino Fundamental e Médio das Escolas de 1º e 2º Graus Onofre Pires e Sepé Tiaraju de Santo Ângelo – RS – 2008.

Tais adolescentes estudam em escolas que se localizam em diferentes pontos da cidade e, em um dos casos (escola da rede pública, que se passará a denominar de escola A, está situada em um ponto bem central da cidade). É uma escola, que por muitas décadas atuou apenas com o Ensino Fundamental, sendo inaugurada com o Ensino Médio, apenas na década de 1990. Enquanto, a escola B, que é uma escola mantida pela Campanha Nacional de Escolas da Comunidade (CNEC), oferece um ensino pago, embora cobrando uma taxa menor do que nas escolas privadas.

Ambas as escolas (A e B), oferecem um ensino de qualidade e possuem em seus quadros docentes, diversos professores com especializações, as mais variadas, atendendo os requisitos curriculares, também possuem um quadro de especialistas, do qual fazem parte a Direção, Supervisão e Orientação Educacional.

A escola A localiza-se em zona central e residencial. E a escola B, embora também se situe em ponto da zona urbana da cidade de Santo Ângelo, situa-se ao lado de duas grandes favelas. Por suas localizações, estas duas escolas enfrentam, mais proximamente, os mesmos problemas, o desafio de lidar com alunos dependentes de alguma substância psicoativa capaz de determinar dependência.

Com relação à prática sexual, o perfil dos adolescentes entrevistados, levantado a partir das respostas dadas à questão de 6 (seis), foi constatado o que consta na Tabela 01.

Tabela 01: Prática sexual entre os adolescentes, segundo o sexo, idade 13 a 16 anos

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino %	Adolescentes/Sexo Masculino %	Total %
Sim	15,4	11,5	26,9
Não	52	30,8	73,1
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Os dados foram levantados relacionando as respostas dadas pelos adolescentes as questões 5 e 6 do questionário aplicado. Na questão 5, buscava-se saber se os adolescentes tinham por costume colocar em prática os conselhos dados nas campanhas de prevenção à AIDS, feitas através dos meios de comunicação (TV, rádio, revistas), enquanto na questão 6, caso a resposta anterior fosse “sim”, foi solicitado que o adolescente detalhasse o “conselho que já havia posto em prática”.

Do conjunto das duas respostas, levantou-se que, entre as meninas, 52% ainda não haviam praticado sexo, e entre os meninos 30,8%. O porquê deste comportamento, foi esclarecido na questão 7, cuja pergunta era: “se não, por que?”, sendo constatado o que consta na Tabela 02, a seguir:

Tabela 02: Perfil dos adolescentes quanto à prática sexual

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino %	Adolescentes/Sexo Masculino %	Total %
Ainda não tive relações sexuais e/ou ainda não pratico sexo, mas quando tiver vou seguir.....	23,1	7,7	30,8
Sou nova/o – ainda não precisei.....	7,7		7,7
Não, porque não tenho uma idéia de como fazer isso.....	1,9		1,9
Sou novo, e ainda não tive oportunidade.....		3,8	3,8
Porque as pessoas já estão bem cientes dessa doença e já sabem se prevenir.....		1,9	1,9
Não responderam.....	25	28,9	53,9
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Na pesquisa os participantes, em sua maioria (53,9, entre meninos e meninas) optaram por “não responder”, a uma questão que pela pouca idade (é de presumir-se que menores de 15 anos) não souberam ou não quiseram responder, já que é possível que tenha interferido na livre vontade de responder (timidez, pudor, falta de segurança ou medo de se expor). Entre os respondentes, no entanto, constata-se que 23,1% das

meninas referiram “ainda não ter relações sexuais” e 7,7% referiram “sou nova” ou “ainda não precisei”; enquanto entre os meninos, numa proporção menor, 3,8% responderam “sou novo” ou “ainda não tive oportunidade”.

Na constituição deste perfil, observa-se que são poucos os adolescentes na idade entre 13 a 16 anos, que não possuem a menor idéia sobre a prática sexual ou o uso de preservativos, pois entre as meninas, 1,9% responderam que não colocam em prática os conselhos sobre prevenção da AIDS dados pelas campanhas feitas nos meios de comunicação, porque “eu não tenho nem uma idéia de como fazer isso”. Entre os adolescentes, ao contrário, percebe-se uma maior conscientização, pois 1,9% dos meninos responderam “acho que as pessoas já estão bem cientes dessa doença e já sabem como se prevenir”.

Mas, vale ressaltar, que se observa entre os meninos (28,9%) e as meninas (25%), que estas estão mais propensas a falar de si e do que se passa em seu imaginário.

4.1.2 Significado da AIDS e conhecimentos sobre prevenção

Em relação ao significado da AIDS para os adolescentes de ambos os sexos, foi possível constatar que para a maioria dos adolescentes (38,5%), a AIDS é “uma doença sexualmente transmissível”, enquanto isso, 15% a considera uma “doença que não tem cura” e, na mesma proporção (15%) situam-se aqueles que definem a AIDS como “uma DST muito grave, perigosa, que devemos ter muito cuidado, não tem cura”, conforme consta na Tabela 03.

Tabela 03: O significado da AIDS para os adolescentes

Variável	Sexo Feminino e Masculino %
- Uma doença sexualmente transmissível.....	38,5
- Uma doença que não tem cura.....	15,4
- Uma DST muito grave, perigosa, que devemos ter cuidado, não tem cura.....	15,4
- Uma doença contagiosa, principalmente ao não usar camisinha.....	9,6
- Uma doença que não tem cura, só tratamento.....	7,7
- Uma doença preocupante, síndrome de imunodeficiência, causada pelo vírus HIV....	5,8
- Uma doença grave que pode matar, por isso devemos se prevenir.....	5,8
- Uma doença, uma irresponsabilidade.....	1,8
Total	100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

A análise da tabela acima indica que os adolescentes entrevistados pensam na AIDS como uma doença sem cura, contagiosa, tendo como agente causador o vírus HIV. A doença é vista como preocupante para a humanidade, pois ainda não há tratamento eficiente para sua cura. Devido a isso as pessoas devem se prevenir. A prevenção pelo uso da camisinha é considerada pelos jovens como o meio mais eficiente atualmente existente. Também registraram que as pessoas infectadas pelo vírus HIV podem transmitir a doença para outras pessoas, talvez por isso, embora uma minoria dos adolescentes (1,8%) considere a AIDS uma doença e uma irresponsabilidade, fazendo parte desta fala a consciência do que pode levar a falta de cuidado de si, a falta de prevenção.

Questionados sobre o conhecimento a respeito da prevenção da AIDS, 78,9% dos adolescentes, de ambos os sexos, responderam que “sim”, conforme demonstrado na Tabela 04.

Tabela 04: Conhecimento a respeito da prevenção da AIDS

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino e Masculino %
- Sim.....	78,9
- Pouca coisa; sim um pouco, mas não muito.....	13,5
- Mais ou menos. Mas sei que se deve usar sempre camisinha.....	5,8
- Não.....	1,8
Total	100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Analisando a tabela acima, constata-se que a maioria dos adolescentes entrevistados, perfazendo 78,9% disse ter conhecimento a respeito da prevenção da AIDS, enquanto 13,5% responderam que sabem “pouca coisa”, 5,8% falaram conhecer “mais ou menos” e 1,9% que “não” ou nada conhecem sobre prevenção da AIDS.

No grupo daqueles que responderam “sim”, ou seja, que possuem conhecimento a respeito da prevenção da AIDS foi destacado dois núcleos de respostas associadas. No primeiro núcleo, situa-se o conhecimento da prevenção da AIDS a partir das orientações dos pais, das campanhas escolares, dos meios de comunicação e das leituras feitas, destacando-se as seguintes falas dos adolescentes:

“Meus pais falam nisso”

“A orientação está em todo lugar”

“Sim, a principal deles é a camisinha”

“Sim, hoje em dia a maioria sabe”

“Só sei que para prevenir precisa usar camisinha”

“Sim, leio revistas, cartazes e vejo na TV”

O segundo núcleo engloba as respostas que associam a atividade sexual à prevenção da AIDS, ao cuidado, à transmissão e ao tratamento da doença:

“Sim, sei que antes de ter uma relação sexual tem que ter o uso da camisinha e também ter cuidado”

“Sim devemos usar preservativos, cuidar a parceira que vamos ter a relação, fazer teste de HIV”

“Sim. A prevenção é feita evitando relações sexuais sem camisinha, cuidar as transfusões de sangue, compartilhamento de seringas ou objetos cortantes, que possuam resíduos de sangue”

“Sim tem um medicamento chamado de coquetel antiaids”

“Sim. AIDS também pode ser transmitida de mãe para filho durante a gestação ou amamentação.

“Tenho, não o suficiente para falar que isso não irá acontecer com alguém da minha família, mas sei o suficiente para me prevenir e meu companheiro”

Resumindo, ambos os núcleos concentram respostas que associam a prevenção da AIDS às orientações recebidas, ao uso da camisinha, ao cuidado de si, ao conhecimento e/ou confiança na parceira(o), a outros cuidados com a transmissão, tais como transfusões de sangue, compartilhamento de seringas, objetos cortantes e resíduos de sangue (caso de usuários de drogas).

4.1.3 Informações – Meio de comunicação mais eficiente

A distribuição das respostas sobre onde os adolescentes costumam buscar informações sobre a AIDS apresenta uma variedade de falas, embora a maioria esteja associada com meios de comunicação ou situações bem específicas. Individualizados os lugares onde os adolescentes mais buscam se informar sobre a AIDS encontra-se em primeiro lugar a TV com 11,5%, seguida pela escola e a Internet, respectivamente com 3,8%.

Na Tabela 05 são distribuídos estes dados, inseridos em alguns núcleos formados por respostas associadas.

Tabela 05: Onde o adolescente busca informações sobre AIDS

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino e Masculino %
- Em casa, com os pais, minha mãe, na escola (em palestras, às vezes), com familiares, livros, revistas, TV, ONGS, Internet, jornais e rádio.....	61,6
- Televisão.....	11,5
- Não costumo buscar, mas quando aparece presto atenção.....	9,6
- TV, cartazes, folhetos.....	5,9
- Internet.....	3,8
- TV e Internet.....	3,8
- Conversando com os médicos.....	1,9
- Através dos órgãos responsáveis.....	1,9
Total	100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Observa-se que 61,6% dos entrevistados indicaram em resposta à pergunta “Onde você costuma buscar informações sobre AIDS?”, que buscam informações sobre AIDS, em casa, na escola, ONG, bem como nos mais diversos meios de comunicação (TV, Internet, revistas, livros, jornais, rádio). Portanto, para a maioria dos adolescentes não há um local ou meio de comunicação específico para obter informações sobre a AIDS. Dentro deste núcleo de respostas, com referência à escola, sobressaiu a fala de uma adolescente, pois segundo ela, “Na escola, estudamos as prevenções e tudo sobre a AIDS, a professora tirou nossas dúvidas, deixando-nos esclarecidos”. Enquanto uma segunda estudante referiu “Recebo bastante informação através da minha mãe e na escola”.

A segunda fonte de informação sobre a AIDS mais indicada pelos adolescentes foi a televisão, com 11,5%; seguida pela “TV, cartazes e folhetos” com 5,8%. Em quarto encontra-se a “Internet” com 3,8% e, na mesma proporção, perfazendo 3,8%, estão às respostas daqueles que valorizam de igual forma a “TV e Internet” como meios de informação.

São poucos (1,9%) os adolescentes que buscam informações sobre a doença “conversando com os médicos” e, da mesma forma, com 1,9%, encontram-se aqueles que buscam essas informações “através dos órgãos responsáveis”.

A pesquisa ainda apontou que 9,6% mencionaram “não buscar informações”, mas “quando aparece (TV) escuto com bastante atenção”, pois, “a TV nos mostra

claramente sobre a doença com depoimentos que podemos escutar e ver imagens das pessoas”.

Entre os adolescentes entrevistados sobre “Qual é o meio de comunicação (TV, Rádio, Revistas,...) que você acha que chama mais a sua atenção quando apresenta campanhas de prevenção à AIDS?”, 80,8% indicaram a TV como o meio de comunicação que mais chama a atenção quando se trata de campanhas de prevenção da AIDS, conforme consta na Tabela 06.

Tabela 06: Meio de comunicação que mais chama a atenção dos adolescentes quando apresenta campanhas de prevenção à AIDS

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino e Masculino %
- Televisão.....	80,8
- TV e revistas.....	13,5
- Rádio e TV.....	1,9
- TV e campanhas de propaganda em cartazes.....	1,9
- Palestras com imagens – são adequadas para tirar as dúvidas.....	1,9
Total	100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Somadas às respostas associadas que relacionam a TV a outros meios de comunicação, como o rádio, revistas e cartazes, o percentual de 80,8% de preferência pela televisão se eleva para 88,1%.

Em segundo lugar, com um percentual de 13,5% os adolescentes apontaram a “TV e revistas”, como meios que mais chamam a atenção sobre as campanhas de prevenção à AIDS. “Rádio e TV”, “TV e campanhas de propaganda em cartazes” e “palestras com imagens”, que os adolescentes consideram “adequadas para tirar as dúvidas”, obtiveram um percentual de respostas de 1,9%, respectivamente.

4.1.4 Prática da Prevenção

Entre os respondentes da entrevista, 40,5% falaram que colocam em prática os conselhos veiculados pelas campanhas de prevenção à AIDS. No mesmo nível situam-se os adolescentes que não praticam tais conselhos. Enquanto, 19% dos entrevistados não responderam à questão “Você costuma pôr em prática os conselhos dados nessas campanhas?”, foi constatado na pesquisa, conforme demonstra a Tabela 07.

Tabela 07: Pratica os conselhos dados nas campanhas de prevenção

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino e Masculino %
- Sim.....	40,5
- Não.....	40,5
- Não responderam.....	19
Total	100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

A análise da tabela acima requer que se esclareça que foram construídos três núcleos a partir das respostas dos adolescentes. No primeiro núcleo, representado pelo “sim” estão associadas às seguintes respostas:

Meninas:

“Temos que pensar em nossa saúde para não se arrepender depois”

“Bom, eu costumo sempre que vou sair para festa colocar em minha bolsa uma camisinha, mas o restante do meu conhecimento não ponho em prática, pois não tenho relações sexuais”

Meninos:

“Sim, é uma questão de me preocupar comigo mesmo”

No segundo núcleo, situa-se o “não”, representativo não do descuido com a prevenção da doença, mas sim, demonstrativo de que a maioria dos adolescentes entrevistados, ainda não se considera em idade para a prática sexual, conforme eles próprios falam:

Meninas:

“No momento não, mas futuramente sim”

“Não, pois ainda não pratico sexo”

“Eu só tenho 13 anos, nunca tive uma relação sexual, mas quando tiver pretendo com certeza usar camisinha”

Meninos:

“Ainda não pratico sexo”

No terceiro núcleo, o dos que “não responderam”, situam-se os adolescentes que fizeram uso da liberdade que tinham de responder, sem constrangimento. Assim, em vez de dizerem “não”, optaram por não responderem à questão. O que significa que, na verdade, 59,6% dos adolescentes entrevistados ainda não se acham com idade ou preparados para a prática sexual.

4.1.5 Suficiência das informações, entendimento e adequação das campanhas aos adolescentes

Quanto às informações disponíveis, buscou-se saber se as mesmas são suficientes, são fáceis de entender e se são adequadas aos adolescentes.

No conjunto as informações buscadas entre os adolescentes, vêm responder a três perguntas, conforme demonstrado na Tabela 08, 09 e 10.

Tabela 08: As informações disponíveis são suficientes

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino %	Adolescentes/Sexo Masculino %	Total %
- Sim.....	34,6	26,9	61,5
- Não.....	13,5	9,6	23,1
- Mais ou menos.....	9,6	3,9	13,5
- Não responderam.....	-	1,9	1,9
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Sim – foram concentradas neste núcleo as respostas que condicionam as informações às campanhas da prevenção à AIDS que estão ao alcance de todo tipo de público.

Meninas:

“Sim, estão em todo lugar, é um assunto muito discutido pelas pessoas”

“Sim, porque as campanhas estão ao acesso de todo tipo de público”

“Sim, porque não adiante só ter informações e as pessoas só escutarem e não colocarem em prática; cada um deveria pensar bem sobre esse assunto antes que seja contaminado pela AIDS”

Meninos:

“Sim, porque só não se cuida quem não quer”

“Sim, para quem está interessado em saber são muito suficientes”

“Sim, a AIDS é bem conhecida, mas as outras doenças é que não são muito lembradas”

“Sim, o que acontece é que os jovens de hoje em dia não se interessam por esse assunto”

Não – Esse núcleo engloba respostas que associam a AIDS à falta de prevenção, à bebida, ao interesse sempre renovado dos jovens em saber mais sobre a doença e a sexualidade.

Meninas:

“Não, porque quanto mais a gente souber sobre esta doença, mais saberemos nos prevenir contra ela”

“Não, porque acho que a maioria das ocorrências até hoje são entre adolescentes, e, isso geralmente ocorre com quem bebeu demais. Acho que o que sei serve para eu evitar a doença, mas não para garantir que nunca terei”

Meninos:

“Acho que não, tinham que ser mais específicas”

“Não, porque a gente sempre quer saber mais”

“Não, poderiam falar mais detalhadamente sobre o assunto”

“Não, pois o jovem de hoje precisa de muito mais informações”

Mais ou menos – Nesse núcleo foram agrupadas as respostas que associam a prevenção da AIDS a mais informações e outras formas de veiculação das mesmas.

Meninas:

“Não sei, não tenho certeza”

“Nem sempre”

“Poderia haver mais informações”

Meninos:

“Mais ou menos, deveriam fazer revistinhas que falam só da AIDS e entregar nas escolas, e também fazer palestras em sala de aula”

É importante assinalar que esses núcleos são referentes à suficiência das informações disponibilizadas na escola, através de palestras, e pelas campanhas de prevenção veiculadas pelos meios de comunicação (TV, rádio, Internet, jornais, livros). A maioria dos adolescentes entrevistados (61,5%) acha que as informações disponíveis é suficiente. Mas, também é expressivo o percentual daqueles que acham que não e/ou tem dúvidas (36,6%), pois pensam que os jovens sempre querem saber mais, por isso deveria haver mais informações sobre o assunto, conforme ficou demonstrado.

Questionados se as campanhas de prevenção contra a AIDS têm a ver com eles (adolescentes), foram obtidas as respostas apresentadas na Tabela 09.

Tabela 09: As campanhas têm alguma coisa a ver com você

Variável	Adolescentes/Sexo	Adolescentes/Sexo	Total %
	Feminino %	Masculino %	
- Sim.....	30,9	28,8	59,7
- Não.....	17,3	11,5	28,8
- Talvez.....	7,7	1,9	9,6
- Não responderam.....	1,9	-	1,9
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Sim – Foram concentradas nesse núcleo as respostas que associam as campanhas de prevenção contra a AIDS com a conscientização, o cuidado de si, estar em alerta, prezar pela saúde e a vida.

Meninas:

“Sim, serve para conscientizar-nos”

“Acho que sim, porque que elas fazem muito para a prevenção do jovem em geral, mas também acho que não, porque estou bem avisada, prevenida, e se fizer bobagem é por escolha própria”

“Sim, porque nós podemos ajudar a dar informação. E como também elas nos estão ajudando sobre a prevenção”

“Sim, essa campanha tem haver com todas as pessoas porque todos podemos um dia ser vítimas da AIDS, devemos nos prevenir”

“Sim, a alerta é sempre bem vinda, inclusive para nós jovens que estamos indo para a adolescência”

“Sim, mas não é comigo, mas com todos os adolescentes”

“Sim, porque elas preservam a vida dos seres humanos”

“Sim, serve para alertar os jovens”

“Não só comigo, mas com todos”

“Sim, tem a ver com todos, pois a AIDS não está livre de ninguém”

“Sim, é para meu próprio bem-estar”

Meninos:

“Sim, serve para pensarmos que a AIDS não livra ninguém”

“Eu acho que serve para todos”

“Sim, porque esse tipo de campanha procura abranger um público bem grande”

“Sim, tem a ver com todos, pois ninguém está livre da AIDS e tem que saber se cuidar”

“Sim, tem a ver com todos que prezam pela sua saúde”

Não – Nesse núcleo estão relacionadas às respostas que associam as informações e a prevenção da doença com a atividade sexual.

Meninas:

“Por enquanto ainda não – eu não sei”

“Na maioria das vezes não”

“Agora não, mas acho que só futuramente”

Meninos:

“Não, porque sou mais reservado”

“Nada a ver”

A análise da Tabela 09 e das respostas associadas a cada um dos núcleos destacados indica que aqueles que consideram que as campanhas de prevenção da AIDS não tem nada a ver com eles (28,8%), é porque ainda se sentem muito jovens e as relações sexuais ainda não fazem parte do imaginário dos mesmos. Mas, isto não significa que não tenham consciência da necessidade de prevenção e de cuidado consigo mesmos, conforme indicou o núcleo englobado pelo “sim”, cuja representatividade atingiu 59,7%.

Há ainda um número pequeno de adolescentes (9,6%), que revelaram suas dúvidas quanto às campanhas, não tendo clareza sobre o tema, e, também requerem

uma atenção especial da escola e da profissional de medicina, para que possam viver sua sexualidade com conhecimento e espontaneidade, sem os grilhões e tabus tradicionais ou, investidos ainda da velha noção de pecado.

Pesquisados os adolescentes se as explicações sobre a prevenção da AIDS e sexualidade são fáceis de entender, foi constatado o que consta na Tabela 10.

Tabela 10: A maneira como explicam o assunto é fácil de entender

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino %	Adolescentes/Sexo Masculino %	Total %
- Sim.....	48,1	32,7	80,8
- Não.....	3,8	7,7	11,5
- Mais ou menos.....	3,9	1,9	5,8
- Não responderam.....	1,9	-	1,9
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Sim – Esse núcleo concentra as respostas que relacionam as explicações sobre a prevenção contra a AIDS com o interesse de cada um.

Meninas:

“Depende da atenção e do interesse de cada um. Para mim sim”

“A gente entende, mas eu acho que tinham que fazer alguma coisa que chamasse mais a atenção de nós jovens”

“Para os outros não sei, mas eu entendo”

“Quase sempre sim”

“Às vezes”

Meninos:

“Depende da maneira como é explicado”

“Sim, mas algumas coisas não”

“Sim, o que acontece é que os jovens não dão ‘bola’ para esse assunto, onde acabam achando um pouco mais difícil de entender”

“Mas pode melhorar”

“Mas, alguns termos são complicados”

“Claro que não é uma coisa que ninguém não possa entender”

Não – Nesse núcleo foram englobadas as respostas que relacionavam as explicações sobre a prevenção à AIDS com o tipo de veiculação do tema, a forma como as explicações são dadas, o entendimento ou buscas dos adolescentes.

Meninas:

“Não é fácil nem difícil”

“Depende da palestra ou do estudo”

Meninos:

“Não, pois os jovens têm sua maneira de entender e inventar”

“Não, muita coisa eu não entendo”

Talvez – Esse núcleo engloba respostas que colocam em dúvida o próprio entendimento dos adolescentes, de ambos os sexos. Eles demonstraram falta de segurança sobre o entendimento das explicações recebidas sobre o tema.

Sobressai da análise desses núcleos que, por mais que as explicações sobre a AIDS e sua prevenção requeiram a atenção dos adolescentes, deve ser feita alguma coisa para chamar mais a atenção deles para a doença e sua prevenção, dando a entender que apenas as informações veiculadas nas campanhas e palestras escolares ou mesmo na TV e na Internet não bastam. Apesar de 80,5% dos adolescentes acharem fácil as explicações recebidas sobre a prevenção da AIDS, 17,3% não pensam assim, demonstrando estarem ansiosos por novas formas de exposição do tema.

4.1.6 Sugestões de campanhas e participação na pesquisa

Com base na questão: “Se você tivesse que criar alguma campanha para prevenção da AIDS, como seria?”

Os adolescentes se mostraram bastante imaginativos e mesmo inovadores, apresentando algumas idéias bastante interessantes e utilizáveis, conforme constam na Tabela 11.

Tabela 11: Sugestões dos adolescentes para campanhas de prevenção à AIDS

Variável	Adolescentes/Sexo Feminino %	Adolescentes/Sexo Masculino %	Total %
- Palestras.....	26,9	17,3	44,2
- TV, palestras, cartazes, revistas, filmes.	9,6	9,6	19,2
- TV.....	7,7	3,8	11,5
- Qualquer coisa diferente para conscientizar os jovens (maquetes, cartazes, jornais, mini-revistas, paralização geral).....	7,7	5,8	13,5
- Internet.....	1,9	1,9	3,9
- Dinâmicas de grupo e brincadeiras.....	1,9	-	1,9
- Pesquisa e propaganda.....	1,9	-	1,9
- Não responderam.....		3,9	3,9
Total			100

Fonte: Pesquisa de campo com adolescentes – Santo Ângelo, RS – mar. 2008.

Em relação às sugestões dos adolescentes entrevistados para a criação de campanhas de prevenção à AIDS, foram construídos alguns núcleos, conforme a seguir analisados.

Palestra – É um núcleo que engloba respostas que associam inovações nas campanhas, tais como a consulta aos jovens e mais palestras em sala de aula.

“Com ajuda de um profissional e um portador do vírus – sobre contaminação, tratamento, prevenção, cm imagens, distribuir camisinha, fazer um site na Internet sobre tudo o que for explicado em palestras”

“Mais palestras em sala de aula- na escola”

“Através de palestras consultando principalmente os jovens”

“Seria uma palestra feita nas consultas ao médico 1 vez por mês com as mães juntas”

“Palestras e comercial dando o alerta”

“Dava palestras no colégio sobre a AIDS uma vez por bimestre”

“Porque a pessoa presta mais atenção e já tira suas dúvidas sobre essa doença”

“Palestras em sala de aula”

“Palestra apresentada a jovens inexperientes”

“Seria através de palestras bem aplicadas”

TV, palestras, cartazes e filmes – Formam outro núcleo, pois os adolescentes consideram que associando diversos veículos de informação, a eficiência das

campanhas será maior, pois concentrará mais a atenção e o interesse dos jovens. Os adolescentes consideram que palestras e meios de comunicação devem atuar associados, assim divulgariam mais a prevenção da AIDS.

Dentro desse núcleo encontra-se, ainda, a idéia da TV, das palestras em sala de aula, de revistas, mais interessantes, mais dinâmicas do que as campanhas apresentadas hoje em dia.

Qualquer coisa ou “algo diferente” – É outro núcleo, e concentra as respostas que caracterizam algumas formas que os adolescentes acreditam servir para conscientizar sobre a AIDS e a necessidade de cuidado e prevenção, tais como maquetes, cartazes, jornais, mini-revistas e paralização geral para conscientização sobre o tema. Com isso, visualizam algo que chame mais a atenção para o assunto.

Destacam principalmente as “mini-revistas”. Estas seriam uma criação que falaria sobre a AIDS e poderia ser entregue nas salas de aula, juntamente com uma breve explicação. Uma campanha através de mini-revistas representaria uma escrita mais acessível aos jovens, pois seria mais fácil deles entenderem as explicações sobre a sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

TV e a Internet – São categorias individualizadas pelos adolescentes. A TV deveria apresentar algo que chamasse mais a atenção dos jovens, porque é um meio de comunicação muito usado pelos adolescentes, por isso poder-se-ia investir mais em palestras, avisos, audiências e mais propaganda de prevenção e uso da camisinha.

Quanto à Internet sendo o meio de comunicação mais usado atualmente pelos jovens, deveria ser mais utilizado para divulgação de campanhas de prevenção da AIDS.

Como protagonizam que a conscientização sobre a AIDS deve ser feita por todos os meios que chamem a atenção, também referem a “pesquisa e propaganda”, envolvendo a escolha dos jovens e a prevenção da doença, bem como às “dinâmicas de grupo e brincadeiras”.

Quanto à participação na pesquisa, os adolescentes entrevistados consideraram ser uma forma de ouvir a voz dos jovens, de compartilharem o que sabem e colocarem sua própria opinião sobre a AIDS. Outros consideraram a pesquisa interessante e legal, pois às vezes eles não têm acesso a esse tipo de conteúdo. Também consideraram ótimo refletir sobre essa doença perigosa e que está matando gente independente da idade, expor seus pensamentos, rever os conhecimentos sobre a mesma e os conceitos.

Mas, se preocuparam com o sigilo, ou seja, que seus nomes fossem mantidos no anonimato.

Por fim, consideraram que os jovens de hoje estão bem conscientizados e são bastante responsáveis por seus atos. Referiram que toda informação sobre a prevenção da AIDS é bem vinda, e, ainda há pessoas que não tem todas as informações necessárias sobre essa doença e sobre o vírus HIV.

Em suma, mencionaram que todos devem estar bem informados e ter consciência dos perigos que essa doença representa. A pesquisa serve para as pessoas “jovens” se conscientizar de que a AIDS é uma grave doença, que pode matar. Todos os jovens que mantêm relações sexuais devem usar camisinha para evitar danos ao corpo, por exemplo, uma gravidez indesejada, correr o risco de ter AIDS e passar aos filhos. Por isso todos devem se prevenir. No conjunto concluem:

“Pude dizer o que penso sobre a AIDS”

“Testar meus conhecimentos, mas gostariam de ter mais informações sobre o assunto.

“Porque você diz sobre o que pensa da AIDS”

“Passar dicas de prevenção para os amigos, como: usar camisinha, tomar remédio para não engravidar”

“Eu achei muito bom participar da pesquisa, me senti livre em respondê-la a entrevista e, também, porque o assunto sobre a AIDS me chamou muita atenção”

“É uma forma de mostrar que os jovens estão preocupados com assuntos importantes”

Mediante o exposto, verificou-se que a partir destes relatos, é possível falar sobre a existência de algumas falhas na comunicação com os adolescentes. Apesar das campanhas de prevenção contra a AIDS, difundidas nas escolas e pela mídia, os adolescentes ainda se ressentem de informações, buscam mais conhecimentos sobre essa doença e, não se sentem seguros com o uso da camisinha, pois sabem que mesmo com o seu uso não estão livres de um dia serem contaminados. Isso ocorre, em grande parte, porque há informações que não estão sendo processadas pelos jovens, principalmente quanto à fisiologia do próprio corpo.

Os adolescentes, de ambos os sexos, pouco conhecem sobre seus corpos. Mendes Júnior (2005, p. 2), afirma que a adolescente “é empurrada para o exercício da

sexualidade pelo grupo e estimulada pelos meios de comunicação, que passam a mensagem de que a mulher liberada é aquela que vive intensamente a sua sexualidade”.

Assim, não causa estranheza os adolescentes considerarem a televisão, como “um meio de comunicação muito usado” e o que mais chama a atenção deles, quando se trata da veiculação de campanhas de prevenção da AIDS, 80,8% de expectadores entre os entrevistados, podendo este percentual atingir 88,1% nas respostas associada ao núcleo TV.

Apesar das campanhas de prevenção da AIDS veiculadas nas diversas mídias relacionadas pelos adolescentes (revistas, livros, jornais, TV, rádio, Internet), bem como em palestras em sala de aula e da orientação fornecida pela família, 36,6% dos escolares pesquisados querem saber mais e, o mesmo percentual de entrevistados referiu que as informações disponíveis não são suficientes. Além disso, cerca de 38,4% mencionaram que essas campanhas por enquanto não tem a ver com eles (ainda não praticam sexo). Entre eles, 17,3% disseram que não é fácil, ou seja, entendem “mais ou menos” ou “não entendem muito coisa” das explicações fornecidas sobre o assunto.

O perfil dos entrevistados evidenciou que 73,1% são muito jovens e nunca tiveram uma relação sexual. Entretanto, principalmente a televisão, conforme mencionado acima passa a imagem de jovens liberados, que podem viver intensamente sua sexualidade, mas não explicam nada sobre a sexualidade humana e os jovens passam a confundir sexualidade com sexo.

O conhecimento da sexualidade deve estar associado à prevenção da AIDS, mas isso não vem ocorrendo, seja nas campanhas de prevenção, seja na escola. A sexualidade está relacionada ao conhecimento do corpo, a vivência e ao controle do prazer, das emoções, a percepção do amor. “A gravidez indesejada e as DST/AIDS são os efeitos colaterais mais comuns” (BEZERRA, 2002, p. 1), da informação inadequada e mal processada pelos adolescentes.

Segundo o mesmo autor, “a camisinha, quando usada corretamente, isto é, sem falha no uso e no acondicionamento, oferece uma proteção de 99% contra a AIDS e de 100% para a gravidez não planejada”. Porém, esse não é o entendimento de Vieira (2000, p. 1), que citando Smith (1989) afirma:

O uso do preservativo (“camisinha”) leva à promiscuidade e à disseminação das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), principalmente entre os jovens. As pesquisas demonstram alto índice de falha do preservativo. Usado para evitar a gravidez a falha é de 15 a 25%, segundo dados obtidos. Sua falha é bem maior no que se refere a prevenção da AIDS. O espermatozóide humano é 450 vezes maior que o vírus HIV e a fissura do látex (poros), de que é feito o preservativo, é de 50 a 500 vezes maior que o tamanho do vírus.

Em face de pesquisas realizadas em Seattle (EUA), em 1989 e das falhas encontradas na produção, armazenagem, comercialização e uso da “camisinha”, a conclusão dos pesquisadores, ainda é a de que “o uso do preservativo é melhor do que nada para prevenir a AIDS” (VIEIRA, 2000, p. 1), mas “a prevenção da AIDS deveria ser orientada para o comportamento das pessoas” (2000, p. 1).

A falta de informação adequada prejudica a prática da prevenção, principalmente entre os adolescentes, já que geralmente o vírus HIV se evidencia geralmente após 10 anos e, os segmentos da população mais atingidos são os adultos-jovens, isto é, na faixa dos 22-25 em diante. Significando que o contágio pelo vírus comumente ocorre na juventude e adolescência, sendo este é um período que não pode ocorrer falhas de comunicação. Apesar desta falhas ou falta de uma comunicação adequada serem “apenas um dos pontos da questão” (MENDES JÚNIOR, 2005, p. 4).

Segundo o mesmo autor, as campanhas informativas feitas pelos meios de comunicação, não constituem uma fonte segura de informação, já que não abordam em profundidade o estudo sobre comportamento sexual e AIDS, ficando os adolescentes entre as informações contraditórias sobre o uso de preservativos, as falhas de comunicação e o imaginário do risco, gerado pela “falta de conhecimento do tema de HIV/AIDS, prevenção e vias de transmissão, que usualmente estão acompanhadas pela persistência de crenças, mitos e informações erradas” (CLAM, 2008, p. 1). Resultando em uma “educação sexual insuficiente, tardia, e parcial” (GATELL apud OMS, 2007, p. 1).

Mas, “a informação não faz a pessoa mudar seus hábitos” (MENDES JÚNIOR, 2005, p. 4), sendo, por isso a prevenção o caminho mais seguro, de modo que “cabe aos profissionais de saúde e educadores a tarefa de minimizar as conseqüências negativas do exercício da sexualidade” (2005, p. 4).

4.2 VISÃO DO PROFISSIONAL DE MEDICINA INVESTIDO NUMA RACIONALIDADE PEDAGÓGICA

Segundo Mendes Júnior (2005, p. 2), “a maioria dos pais e educadores ainda não consegue passar aos adolescentes a sexualidade como algo positivo, capaz de contribuir para a busca de felicidade própria e do ser por quem se tem afeto”.

A aprendizagem da prevenção da AIDS, passa pelo conhecimento da fisiologia do próprio corpo, pela vivência da sexualidade com naturalidade, informação e sem medo. Mas, a questão não reside só nisso. A mídia exerce influência na sexualidade do adolescente, mas não aprofunda o tema, apenas desperta um maior interesse “sobre o comportamento sexual, identidade sexual, atitudes, valores e crenças e questões de gênero” (MIGUEL; TONELI, 2007, p. 2).

Em virtude disso, cabe aos profissionais da educação e ao profissional de medicina, investido numa racionalidade⁵⁴ pedagógica⁵⁵ contribuir para a superação dos desafios que se colocam à educação para a saúde.

A Orientação Sexual introduzida no currículo escolar como um tema transversal, não vem atingindo o objetivo da proposta, ou seja, “transmitir informações e problematizar questões relacionadas à sexualidade, incluindo posturas, crenças, tabus e valores a ela associados” (ALTMANN, 2001, p. 3). Segundo ainda a mesma autora, a proposta da promoção da saúde no contexto escolar, também regra que “o trabalho de Orientação Sexual visa proporcionar aos jovens a possibilidade do exercício de sua sexualidade de forma responsável e prazerosa” (2001, p. 3).

Como ficou evidenciado no item 4.1, há falhas de comunicação na Orientação Sexual promovida nas escolas, bem como nas campanhas de prevenção da AIDS desenvolvidas pela mídia, pelas ONGs e pela própria escola. As informações não

⁵⁴ Moraes (2003, p. 57), interpretando Habermas, define racionalidade como a “maneira como os sujeitos falantes e atuantes adquirem e usam o conhecimento”.

⁵⁵ No contexto deste trabalho, entende-se por “racionalidade pedagógica”, a prática de ensino assentada não só na existência de um talento especial para o ensino, mas a consideração ao conhecimento da matéria lecionada como primordial. No caso do profissional de medicina que adquiriu uma formação pedagógica, terá condições de, superando os dilemas da racionalidade dos profissionais da educação (crenças, concepções, valores e sentimentos), realizar um ensino-aprendizagem, principalmente em Educação para a Saúde ou em Orientação Sexual dentro da visão (racionalidade objetiva) que marca a sua compreensão do mundo da vida. E, nortear os processos formativos pelo predomínio da racionalidade pedagógica instrumentado pelo olhar pedagógico dos processos de ensino-aprendizagem, viabilizando uma postura de conciliação, de entendimento, de dialogicidade geradora de emancipação e superação dos antagonismos do cotidiano e suas conseqüências. Portanto, o profissional de medicina embuido do olhar da epistemologia da prática como princípio de formação abre perspectivas para a reconstrução de novos horizontes de emancipação humana e social, no contexto da escola e de outros ambientes educacionais (THERRIEN, 2008, p. 1-3).

conseguem mudar comportamentos, muitos adolescentes ainda não foram conscientizados da necessidade do uso da camisinha e de outros cuidados para prevenir as DST/AIDS e mesmo a gravidez indesejada.

As visitas ao médico pelos adolescentes são raras, pois não são vistas como uma necessidade preventiva e, que devem ter continuidade e regularidade.

Na escola a discussão sobre gênero não propicia o questionamento de papéis rigidamente estabelecidos entre homens e mulheres, sobre a valorização e o respeito de cada um, bem como a flexibilidade desses papéis. Muitos jovens continuam buscando que suas idéias prevaleçam sobre as das jovens, ou influenciando em suas decisões, como no caso de uso de anticoncepcionais ou da camisinha.

Os professores ainda resistem a uma prática educativa em Orientação Sexual, livre de preconceitos, concepções e crenças tradicionais. Os professores não possuem uma formação pedagógica que lhes permita uma intervenção em educação sexual, investidos numa racionalidade objetiva, científica. Pois, em vez de se constituírem como profissionais de educação investidos numa racionalidade objetiva, capaz de “amarrar o aprendiz à vida no mundo a elementos externos a si mesmo” (THERRIEN, 2008, p. 3), fazem uso de uma racionalidade subjetiva, que os “condena a recorrer exclusivamente aos seus recursos pessoais na conquista de um lugar na sociedade” (2008, p. 3).

Esse é um dilema que as ciências humanas precisam resolver, porque a valorização da “consciência do sujeito e do seu potencial de autonomia e liberdade na racionalidade subjetiva, [...] se contrapõe ao domínio da racionalidade científica/instrumental” (THERRIEN, 2008, p. 2). O mundo é passível de múltiplas leituras, mas, segundo o mencionado autor, o mundo da racionalidade subjetiva não deixa espaço para qualquer outra racionalidade. Esse dilema não é percebido pelos adolescentes, e com frequência eles vivem conflitos de racionalidade, que os conduzem ao relativismo, quando não à irracionalidade e suas conseqüências para a sociedade, como exemplo, quando aderem comportamentos de grupos estereotipados ou quando querem seguir padrões de moda (calças, tênis de marca, um carro que lhe de *status* perante os amigos) ou modismos (piercing, tatuagens) que eles por seus próprios recursos não podem suportar, exigindo dos pais um desgaste financeiro além de seus esforços cotidianos de trabalho.

A intervenção pedagógica, seguindo ainda a orientação de Therrien (2008), é orientada por uma racionalidade que confere à prática educativa uma especificidade que auxilia no alcance dos objetivos desejados, gerando entre os educandos conseqüências,

como a aprendizagem e a mudança de comportamentos, porque trata os conteúdos de forma positiva e objetiva.

Para os profissionais da educação a racionalidade pedagógica é capaz de sustentar a práxis educativa, abrindo o caminho da aprendizagem para a vida. Não são em todas as áreas de conhecimentos que os professores atuam investidos numa razão objetiva/instrumental, pois a racionalidade presente na ação pedagógica traz a marca da formação da escola ou universidade que os preparou como profissionais (TERRIEN, 2008).

Portanto, cada profissional utiliza em sua prática os saberes da prática profissional que são essenciais ao exercício da profissão. No caso do professor, principalmente com formação pedagógica, em histórica, geografia ou línguas, são possuidores de um saber isolado, muitas vezes, marcado pelo humanismo e o subjetivismo, tornando-se este saber insuficiente para a prática educativa em campos onde o conhecimento predominante é o das ciências médicas, pautado predominantemente na racionalidade científico/instrumental.

A Orientação Sexual ou a Educação para a Saúde requer que o profissional de educação conjuga diversos saberes aos saberes da experiência, pois os adolescentes precisam ser informados sobre a fisiologia do próprio corpo, saber por que são vulneráveis ao HIV, entender sua sexualidade, porque devem usar camisinha, como evitar uma gravidez indesejada e que isto não significa negar sua sexualidade, a diferença entre sexualidade e sexo. Portanto, “há uma cadeia complexa de múltiplos fatores ou determinantes, [...] que explicam as dificuldades encontradas na prevenção da AIDS entre jovens” (JEOLÁS, 1999, p. 2). E, uma dessas dificuldades é a falta de naturalidade e de conhecimento demonstrados no campo da Orientação Sexual, pelos profissionais da educação.

Nesta perspectiva, o profissional de medicina investido numa racionalidade pedagógica, além da formação profissional, possuirá formação para docência. E segundo Andrade (2008, p. 1): “côncios ou não, os professores do ensino superior são detentores de uma prática, um discurso e uma teoria pedagógica original e própria, constituída a partir de situações reais de ensino em sala de aula”.

Assim, o profissional da educação conjugando os saberes da racionalidade pedagógica com os da experiência como profissional de medicina, propiciará aos adolescentes uma trajetória de vida pautada num “agir comunicativo espontâneo, sem o

qual a educação, o trabalho coletivo, a cooperação não são possíveis” (ANDRADE, 2008, p. 1).

Os adolescentes precisam adquirir a percepção de risco do HIV/AIDS, as representações sociais elaboradas para pensar a epidemia e a possibilidade de prevenção na sociedade em que estão inseridos (JEOLÁS, 1999). Essa percepção não se adquire apenas com informação, mas com mudança de comportamento e de hábitos de vida (MENDES JÚNIOR, 2005). Para que isso ocorra, os adolescentes precisam compreender o que constitui risco, afastar o medo do contato físico compreendendo a infecção pelo HIV.

Na pesquisa realizada com estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas A e B, da cidade de Santo Ângelo, ficou evidenciado que entre os adolescentes entrevistados, com idades entre 13 e 16 anos, alguns (9,6%), ainda não pensaram sobre o assunto, porque não precisaram e/ou porque “não têm nem idéia de como fazer isso” (seguir os conselhos das campanhas de prevenção à AIDS), pois no imaginário dos mesmos, os conhecimentos sobre prevenção da AIDS são úteis ou necessários apenas para quem mantém relações sexuais.

A Orientação Sexual ou Educação para a Saúde deveria ser uma disciplina do currículo escolar, e ser ministrada desde bem cedo, para que as crianças tenham conhecimento de sua sexualidade, dos limites de seu corpo, como trabalhar as emoções, tornando-se responsáveis pelo cuidado de si. Pois, “as tensões e contradições vividas pelos adolescentes, são frutos de complexas e multideterminações sociais” (JEOLÁS, 1999, p. 4) e, quanto mais cedo às crianças e jovens conhecerem a fisiologia do próprio corpo, melhor compreenderão suas exigências e limites e se afastarão das situações de risco, principalmente do risco da AIDS, porque aprenderão, conforme afirma a mesma autora, a “racionalizar *a priori* seus comportamentos sexuais em função de riscos teóricos” (1999, p. 4), em vez de “integrarem as informações ou conhecimentos adquiridos às representações sociais da doença, do contágio, da morte, do sexo e do amor, presentes em sua cultura” (idem).

Os adolescentes precisam ultrapassar as fronteiras de seus conhecimentos imaginários e da compreensão limitada sobre a sexualidade e o vírus HIV. Eles conhecem o significado de algumas perguntas feitas, todavia lhes falta informação sobre diversas práticas sexuais e seus riscos. Também se pode observar na análise das entrevistas que os jovens têm um conhecimento bastante elevado sobre HIV/AIDS, mas

muito poucas informações a respeito dos sintomas, modos de transmissão, modos de transmissão do HIV e outras DSTs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é caracterizada por muitas inquietações. Há leis internas irreversíveis e respostas que são próprias de cada indivíduo. Quando as informações são manejadas de forma adequada, vão desencadear uma puberdade e uma adolescência mais ou menos tranqüila do afastamento do universo infantil.

Dependendo do contexto familiar e cultural, da valorização das relações intrafamiliares e dos estilos de relacionamento desenvolvidos dentro e fora do lar, há um reforço ou eliminação de conflitos e dificuldades. Como o adolescente tem dificuldade para diferenciar o externo-interno, a sua própria imagem pode ser objeto de luto, indo o mesmo buscar segurança no grupo de amigos. Mas, estes, como também se encontram em fase de mudança não são modelos confiáveis e, tampouco, o porto seguro que necessitam, tornando-se, por isso, algo altamente prejudicial, se não houver um saber científico permeando a operação adolescer.

A adolescência é uma fase de afirmação, de descobrimentos e, por isso, de resistência ao mundo dos adultos, que ora os integra ora os rejeita. A passagem da infância à vida adulta é marcada por grandes revoluções cerebrais e psicossociais. Os jovens em crescimento vêm à imagem corporal se transformar. Sem saber o que desencadeia as mudanças físicas, eles buscam uma identidade estabilizadora. Sob a ação dos impulsos sexuais, desenvolvem fantasias psíquicas e fazem escolhas impulsivas, estando sujeitos a regulação da imagem de si pela do outro, a manobras e à exploração, se tornando vulneráveis, principalmente, à influência dos grupos de amigos. Estes passam a regular a veiculação do desejo, o exercício de regras sociais e a ritualização de identificações.

O desconhecimento de que as vivências juvenis importam em muitas demandas de reconhecimento, faz com que a experiência perceptiva, a fantasia e as mensagens

simbólicas se misturem, retirando-lhes o esforço da reflexão e gerando formas contraditórias de agir.

O jovem mal informado prefere não pensar no que lhe causa estranheza, acolhe as situações mais prazerosas e menos penosas, tornando-se por isso, resistente à prevenção.

Nessa travessia, há uma série de situações que dificultam a inserção dos jovens no mundo dos adultos, por isso, o adolescente necessita de um adulto que cuide de fornecer informações e exemplo, que os acompanhe, que signifique suas experiências, esclareça suas dúvidas sobre a sexualidade, o sexo, as DSTs/AIDS e o imaginário sobre o risco e a prevenção.

A família em suas novas configurações, não apresenta mais uma estrutura capaz de fornecer as bases para a convivência social e o encontro dos jovens consigo mesmo. Como não há mais a figura do pai ou da mãe para espelharem, vem sendo atribuída, cada vez mais à escola e aos educadores a tarefa de os compreenderem e orientar.

A escola e os professores, por sua vez, não estão preparados para promoverem uma Orientação Sexual livre dos valores, crenças e preconceitos tradicionais, ou seja, dos conceitos inventados para justificar o controle da sexualidade e dos corpos. Os adolescentes sem informações adequadas sobre a fisiologia do próprio corpo, não tem possibilidade de praticar o cuidado de si.

As falhas na educação encontradas na escola, são falhas de comunicação. Essas falhas também acontecem na família e nos meios de comunicação, não há um aprofundamento sobre temas como sexualidade e sexo. Por isso, muitos adolescentes não são capazes de distinguir essas duas esferas e, continuam alimentando suas dúvidas e fantasias, resistindo a ver a AIDS como uma doença de risco e que precisa de prevenção contínua e permanente.

O adolescer se dá entre fechamentos e deslocamentos de reações, emoções, idealizações, gerando o confronto das construções subjetivas com as experiências da vida concreta.

Os adolescentes sem informações adequadas sobre sexualidade, sexo e doença, não entendem as contradições apresentadas pelos discursos e pelas vivências dos conceitos aprendidos. Por isso, entende-se que desde bem cedo os jovens necessitam de interlocutores que os tornem capazes de compreender os limites do corpo e o controle das emoções, que lhes forneçam informações e acompanhamento.

Objetivando reconhecer os meios mais eficazes de acesso à informação sobre AIDS e sexualidade, para descobrir as falhas de comunicação com os adolescentes, visando à construção de um conhecimento conjunto e a diminuição da vulnerabilidade diante das situações geradoras de risco, foi realizado um trabalho de pesquisa com 106 adolescentes do Ensino Fundamental e Médio de duas escolas da rede de ensino de Santo Ângelo.

A problemática evidenciada no trabalho com os adolescentes, ou seja, a existência de falhas de comunicação sobre a sexualidade, delimitou-se ao estudo de casos reais, orientou a busca de resposta para questões como: Quais os aspectos das informações disponíveis aos adolescentes que não estão sendo processados por eles? O desconhecimento da sexualidade faz com que experiências sexuais prematuras favoreçam a aquisição de HIV/AIDS? Qual a prática de intervenção nesse caso? E, quais os desafios do encontro da saúde e educação?

Procedeu-se a uma análise em sentido amplo das demandas da adolescência e a vulnerabilidade à AIDS, das políticas públicas de prevenção da AIDS, dos programas e informações disponíveis aos adolescentes. Também, do encontro da saúde e educação, com ênfase na relação paciente e médica e dos desafios desse encontro propiciado pela relação pedagógica dessa profissional na intervenção educativa, foram reveladas as diferenças entre as práticas educativas realizadas pelos diversos profissionais que atuam na educação.

Esses conhecimentos foram aplicados à fala de 52 adolescentes de um total de 106, entre 13 e 16 anos, de ambos os sexos e das Escolas A e B, que receberam o instrumento de pesquisa, em sala de aula. Os respondentes, usando da liberdade e do sigilo que lhes foi assegurado, responderam às questões da entrevista, mostrando em várias ocasiões o que se passava em seus imaginários.

A análise dos resultados indicou o perfil dos entrevistados formado por 58% de adolescentes do sexo feminino e 42% do sexo masculino. A maioria deles, 82,8% ainda não teve relações sexuais, porque se consideram muito novos. Entretanto, 53,9% acham que as pessoas já estão bem cientes do que é a AIDS e sabem se prevenir.

Neste trabalho, também se constatou, que os adolescentes possuem um conhecimento razoável sobre o significado da AIDS e sua prevenção, na medida em que 38,5% responderam que é uma doença transmissível e 78,9% que possuem conhecimento sobre a prevenção, enquanto os demais apresentaram respostas relacionadas. Havendo mesmo, uma minoria que considerou a AIDS uma

irresponsabilidade, dando a entender que possuem consciência de que essa doença pode ser contraída pela falta de cuidado de si e a falta de prevenção.

Foi possível, então, verificar que os adolescentes entrevistados associam a prevenção da AIDS às orientações recebidas, ao uso da camisinha, ao cuidado de si, ao conhecimento ou confiança nos parceiros, bem como a outros cuidados com a transmissão, como transfusões de sangue, agulhas contaminadas e objetos cortantes contaminados.

A maioria dos adolescentes busca informação sobre a AIDS, em casa com os pais e/ou outros familiares, na escola através de palestras, nos livros, revistas, meios de comunicação (TV, jornais, rádio, Internet) e em organizações como ONGs. A televisão com um percentual de 88,1% de preferências destaca-se como o meio de comunicação que mais chama a atenção de jovens e adolescentes quando se trata de campanhas de prevenção ao HIV/AIDS.

Quanto à prática dos conselhos veiculados nas campanhas de prevenção, sobressaiu da pesquisa que, devido à maioria dos adolescentes entrevistados ainda não ter relações sexuais, responderam que não praticam a prevenção ou não responderam. Aqueles que praticam a prevenção consideraram que a mesma é uma questão de se preocupar com eles mesmos; os jovens que ainda não seguem as orientações disponíveis destacaram que futuramente “com certeza” vão usar camisinha.

Sendo as questões centrais do estudo: saber se existem falhas de comunicação e os aspectos das informações disponíveis que não estão sendo processados pelos adolescentes. Constatou-se que para a maioria dos entrevistados (61,5%) as informações disponíveis são suficientes; porém, 36,6% responderam que não, e, destes 13,5% considera “mais ou menos”. Significando que há problemas de comunicação. Alguns adolescentes consideraram que os temas devem ser “mais específicos”, deve haver “mais detalhamento sobre o assunto”, “a gente sempre quer saber mais”, “o jovem de hoje precisa de muito mais informações”. Percebe-se, entre os adolescentes pesquisados, que há uma carência por mais informações, mais detalhes sobre o assunto, embora não clarifiquem essas necessidades sentidas.

Para a maioria dos adolescentes que participaram da pesquisa, as campanhas de prevenção da AIDS têm alguma coisa a ver com eles, pois gera a conscientização sobre a necessidade de prevenção da doença. Também consideraram que a maneira como o assunto é explicado, principalmente através de palestras, é fácil de entender. Mas, para a maioria há outros meios que poderiam chamar mais a atenção dos adolescentes para

o assunto, tais como “palestras com consulta dos jovens”, associação de diversas mídias (TV, palestras, cartazes e filmes), “algo diferente”, como dinâmicas de grupo, brincadeiras, mini-revistas, principalmente estas últimas, pois além de falarem sobre a AIDS, em linguagem acessível, poderiam ser usadas em sala de aula para explicarem sobre a sexualidade, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.

Os entrevistados consideraram que os jovens de hoje estão bem conscientizados e são bastante responsáveis por seus atos, mas, não deixaram de evidenciar que a bebida pode anular seus propósitos de prevenção e, sempre há pessoas que não possuem todas as informações necessárias sobre a doença. Também deixaram perceber que desejam conhecer mais sobre sua sexualidade e que as campanhas de prevenção não recaíssem apenas sobre a AIDS, pois há outras DSTs que necessitam de prevenção.

Em face desses resultados e da prevenção da AIDS estar associada ao conhecimento da sexualidade e às informações sobre a fisiologia do próprio corpo, argumenta-se que as campanhas de prevenção do HIV/AIDS, não aprofundam essa relação. A sexualidade não vem sendo relacionada ao conhecimento do corpo e aos seus limites. Tampouco, a prevenção é orientada para o comportamento das pessoas, ou seja, à vivência e ao controle do prazer, das emoções e a percepção do amor.

A informação falha, superficial, ou com ênfase sobre determinados aspectos, como se a prevenção fosse algo solto, isolado do que se passa no imaginário dos jovens, não surte o efeito desejado. Além disso, os adolescentes sem possibilidade de compreender a totalidade do que lhes passa pelo corpo e mente, vivem insatisfeitos e a buscar mais informações sobre sua sexualidade e a própria prevenção da doença, não lhes importando o meio ou fonte onde encontrá-las. Com isso, se tornam ainda mais vulneráveis.

As orientações contraditórias que recebem recebidas, dos grupos de amigos ou dos meios de comunicação, são colocadas em xeque com as informações provenientes das campanhas de prevenção à AIDS.

Muitos sintomas e patologias que afetam os adolescentes podem ser contornados por meio de atendimento e acompanhamento médico. Quanto à orientação sexual na escola, quando a prática educativa é realizada por profissionais da educação, depreende-se que além do imaginário dos docentes ser constituído por uma mescla de preconceitos, crenças e tabus relativos à sexualidade, os mesmos possuem falta de preparo para trabalhar com esse tema transversal. Optam, então, pela cultura do

silêncio, no momento em que é preciso abrir espaço para falar sobre sexo e educar os jovens e adolescentes para a sexualidade, a ferramenta mais importante para a prevenção das DSTs/AIDS.

Por outro lado os profissionais da saúde, por insegurança no trato com o adolescente, pouco ou nada perguntam sobre seu comportamento sexual, deixando de avaliar os riscos de doenças sexualmente transmissíveis. Essa conduta dificulta o controle da AIDS, através da interrupção da sua cadeia de transmissão e não previne a ocorrências de outras doenças. A situação é agravada quando a dificuldade de abordagem prejudica a relação entre médica e paciente e compromete a adesão deste ao tratamento.

Na visão do profissional de medicina investido de uma racionalidade pedagógica, o desafio da orientação sexual está em promover entre os adolescentes um ensino aprendizagem que aprofunde o conhecimento dos mesmos sobre a fisiologia do próprio corpo e a vivência da sexualidade com naturalidade.

A formação pedagógica do profissional da medicina investido na prática educativa contribui para o alcance dos objetivos da educação para a saúde, pois traz para o adolescente mais confiança e o acolhimento adequado. Os adolescentes que tomam consciência desse elo de confiança e da sua abertura para falar sobre AIDS e sexo, buscarão nesse profissional abordagem sobre hábitos, vida social, sexualidade, HIV/AIDS e outras DSTs.

Conclui-se que o profissional da medicina investido de uma racionalidade pedagógica, pautará sua ação educativa num “agir comunicativo espontâneo” (ANDRADE, 2008), tão necessário hoje à educação.

Para enfrentar uma cultura de resistência à prevenção e ao uso da camisinha, as falhas de comunicação, representadas pelas informações inadequadas e pela falta de acompanhamento das campanhas de prevenção à AIDS, é necessário promover, por todos os meios, uma cultura de educação para a saúde.

A educação para a saúde deveria ser uma disciplina curricular, ministrada desde bem cedo, para que a criança em sua trajetória para a vida adulta possa compreender as várias facetas do processo de crescimento e amadurecimento. Tenha um lastro de conhecimento quando buscar sustentação subjetiva para moldar sua identidade; e relações sexuais seguras, vivendo sua sexualidade como algo positivo.

Para viver com naturalidade a sexualidade, conhecer os limites do próprio corpo, a ação de impulsos sexuais, o controle das emoções e angústias nos

encontros/desencontros amorosos, faz-se necessário fazer “emergir representações, valores e opiniões dos jovens sobre sua vida, a adolescência, a sexualidade e os riscos, vividos e pensados, gerando intensas reflexões e debates entre os profissionais e alunos” (JEOLÁS, 2003).

Enfim, é imprescindível a aproximação do discurso preventivo daquele expresso pelos jovens, para que o risco, no caso da AIDS, não seja aceito como parte da experiência dos jovens e mesmo valorizado positivamente por eles.

REFERÊNCIAS

ADOLESCÊNCIA e as primeiras experiências sexuais. **Bibliomed**, 2003. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4058&ReturnCatID=1781>>. Acesso em: 4 jun. 2008.

AGGLETON, Peter. Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltadas para o HIV/AIDS. In: CZERINA, Dina; (Org.). **AIDS: pesquisa social e educação**. Rio de Janeiro/São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.193-206.

ALBERTI, Sonia. **O adolescente e o outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

ALMEIDA, Marcos; MUNOZ, Daniel R. **Relação médico-paciente e paciente-instituição na AIDS: o direito à informação e à confidência; a discriminação, o abandono e a coerção**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

ALTAMANN, Helena. Orientação Sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. **Revista de Estudos Feministas**. v. 9, n. 2, p. 575-585, nov. 2001.

ANDRADE, Simone Girardi. Docência(s) no contexto da educação inclusiva: uma perspectiva sistêmica. In: BAPTISTA, Cláudio Roberto (Org.). **Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas**. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 107-117.

ANDRADE, Telga P. P. O professor universitário, sem formação pedagógica, e a origem e construção de sua práxis docente: que competências? Que racionalidade? Que caminhos? **BDTD Ibict**. Disponível em: <http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=309>. Acesso em: 15 dez. 2008.

ARAL, S. O.; GUINAN, M. E. Women and sexually transmitted diseases. In: HOLMES, K. K.; MÅRDH, P.A.; SPARLING, P.F.; WEISNER, P. J. (Editors). **Sexually transmitted diseases**. Tradução J. Santiago de Codes e outros. Nova Iorque/Salvador, BA: McGraw-Hill, 1984. p. 85-89.

ARAÚJO, Maria de Fátima. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 70-77, jun.2002.

ARAÚJO, Luiza Bradley. **Toxicomania**: uma relação de objeto particular. Disponível em: <http://www.convergenciafreudlacan.org/Documentos/II_TOXICOMANIA.doc>. Acesso em: 22 jun. 2008.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

_____ (1987). O amor no casamento. In: ARIÈS, P.; BÉJIN, A. (Orgs). **Sexualidades Ocidentais**. São Paulo: Brasiliense. p. 153-162.

ARRETCHE, M. Toward a unified and more equitable system: health reform in Brazil. In: KAUFMAN, R.; NELSON, J. (Editors). **Crucial needs, weak incentives**. Washington: Woodrow W. Center, p. 155-188, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO SEXUAL. A Educação Sexual. **ABRADES**. Disponível em: <<http://www.abrades.org/?pagina=educacao-sexual>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

AUAD, Daniela. Os Parâmetros Curriculares Nacionais e os Temas Transversais. **Educação On-Line**, jan. 2008. Disponível em: <www.educacaoonline.pro.br>. Acesso em: 30 abr. 2008.

AUTISMO. Conceito. Associação de Amigos do Autista - **AMA**. Disponível em: <http://www.ama.org.br/html/info_conc.php>. Acesso em: 2 jun. 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1996 e 2002.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALLETI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.

AZEVEDO, Gabriela E.; ABDO, Carmita H. N. **Adolescentes de classe média do ensino fundamental**: prática e conhecimento da sexualidade. Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), abr. 2006. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/html/117/body/06.htm>>. Acesso em: 21 maio 2008.

BALDO, Elke T. **Programa de Saúde e prevenção DST/AIDS**. Disponível em: <881670908991534 - 86k/2005>. Acesso em: 20 out. 2008.

BALLONE, Geraldo J. A medicina da Alma. In: **PsiquWeb** – Psiquiatria Geral – 2001. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/hlp/seneca.html>>. Acesso em: 2 jun. 2008.

BANCO MUNDIAL. 1º e 2º Projetos de controle de Aids e DST: relatório de avaliação de desempenho de projeto. Washington: Banco Mundial, 2004. In: **Cad. Saúde Pub**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007.

BARBOSA, R., 1999. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo Averso**. São Paulo: Editora 34. p. 73-89.

BARBOSA, A. A. **A mediação no novo Código Civil Brasileiro**. [artigo], julho 2005. Disponível em: <www.pailegal.net/textoimprime.asp?rvTextold=-2111197493>. Acesso em: 25 jul. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 2006.

BARROS, Myriam Lins de (Org.). **Família e Gerações**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

BERALDO, Flávia N. M. Sexualidade e Escola. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 7, n. 1, jun. 2003.

BEYER, Hugo Otto. Da integração escolar à educação inclusiva: implicações pedagógicas. In: BAPTISTA, Cláudio Roberto (Org.). **Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas**. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 73-81.

BEZERRA, Valdi C. **Sexualidade, uso do preservativo e direito reprodutivo**. [artigo], publicado em 2002. Disponível em: <www.saberviver.org.br>. Acesso em: 20 jun. 2008.

BITENCOURT, Danielle. **Direito e Participação Social: Adolescentes homossexuais convivem com discriminação e violência**. Entrevista, 6 mar. 2008. Disponível em: <www.mobilizadores.org.br/COEP/publico/consultarConteudoGrupo.aspx?TP=V&CODIGO...ID=12-103k>. Acesso em: 25 jun. 2008.

BIZARRO, Luisa; SILVA, Adelina Lopes da. **Estudo do bem-estar psicológico durante a adolescência**. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 1998. Disponível em: <http://www.fedap/congresso_cantiago/trabajos/c98/c98.htm>. Acesso em: 20 maio 2008.

BLOS, P. A adolescência como segundo processo de individuação (*The second individuation process of adolescence*). **Estudo Psicanalítico da Criança**, v. XXII, p. 162-186, 1967.

BOUFLEUER, José Pedro. **Pedagogia da ação comunicativa: Uma leitura de Habermas**. 3.ed. Ijuí: Ed. Unijuí, 2001.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. São Paulo: Saraiva, 1991.

_____. Lei Orgânica da Saúde (SUS). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **D.O.U.** 20/09/90, Brasília: Casa Civil, 1990.

_____. Conselho de Saúde. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **D.O.U.** 18/01/1991, Brasília, DF: Poder Executivo, 1990.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** – LDB, Lei 9.394/96. Brasília: MEC, 1997.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais e autonomia de escola.** Seminário Regional sobre PCNs (Região Sudeste). PCN/MEC/SEF. In: AZANHA, José Mário Pires. São Paulo, setembro de 1996.

_____. **PCNs:** introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** pluralidade cultural, orientação sexual. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1997a.

_____. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Brasília: MEC, 1998.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos:** apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos,** 1999. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS** – PN-DST/AIDS. Brasília, DF: MS, 2004.

_____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** educação física. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 2000.

_____. **Política do Programa Nacional de DST e Aids** (PN-DST/AIDS). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm>>. Acesso em: 14 maio 2008.

_____. **Políticas Públicas de Saúde** (PS-DST/AIDS). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS7A1D4F9DITEMID1427587640EB43AFA238CCA9E9552E2CPTBRIE.htm>>. Acesso em: 14 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids (MS/CN-DST/AIDS). **Sexualidade, prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas** - Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids (MS/CN-DST/AIDS). **Projetos desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids em parceria com estados, municípios e outras instituições.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS (MS/SPS/CN-DST/AIDS). **Edital de Seleção:** Projeto de organizações da sociedade civil que trabalham na prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resposta:** a experiência do Programa Brasileiro da Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. UNESCO. UNICEF. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.** Brasília, set. 2005. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_754_saude_prev_esc02.pdf>. Acesso em: 20 maio 2008.

_____. Ministério da Saúde. O que são doenças crônicas? **Portal da Saúde**, MS/OMS, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico referencial:** saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (MS/SVS/PN-DST/AIDS). **Diretrizes para implementação do projeto saúde e prevenção nas escolas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica.** Resolução CFM n. 1246/88. 4.ed. Brasília: CFM, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196/96.** Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm - 64k>. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais e Internacionais para Pesquisa em Seres Humanos do Conselho para Organização Internacional de Ciências Médicas (CIOMS). In: **Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica em Seres Humanos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS).** Traduzida por Maria Stela Gonçalves e Adail Ubirajara Sobral. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BRUCE, Anne. **Feromônios.** Disponível em: <http://www.geocities.com/~esabio/feromonios/substancias_que_causam.htm>. Acesso em: 6 jun. 2008.

CALLIGARIS, Contardo. **A Adolescência.** São Paulo: Publifolha, 2000.

CALVO, Adriana Carreira. **Doutrina:** Relação Médico - Paciente. Direitos Do Paciente. O Testamento Vital. [texto], jan. 2003. Disponível em:

<www.uj.com.br/.../RELACAO_MEDICO_-_PACIENTE_DIREITOS_DO_PACIENTE_O_TESTAMENTO_... - 100k>. Acesso em: 29 nov. 2008.

CAMARGO JR., K. R. Políticas Públicas e prevenção das DST/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (Eds). **Saúde, Políticas e desenvolvimento: Respostas Frente à AIDS no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Rev. Saúde Pública**, 2007.

CAMPBELL, Ulisses. Aids avança entre adolescentes. **Correio Braziliense**, Brasília, 2/12/2003.

CAMPILONGO, Maria Assunta. A noção de sujeito em Michel Foucault. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 6, n. 6, p. 63-72, ago. 1999.

CAMPILONGO, Celso F. **Direito e Democracia**. São Paulo: Max Limonad, 1997.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da Adolescência: normalidade e psicopatologia**. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 155p.

CAMUS, Albert. **O Homem Revoltado**. Tradução de Valerie Jumjanek. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CANEN, Ana; OLIVEIRA, Ângela M. Multiculturalismo e currículo em ação: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Educação**, a. 5, n. 21, p. 61-74, set./out./nov./dez. 2002.

CARVALHO, Soraya Hissa de. In: **Transtorno sexual: entre quatro paredes 'quase' tudo pode**. Disponível em: <http://www.dzai.com.br/liegecamargos/noticia/montanoticia?tv_ntc_id=15650>. Acesso em: 20 jul. 2008.

CASTEL, Robert. Da indignância à exclusão, à desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **SaúdeLoucura**, n. 4, p. 21-48. São Paulo: Hucitec, 1994.

CASTELEIRO, João Malaca (Coord.). **Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea**. Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa/Editorial Verbo, 2001. 2 v., 3880p.

CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, v. 1, p. 197-207, 1998.

CASTRO, Marilita L. C. **O período de latência e a adolescência**. Disponível em: <<http://www.psiconica.com/psimed/files/html/latec.html>>. Acesso em: 20 maio 2008.

CATANIA, J. A.; KEGELES, S. M.; COATER, T. J. Para entender o comportamento de risco: um modelo para redução do risco da AIDS (ARRM). **Educação e Saúde (Health Educ Q)**, n. 17, p. 53-72, 1990.

CAVALCANTI, Laura Battaglia. Retratos da adolescência. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 6-7. (Mente & Cérebro, série especial).

CEBRAP – CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Série Avaliação, Brasília, n. 4, out. 2000.

CHILE. **Centro Latino-americano de Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM)**. Disponível em: <www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=31663 – 50k>. Acesso em: 14 fev. 2008.

CINTRA, Elisa M. U. O despertar da sexualidade. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 36-45. (Mente & Cérebro, série especial).

CLERGET, Stéphane. **Adolescência: a crise necessária**. Tradução de Maria Ângela Villela. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CORTESE, Leonardo. Esquizofrenia. New Hope in **Pharmacotherapy for Schizophrenia**, 2001. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm>>. Acesso em: 30 maio 2008.

COUTO, Germano R. Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p.35-42, mar./abr. 2006.

CRESCEM casos de AIDS entre adolescentes no estado do PI. Saúde. **Grande Portal 1 (GP1/Saúde)**, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.gp1.com.br/materia.asp?notcod=32033>>. Acesso em: 10 maio 2008.

CUNHA, Luiz Antonio. Os Parâmetros Curriculares para o Ensino Fundamental: Convívio Social e Ética. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 99, 1996.

CURY, Munir (Coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado**. 6.ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

CRUZ, Elizabete F.; ABADIA-BARRERO, César. **Crianças, adolescentes e Aids: Abra este diálogo**. São Paulo: Fórum das ONG'S-AIDS do Estado de São Paulo, 2005.

DALBOSCO, Claudio A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo”. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 22-37, jan./jun. 2006.

DELORS, Jacques. Os quatro pilares da educação. In: **Educação: um tesouro a descobrir**. 10.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2006. p. 89-102.

_____. (Org.). **Educação um tesouro a descobrir**. 10.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2006.

DESCENTRALIZAÇÃO, Aids e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pub**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007.

DIAS, Ana Cristina G.; GOMES, William B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estudos de Psicologia**, Porto Alegre/URGS, v. 4, n. 1, p. 79-106, 1999.

DICIONÁRIO INFORMAL. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/buscar.php?palavra=expertise>>. Acesso em: 2 jun. 2008.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

DINIS, Nilson; ASINELLI-LUZ, Araci. Educação sexual na perspectiva histórico-cultural. **Educar**, Curitiba, n. 30, p. 77-87, 2007. Editora UFPR.

DI PIERO, Célia. Problemas de Psicologia Genética. In: MACEDO, Rosa Maria S. **Piaget: Vida e Obra**. 2.ed., São Paulo, 1983. p. 209-289.

DI SANTO, Joana Maria R. Interações família-escola. **Centro de Referência Educacional**, set. 2007. Disponível em: <<http://www.centrorefeducacional.com.br/infamesco.htm>>. Acesso em: 28 maio 2008.

DORIN, Lannoy. **Psicologia da adolescência**. São Paulo: Ed. do Brasil, 1975. 255p.

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.pfizer.com.br/pop_up/material/busca2.asp?cd_materia=4302>. Acesso em: 2 jun. 2008.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Espelho, espelho meu. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 8-17. (Mente & Cérebro, série especial).

ECO, Humberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

EIZIRIK, Marisa Faermann. Ética e cuidado de si: Movimentos da Subjetividade. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 4, n. 4, p. 36-43, jan/jun. 1997.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

ESTIGARA, Adriana. Consentimento livre e esclarecido na pesquisa envolvendo seres humanos. A distância entre o "dever ser" e o "ser". **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1144, 19 ago. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8803&p=1>>. Acesso em: 19 nov. 2008.

FADIMAN, James; FRAGER, Robert. Sigmund Freud e a Psicanálise. In: **Teorias da Personalidade**. Tradução de Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié. São Paulo: Harbra, 1986. p. 3-40.

_____. Carl Jung e a Psicologia Analítica. In: **Teorias da Personalidade**. Tradução de Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié. São Paulo: Harbra, 1986. p. 41-86.

_____. William James e a Psicologia da Consciência. In: **Teorias da Personalidade**. Tradução de Camila Pedral Sampaio, Sybil Safdié. São Paulo: Harbra, 1986. p. 149-186.

FAGUNDES, Maria E. **O jovem e a sexualidade**. Disponível em: <<http://abemdanacao.blogs.sapo.pt/194286.html>>. Acesso em: 27 abr. 2008.

FEE, E.; FOX, D. **Aids The Making of a Chronic Disease**. Tradução de Fatima Maria Rocha. Berkeley-Los Angeles-Oxford: University of California Press, 1992.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

FIALHO, Margareth. Cuidados e precauções. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 92-98. (Mente & Cérebro, série especial).

FISBERG, Mauro. Reflexos distorcidos. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 62-70. (Mente & Cérebro, série especial).

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 2: uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984 e 2000. v. II.

_____. _____. **O cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. **História da sexualidade: à vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1997. v. I.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **A Ordem do Discurso**. Tradução de Laura F. Sampaio. 14.ed. São Paulo: Loyola, 2006.

FRANÇA, Genival V. **Flagrantes médico-legais III**. João Pessoa: Editora Universitária, 1994.

FREUD, Sigmund (1905). Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1908). Moral Sexual Civilizada e Doença Nervosa Moderna. In: **Obras Psicológicas Completas de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v IX. (Edição Standard brasileira)

_____. (1908). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In: **Obras Psicológicas Completas de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 7 (Edição Standard Brasileira)

_____. (1915). Os Instintos e suas Vicissitudes. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1985 e 1988. v. XIV e XIX (Edição Standard brasileira)

_____. (1924). **Dissolução do Complexo de Édipo**. Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIX, p. 215-226 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas)

FRITH, Uta. **Autismo e Esquizofrenia**. Disponível em: <<http://www.profala.com/artautismo3.htm>>. Acesso em: 2 jun. 2008.

GALVÃO, J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2000. In: **Cad. Saúde Pub**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007.

GALVÃO, Ana Luiza. Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. **ABC da Saúde e Prevenção**, nov. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?189>>. Acesso em: 9 jun. 2008.

GIOSTRI, Hildegard T. Responsabilidade Médica. As obrigações de meio e de resultado: avaliação, uso e adequação. **Pensamento Jurídico**, v. 5. Curitiba: Juruá, 2001.

GIRALDO, Roberto. **A AIDS não é doença infecciosa**. Conclusões apresentadas pelos cientistas dissidentes da versão oficial da AIDS no Encontro Internacional para a Reavaliação Científica da AIDS. Entrevista com Dr. Roberto Giraldo, Barcelona (Espanha), jul. 2002. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/revista/biol/1/relação.html>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

GLOSSÁRIO. Psicopedagogia: Complexo de castração. **Portal da Educação e Saúde Mental**. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/atuacao/glossario.asp?l_letra=C>. Acesso em: 28 maio 2008.

GOLDIM, José R. **O conforto que surge do entendimento**. Disponível em: <www.pallotti.com.br/theme.php?id=679&show=ok-49k>. Acesso em: 20 nov. 2008.

GONÇALVES, Eliane. **Educação Sexual em Contexto Escolar**: da formação de professores/as à sala de aula. Cunhary, (UFGO) Goiânia, n. 39, mar./abr. 2000.

GUIMARÃES, Samanta. **Possível normalidade**. IX Encontro Nacional de Filosofia Clínica. Universidade São Camilo/Associação Paulista de Filosofia Clínica, São Paulo, 27 a 30 de abril de 2007. Disponível em: <<http://www.filosofiaclinica.com.br/2007/IX%20Encontro%20...htm>>. Acesso em: 20 ABR. 2008.

GUZ, Tatiana. Schizophrenic autism: clinical phenomenology and pathogenetic implications. **Rev. Soc. Bra. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./mar. 2008 ISSN 1516-8034.

HABERMAS, Jürgen. **Modernidade versus pós-modernidade**. Madrid: Cátedra, 1988.

_____. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1997.

_____. **Agir comunicativo e razão destranscendentalizada**. Tradução de Lúcia Aragão. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

HAJE, Lara. **A história da sexualidade**. Disponível em: <mortesubita.org/jack/magiasexual/textossexuais/foucault-michel-e-a-historia-da-sexualidade - 24k>. Acesso em: 20 nov. 2008.

HALLAL, Roberto Curi. Cuidado de si: saudosismo ou novidade? **Adolesc. Latinoam.**, v. 1, n. 2, p. 84-91, jul./set. 1998. ISSN 1414-7130.

HELLMANN, Géssica. Manual da Sexualidade de Venette. **Revista Sexualidade**, abr. 2008. Disponível em: <www.artigonal.com/educacao-artigos/manual-da-sexualidade-de-venette-378919.html - 57k ->. Acesso em: 20 nov. 2008.

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. Novas equações cerebrais. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 26-35. (Mente & Cérebro, série especial).

HERNANDEZ, P.J.S. La definición de la calidad de la atención. In: PALOMER, R. M. **Garantía de calidad en atención primaria de salud**. Tradução de Carlos E. Aquilera Santos. Barcelona: Doyma; 1993. p. 7-18. (Monografias Clinicas en Atencion Primaria, n. 13).

HOFFMAN, N. D.; CHABON, B.; FUTTERMAN, Dan. HIV e Aids em adolescentes. **Pediatric Clin North Am**, v. 47, n. 1, p. 171-187, 2000.

HORNEY, Karen. **Novos Rumos na Psicanálise**. Tradução de José Severo de Camargo Pereira. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1966.

JEOLÁS, Leila Solberg. **Os jovens e o imaginário da AIDS: entre o risco e a prevenção**. Relatos extraídos da tese de doutorado, 1999. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/c_v2n1_aids.htm>. Acesso em: 23 nov. 2008.

_____. **O Jovem e o imaginário da aids** - o bricoleur de suas práticas e representações. Tese de Doutorado. PUC, São Paulo, 1999.

_____. **Possibilidade de intervenção**: o que faz um antropólogo em uma equipe interdisciplinar de saúde. Texto apresentado na Mesa-Redonda: "Cultura e Saúde: possibilidades e limitações ao diálogo", do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública – Revendo teorias e práticas, realizado em Ribeirão Preto, SP, 18 a 22 de out. 2003.

_____. **Risco e prazer**: os jovens e o imaginário da aids. Londrina: Eduel, 2007.

JOHNSON, A. R.; STRYKER, J. (Orgs.) **O impacto social da Aids nos Estados Unidos** (*The Social Impact of AIDS in the United States*). Washington: National Academy Press, 1993.

JUDSON, F. N. Gonorrhea. **Med Clin North Am**, n. 74, p. 1353-1367, 1990.

KELLY, Albert Victor. **O currículo: teoria e prática**. Tradução Jamir Martins. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

KILBY, J. Michael; SAAG, Michael S. Patogênese da Infecção pelo HIV-1. In: POWDERLY, William G. **Manual de Terapêutica de HIV**. Tradução de Ricardo S. Diaz. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 13-39.

KIRP, Donald L.; BAYER, Ronald (Orgs.). **AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics and Policies** (AIDS nas Democracias industrializadas: paixões, políticas e polícias). New Brunswick- New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

KNOBEL, Maurício. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 24-62.

_____. **Adolescência: Psicopatologia** (Introdução). Disponível em: <<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/7340/adopsicopat.html>>. Acesso em: 30 maio 2008.

KNOBEL, M.; SILVA, A.L.M. O paciente terminal: vale a pena investir no tratamento? **Rev. Einstein**, 2004, v. 2, n. 2, p. 133.

KOLTAI, Caterina. Anos de rebeldia. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 6-13. (Mente & Cérebro, série especial).

KURY, Lorelai; HARGREAVES, Lourdes; VALENÇA, Máslova T. **Ritos do Corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Senac, 2000.

LACROIX, Michel. **O culto da emoção**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

LAPLANCHE, Jean; PORTALIS, Bertrand. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

LEVI, G.; VITÓRIA, M. Fighting against Aids: the Brazilian experience Aids, n. 16, p. 2373-2383, 2002. In: **Cad. Saúde Pub**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2134-2144, set. 2007.

LIMA, Helena. O papel de cada um na Orientação Sexual e os Diferentes Modelos de Trabalho. **Boa Saúde**, 2000. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3746&ReturnCarID=1802>>. Acesso em: 20 maio 2008.

LOURO, Guacira. "Pedagogias da sexualidade". In: _____. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

LUZ, Araci A.; WOSNIAK, Francine L.; SAVI, Cláudia A. **Vulnerabilidade ao abuso de drogas e a outras situações de risco.** Disponível em: <http://www.educaremrevista.ufpr.br/numero_15.htm#resumo1>. Acesso em: 25 abr. 2008.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: A trajetória da arqueologia de Foucault.** 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MANN, J. Health Promotion Against AIDS: A Typology. In: **AIDS Prevention Through Education: A World View** (Promoção de saúde contra AIDS: Uma Tipologia. Prevenção da AIDS através da Educação: Uma visão mundial). Tradução J. Sepúlveda e outros. New York: Oxford University Press, 1992.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. **A AIDS no Mundo.** Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1993.

MANNA, Thais Della. Hormônios em ação. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 18-25. (Mente & Cérebro, série especial).

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARQUES, Mário Osório. **Educação nas Ciências: interlocução e complementaridade.** Ijuí: Ed. Unijuí, 2002. 160p. (Coleção Fronteiras da Educação).

_____. **Pedagogia: a ciência do educador.** Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1990. (Coleção Educação, 10).

MARTINI, Jussara G. **Representações associadas à AIDS na escola básica.** Disponível em: <<http://juanfilloy.bib.unrc.edu.ar/completos/corredor/.../>>. Acesso em: 23 nov. 2008.

MATHEUS, Tiago Corbisier. Lugar Estrangeiro. **O olhar adolescente**, n. 1, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 54-60. (Mente & Cérebro, série especial).

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa de marketing.** São Paulo: Atlas, 1997.

MAUAD, Ana Maria. A vida das crianças de elite durante o Império. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil.** 2.ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 137-176.

MENDES JÚNIOR, Amaury. **Contracepção em adolescente.** [artigo], jun. 2005. Disponível em: <<http://www.brazil-brasil.com/content/view/441/78/>>. Acesso em: 20 set. 2008.

MIGUEL, Raquel B.; TONELI, Maruá Juracy F. Adolescência, sexualidade e mídia: uma breve revisão da literatura nacional e internacional. **Psic. estud.**, v. 12, n. 2, Maringá, maio/ago. 2007.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 19.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, Simone S. AIDS e Drogas: avaliando alternativas de prevenção. **Revista de Atenção Primária a Saúde** (NATES/UFJF), ano 2, n. 4, 1999.

MORAES, S. E. Habermas e a ação comunicativa na escola. In: MACHADO; CUNHA (Org.) **Linguagem, conhecimento, ação: ensaios de epistemologia e didática**. São Paulo: Escrituras Editora, 2003.

MORENO, Jacob Levy. **O Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 5.ed. São Paulo/Brasília: Cortez/UNESCO, 2002.

MUELLER, A. W. **Da velha à nova família**. Disponível em: < www.awmueller.com/terapiafamiliarcasal/velhanovafamilia.htm - 15k>. Acesso em: 20 out. 2008.

NEVES, M. Patrão. **Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio**. Centro de Estudos de Bioética da Universidade de Açores, Ponta Delgada, Portugal, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <www.bioetica.catedraunesco.unb.br/html/X%20-%20htm/biblio/htm_RBB/RBB%202-2/Art01.pdf>. Acesso em: 24 maio 2008.

NICOLAU, Paulo F. M. **Educação Médica: Role-Playing**. Psiquiatria Geral. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/educacaomedica/role.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2008.

NIEL, M.; JULIÃO, A. M.; SILVEIRA, D. X. Propensos ao excesso. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 72-81. (Mente & Cérebro, série especial).

NISHIDA, Sílvia M. **Sentido somestésico**. Apostila (Curso de Fisiologia – Dpto De Fisiologia) – IB UNESP, Botucatu, SP, 2007. Disponível em: <www.ibb.unesp.br/departamentos/Fisiologia/material_didatico/Neurobiologia_medica/Apostila/06.somestesia.doc>. Acesso em: 20 abr. 2008.

O ESTUDO DA SEXUALIDADE. **ABC da Saúde**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?302>>. Acesso em: 18 maio 2008.

OLIVEIRA, Raimunda Nonato da Cruz, O espaço Público e Sócio-político da Educação em Saúde Pública. **Serviço Social e Sociedade**, n. 36. São Paulo: Cortez, 1991.

OLIVEIRA, Maria de. **Ética e racionalidade moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

OLIVEIRA, Ledy do Horto dos Santos. **Virologia humana**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1994.

OLIVEIRA, Maria Cláudia S. L. Vínculos Imaginários. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 20-29. (Mente & Cérebro, série especial).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Promoção de saúde**. Um documento sobre a discussão de conceitos e princípios (*Health Promotion: A discussion Document on the concepts and principles*). Genebra: OMS, 1984.

_____. **Carta de Ottawa**. Canadá: OMS, 1986.

_____. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**. Genebra: OMS, 2001.

_____. **Informações contraditórias prejudicam prevenção da AIDS, diz médico europeu**. Bruxelas, Nov. 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u348805.shtml>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

ORRÚ, Sílvia E. **O autismo em pacientes psiquiátricos e a educação mediatizada**. Disponível em: <<http://psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrid=285>>. Acesso em: 2 jun. 2008.

OSANAI, M.H. **Relação médico-paciente**. Disponível em: <prod.midiaindependente.org/PT/blue/2004/07/>. Acesso em: 22 nov. 2008.

PAIVA, V. **Fazendo Arte com Camisinha: A História de um Projeto de Prevenção de AIDS para Jovens**. Tese (Doutorado em Psicologia – Universidade de São Paulo), São Paulo: USP, 1996. (mimeo.)

PAIVA, V.; LATORRE, M. R.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. & ENHANCING CARE INITIATIVE – BRAZIL. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/ AIDS em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 18, p. 1609-1620, 2002.

PARANÁ. Escola não dá conta de abordar a sexualidade. **Jornal Contexto, UNOPAR**, Londrina, a. 3, n. 073, mar. 2006/maio 2007. Disponível em: <<http://www13.unopar.br/unopar/publicacao/manchete.action?m=1>>. Acesso em: 20 ago. 2008.

PARREIRA, Clélia M. S. F.; TEIXEIRA, Ângela D. **PGM 3 – Os parâmetros curriculares nacionais em ação. A promoção da saúde no contexto escolar**. Disponível em: <www.tvebrasil.com.br/SALTO/boletim2002/...>. Acesso em: 20 out. 2008.

PARKER, Richard. **Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000.

PASSOS, Maria Consuelo. Laços de família. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 38-47. (Mente & Cérebro, série especial).

PAULILO, M. S.; DAL BELLO, M. G. Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 4, n. 2, 2002.

PEREIRA, A. F. **Paciente Terminal**. Disponível em: <www.unidas.org.br/institucional/art_inst/congresso2005/28-11-2005/.../>. Acesso em: 24 nov. 2008.

PÉREZ, Emílio (Coord.). **Dicionário Léxico e Enciclopédico Ilustrado da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Codex, 1970.

PERLIN FILHO, Carlos. **Recurso TRF3**, Processo 1999.61.00.047158-3. São Paulo, 7 jul. 2000. Disponível em: <<http://www.carlosperrlinfilho.net/2000/08072000.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2008.

PIAGET, Jean. **Seis Estudos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Forense, 1967.

PINA, Anderson; SANTANA, Almir. Debate: Uso da camisinha. **Infonet**, 26 fev. 2008. Disponível em: <<http://www.gestospe.org.br>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

PIRES, Viviane S.; RASERA, Emerson F. **O acolhimento em grupos de apoio para portadores do HIV**. Disponível em: <<http://www.horizontecientifico.propp.ufu.br/.../article.2005>>. Acesso em: 23 jun. 2008.

PONTES, Rosa L. P. **Psicodrama Aplicado**. Disponível em: <<http://www.abps.com.br/artigos09.php>>. Acesso em: 29 nov. 2008.

PREVENÇÃO das DSTs/Aids. **Boletim Ecos Comunicação em Sexualidade**, n. 6, , jun. 2004. Disponível em: <www.ecos.org.br/boletim_6.htm>. Acesso em: 20 maio 2008.

PROGED – Curso de Formação Continuada de Equipes Gestoras de Unidades Escolares. **Como se constitui um currículo escolar?** UFBA, 2007. Disponível em:<www.moodle.ufba.br/file.php/1864/Para_LINK_MOD_II_VOL_3_Como_se_constitui_um_curriculo_escolar.doc>. Acesso em: 20 nov. 2008.

PROJETO MEMÓRIA 2003. **Oswaldo Cruz** – o médico do Brasil. Disponível em: <<http://www.projetomemoria.art.br/OswaldoCruz/index.html>>. Acesso em: 10 jun. 2008.

PROMOVER Educação Sexual nas Escolas. **Guia de Orientação Sexual**, - **GTOPOS/ABIA/ECOS**, São Paulo, n. 182, 2001. Disponível em: <<http://www.pt-pr.org.br/documentos/PT-pag/...>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

PUPO, Lígia Rivero. Identificando vulnerabilidades (parte I). **5º Congresso Brasileiro de Teologia “Vida Nova”**, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teologiabrasileira.com.br/Materia.asp?MaterialID=158>>. Acesso em: 23 maio 2008.

PUTTINI, Rodolfo. **O normal e o patológico e a epistemologia das ciências da vida e da saúde em George Canguilhem: uma opção transdisciplinar?** [artigo], Faculdade de Medicina, UNESP, São Paulo, 2004. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/.../Artigo_Rodolfo_Puttini.doc>. Acesso em: 20 jun. 2008.

RAJAS, Marcela. Adolescência e AIDS: avatares humanos de uma educação silenciosa... **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 40-46, abr. 1995.

REFLEXÕES sobre assistência à AIDS: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Org. Juan Carlos Raxach et al. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – **ABIA**. Rio de Janeiro: ABIA, 2003.

REIS, Maria Amélia G. S. **A sexualidade e os escolares da educação fundamental: entre a vontade de saber e o cuidado de si**. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reuniões/textos/1310t.PDF>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

REYNA, Valerie F.; FARLEY, Frank. Flerte com perigo. **O Olhar Adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 62-71. (Mente & Cérebro, série especial).

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal (Org.). **Sexualidade e educação sexual: apontamentos para uma reflexão**. Araraquara: Cultura Acadêmica, 1993.

RIBEIRO, Marli B. S.; OLIVEIRA, Luiz R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 425-431, mar./ago. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul – Garantias e Violações dos Direitos Humanos; 1999/2000**. Porto Alegre: Assembléia Legislativa, 2000.

_____. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. **Anais de Dermatologia**, v. 65, n. 6, Comunicação, 1987. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=823>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir Comunicativo e Planejamento Social: Uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, Francisco J. U.; ARTMANN, Elizabeth. Análise estratégica hospitalar e projeto assistencial: a perspectiva de Michel Crémadez e François Gâteau. In: RIVERA, F. J. U. **Análise Estratégica em Saúde e Gestão de Escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 37-96.

ROCHA, Sílvia. **Teoria da Sexualidade segundo S. Freud**. Disponível em: <<http://www.fadepe.com.br/.../1999>>. Acesso em: 27 maio 2008.

RODRIGUES, Bárbara. Crescem casos de Aids entre Adolescentes. **Diário do Povo**, Piauí, 28.04.2008. Disponível em: <<http://180graus.brasilportais.com.br/geral/crescem-casos-de-aids-entre-adolescentes-3998.html>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

RODRIGUES, Vitor; CARVALHO, Amâncio; GONÇALVES, Artur et al. **Os professores e a educação/promoção para a saúde**. Disponível em: <[HTTPS://repositorium.sdum.uminho.pt](https://repositorium.sdum.uminho.pt)>. Acesso em: 20 nov. 2008.

ROSEMBERG, Fúlvia. A educação sexual na escola. **Cadernos de Pesquisa**, n. 53, p. 11-19, mai. 1985.

RUFFINO, Rodolpho. Fragmentos em torno da epopéia do sujeito sob a operação do adolescer. In: CORRÊA, Ana I. (Org.). **Mais tarde... é agora!** Ensaio sobre a adolescência. Salvador: Ágalma, 1996. p. 78-99. (Coleção Psicanálise da criança)

SABAT, Ruth. Educar para a sexualidade normal. **GE: Gênero, Sexualidade e Educação**, Feevale, n. 23. Disponível em: <www.anped.org.br/reunioes/27/ge23/t2311.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SACRISTÁN, J. Gimeno. Currículo e Diversidade Cultural. In: SILVA, Tomaz T.; MOREIRA, Antonio F. (Orgs.). **Territórios contestados: o currículo e os novos mapas políticos e culturais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

SÁNCHEZ, Alba I. M. Vulnerabilidade em Saúde Coletiva. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007. ISSN 1413-8123.

SANTO ÂNGELO. **Pesquisa de campo com adolescentes do ensino fundamental e médio**, mar. 2008.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. **Globalização e Interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOS, Maria Celeste C. L. **O Equilíbrio de um pêndulo**. Bioética e a Lei: implicações médico-legais. São Paulo: Ícone, 1998.

SANTOS, Marluce Alves dos. **Orientação Sexual no 1º e 2º Ciclos do Ensino Fundamental: uma realidade distante**. Caicó, RN, 2001. Disponível em: <<http://www.adolesc.br/bvs/adolesc/P/textocompleto/MARLUCE.doc>>. Acesso em: 28 abr. 2008.

SANTOS, Vera L.; SANTOS, Cledy E. **Prevenção: Adolescentes, jovens e aids no Brasil**. 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/prevencao/adolescentes.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2008.

SARDINHA, J. C. G.; MONTEIRO, A. S.; BENZAKEN, A. S. **DST e sociedade**. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

SAYÃO, Rosely. A educação sexual nossa de cada dia. In: _____. **Sexo, Prazer em conhecê-lo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

SILVA, C. L. C. ONG'S/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 14, p. 129-140, 1998 (Suplemento 2).

SILVA, F. L. **Direitos e Deveres do Paciente Terminal**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SILVA, T. T. **Teoria cultural e educação: um vocabulário crítico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

_____. **Identidades terminais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **O currículo como fetiche**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVA, Carla R.; FREITAS, Helen I.; LOPES, Roseli E. Adolescentes, vulnerabilidade, sexualidade e saúde mental. **I Simpósio Internacional do Adolescente**, maio 2005. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

SILVA, C. M. G. C. H.; RODRIGUES, C. H. S.; LIMA, J. C. et al. Relação Médico-Paciente em oncologia: medos, angústias, habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 0551/2008. Disponível em: <www.abasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?_artigo=2950>. Acesso em: 22 nov. 2008.

SINGLY, F. **O eu, o casal e a família**. Lisboa: Dom Quixote, 2000.

SIQUEIRA, Maria Juracy T. Refletindo sobre a noção de sujeito: alguns apontamentos. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 6, n. 6, p. 73-81, ago. 1999.

SOUZA, Ailta Barros de. **Questão Social da Infância e Adolescência Brasileiras**. 1998. (Curso de Especialização). Disponível em: <buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=E236099-49k>. Acesso em: 28 maio 2008.

SUPLICY, M. et al. **Sexo se aprende na escola**. São Paulo: Olho d'água, 1995.

TABA, H. Curriculum Development: Theory and Practice. New York: Harcourt, Brace and World, 1962. In: KELLY, Albert Victor. **O currículo: teoria e prática**. Tradução Jamir Martins. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

TAVARES, Eda. Mãe Menininha. In: CORRÊA, Ana I. (Org.). **Mais tarde... é agora!** Ensaios sobre a adolescência. Salvador: Ágalma, 1996. p. 101-115. (Coleção Psicanálise da criança)

_____. Encontros e desencontros. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 30-37. (Mente & Cérebro, série especial).

TEBAS, Pablo; HORGAN, Mary M.; POWDERLY, William G. Cuidados Primários. In: POWDERLY, William G. **Manual de Terapêutica de HIV**. Tradução de Ricardo S. Diaz. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 40-54.

TEIXEIRA, Evilázio F. Borges. **A educação do homem segundo Platão**. São Paulo: Paulus, 1999.

TEIXEIRA, Ângela do Rio. Sede de liberdade. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 14-19. (Mente & Cérebro, série especial).

TEIXEIRA, Célia M. F. S.; AMARAL, Geraldo F. **Mudando paradigmas na formação médica**. [artigo], publicado em 2003. Disponível em: <www.redebrasileiradetransdisciplinaridade.net/.../>. Acesso em: 20 nov. 2008.

TELLES, Fernanda S. P.; ANTOUN, Henrique; ARÊAS, James B. Doença e Tempo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993.

THERRIEN, Jacques. **Os saberes da racionalidade pedagógica na sociedade contemporânea**. Disponível em: <<http://www.jacquestherrien.com.br>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

TONDO, Leonardo. Passagem ao ato. **O olhar adolescente**, n. 2, São Paulo: Ediouro, Segmento-Duetto Editorial Ltda, 2008. p. 88-91. (Mente & Cérebro, série especial).

TORRES, Cibele A.; BARBOSA, Stela Maia; BARROSO, Maria Grasiela T.; PINHEIRO, Patrícia Neyva C. Investigando a vulnerabilidade e os riscos dos adolescentes em meio as DST/HIV/AIDS nos seus diversos contextos – um estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 1, 16 jan. 2008.

TRÊS LAGOAS: Aids entre adolescentes preocupa Programa. **BBC NEWS**, 7 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.bbcnews.com.br/index.php?p=noticias&cat=...>>. Acesso em: 25 mar. 2008.

TUNES, E. A iniciação científica e a pesquisa na graduação. In: **Seminário de Pesquisa na graduação**, 1991. Brasília: Anais: Você Pesquisa? Então mostre! Decanato de pesquisa em pós-graduação e decanato de ensino na graduação, 1991, p. 22-25.

UNESCO. Inclusão social no contexto da bioética. **Revista Brasileira de Bioética**, 2005. Disponível em: <sbbioetica.org.br>. Acesso em: 23 maio 2008.

VASCONCELLOS, Dóris. O encontro amoroso na adolescência. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 6, n. 6, p. 107-111, ago. 1999.

VATAVUK, Marialice de C. (Trad. e rev.). **Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo: Casos descritos pelo Dr. Kanner – Discussão e comentários**. Disponível em: <http://www.ama.org.br/html/apr_arti.php?cod=17>. Acesso em: 2 jun. 2008.

VERGARA, Sylvia C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

VESTENA, Rosemar F.; MARTINS, Suzane G. Família e escola: a educação para a sexualidade e a saúde. Disponível em: <www.unifra.br/.../>. Acesso em: 28 nov. 2008.

VIANNA, Sílvia. **Professores e alunos recebem orientações sobre AIDS**. Texto publicado em 30 de novembro de 2007. Disponível em: <<http://www.saude.ma.gov.br/2007/12/12/Pagina107.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2008.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R.; HASSEN, Maria de Nazareth. Pesquisa Qualitativa em Saúde: Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VIDAL, Diana G. Sexualidade e docência feminina no ensino primário do Rio de Janeiro (1930-1940). In: BRUSCHINI, Cristina; HOLLANDA, Heloísa B. (Org.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Ed. 34, 1998.

VIEIRA, Humberto L. **Não é pela promoção da promiscuidade que se evitará a AIDS.** [comunicação], fev. 2000. Disponível em: <[www.providafamilia.org.br/seções_detalhes.php?sc=60&id=160 – 20k](http://www.providafamilia.org.br/seções_detalhes.php?sc=60&id=160-20k)>. Acesso em: 20 dez. 2008.

VILAR, Duarte. **A voz dos pais.** 2002. Disponível em: <http://www.apf.pt/educacao/respons_desafios.html>. Acesso em: 10 abr. 2008.

WOHL, David A.; HORST, Charles M. van der. Infecção Aguda pelo HIV. In: POWDERLY, William G. **Manual de Terapêutica de HIV.** Tradução de Ricardo S. Diaz. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 24-32.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

YOKODA, Raquel Teixeira. **Projeto Saúde Saber.** Faculdade de Medicina de Marília. São Paulo: FAMEMA, 2008.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: a noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação.** São Paulo: Cortez, 2001.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo.** 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 1996.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Estou desenvolvendo uma pesquisa, cujo título é **ADOLESCENTES E AIDS, A RESPEITO DA PREVENÇÃO**. Esse trabalho é fruto de uma dissertação de mestrado em Educação nas Ciências, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ e tem como objetivos determinar quais os aspectos das campanhas de prevenção que os adolescentes com idades entre 13 e 16 anos não estão processando, ou seja, compreendendo.

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa é a análise bibliográfica (livros, internet) e um questionário a ser aplicado entre adolescentes entre 13 e 16 anos que estudam nessa escola.

Eu, pesquisadora, garanto que seu anonimato está assegurado e suas informações serão tratadas com sigilo absoluto, podendo você ter acesso a elas e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo solicitar que suas informações sejam desconsideradas no estudo. Mesmo participando do estudo poderá recusar-se a responder as perguntas ou quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza.

Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, nenhum constrangimento moral dela decorrente.

Eu, Joanine Girardi Kettner, bem como meu orientador, Walter Frantz, assumo toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garanto que suas informações somente serão utilizadas para essa pesquisa, podendo os resultados vierem a ser publicados.

Se houver dúvidas quanto à sua participação poderá pedir esclarecimento a qualquer um de nós, nos endereços e telefone abaixo:

Joanine Kettner

Rua Antônio Manoel, 609/203, Santo Ângelo-RS, Telefone: (055) 3312-1605

Walter Frantz

Rua São Francisco, 501, Ijuí-RS, Telefone: (055) 3332-0200.

Ou a membros do Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ

Rua José Hickembick, 66, sala 3, Prédio da reitoria – Caixa Postal, 560

Bairro São Geraldo, Ijuí-RS, Telefone: (055) 3332-0301

Eu, _____ (nome do entrevistado) RG nº _____, ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa, autorizando-os a utilizar as informações por mim concedidas e/ou os resultados alcançados.

Nome do entrevistado ou seu responsável

assinatura do entrevistado ou responsável

JOANINE GIRARDI KETTNER
(médica CREMER 24949, mestranda do Programa de Educação nas Ciências da Unijuí – pesquisadora)

assinatura pesquisadora

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM ADOLESCENTES

Olá!

Esse é o questionário sobre o qual conversamos anteriormente. Se você não quiser responder algumas das questões, por favor, sinta-se livre para fazê-lo. Qualquer dúvida, recorra ao pesquisador que está aplicando o questionário. Você pode utilizar o verso da folha para responder as questões. Obrigada!

- 1) O que significa AIDS para você?

- 2) Você tem conhecimento a respeito da prevenção da AIDS?

- 3) Onde você costuma buscar informações sobre AIDS?

- 4) Qual o meio de comunicação (TV, rádio, revistas...) que você acha que chama mais a sua atenção quando apresenta campanhas de prevenção à AIDS?

- 5) Você costuma pôr em prática os conselhos dados nessas campanhas?

- 6) Se sim, qual o conselho que você já pôs em prática?

- 7) Senão, por que?

- 8) Você acha que as informações disponíveis são suficientes?

- 9) Você acha que essas campanhas têm alguma coisa a ver com você?

- 10) Você acha que a maneira como explicam é fácil de entender?

- 11) Se você tivesse que criar alguma campanha para prevenção da AIDS, como seria? (pode ser qualquer meio de comunicação, pela TV, revistas, até palestras) Dê uma sugestão.

- 12) O que você acha de participar dessa pesquisa?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)