

TERESA CRISTINA LARA DE MORAES

***ESTUDO DE UM PROGRAMA DE
PREVENÇÃO EM DST/AIDS: A
PRESENÇA DO JOVEM***

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de mestre sob a orientação da Prof.dra. Marília Pontes Sposito
Área de concentração: Educação, Estado e Sociedade.

Universidade de São Paulo
São Paulo
2003

AGRADECIMENTOS

- Agradeço a minha orientadora que esteve presente em todos os momentos deste trabalho, acompanhando e discutindo os melhores caminhos.
- Aos técnicos da Prefeitura Municipal de Santo André, principalmente a Márcia, pela dedicação, carinho e atenção que me dispensaram durante esses anos.
- Aos jovens participantes da pesquisa, pois estiveram sempre presentes com bom humor e disposição nas entrevistas. Nos mostraram que os jovens querem participar e refletir sobre os problemas que os afligem no cotidiano.
- Aos jovens agentes de prevenção em DST/Aids da Zona Leste de São Paulo que com alegria, espírito de luta e desejo de transformação reafirmam a todo instante que um mundo melhor é possível.
- A todos os amigos que nos momentos mais críticos me apoiaram e souberam ter paciência.
- Por fim, agradeço a duas pessoas que sempre me deram força, não apenas para a realização desse trabalho, mas para viver.

Obrigada Vi e Mari por tudo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	001
I. JUVENTUDE, SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ÀS DST/AIDS.....	010
1. Aspectos psicossociais da adolescência	
2. Adolescência, sexualidade e risco.	
3. Repensando a prevenção	
4. Da intervenção	
II. POLÍTICAS PÚBLICAS: DST/AIDS NO BRASIL.....	031
1. As propostas para a prevenção de DST/Aids e as possibilidades de intervenção.	
2. A sociedade civil e as conquistas pelos direitos no combate à epidemia	
3. A prevenção entre os jovens	
III. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO PARA A JUVENTUDE EM SANTO ANDRÉ.....	080
1. A Assessoria da Juventude e o Centro de Referência da Juventude	
2. O Programa Municipal de DST/Aids e a prevenção entre os jovens em Santo André	
3. O Projeto Jovens Multiplicadores	
4. A história do Projeto – Primeira Fase (1997-1999)	
5. A história do Projeto – Segunda Fase (1999-2001)	
6. Algumas considerações	
IV. O JOVEM MULTIPLICADO: SUA TRAJETÓRIA E PERCEPÇÃO.....	128
1. O jovem multiplicador	
Os jovens multiplicadores: Fase I	
Os jovens multiplicadores: Fase II	
2. Um olhar sobre os depoimentos	
CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS DE UM PROCESSO.....	182
BIBLIOGRAFIA.....	195

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo contribuir com a reflexão sobre o jovem como ator social, pois entendemos que tal parcela da população reúne condições que a torna capaz de garantir a própria proteção, por meio de intervenções que buscam a transformação pessoal como parte de uma transformação coletiva maior. Assim, a partir do Programa de Prevenção em DST/Aids, examinamos a proposta de ações públicas destinadas aos segmentos juvenis no município de Santo André. Pretendemos, principalmente, investigar o modo como os jovens envolvidos nessas ações percebem as práticas de prevenção. Não se trata de um estudo sobre os usuários, ou público alvo, dos programas de prevenção e, muito menos, de uma avaliação de sua eficácia. O norte da investigação incidiu sobre os jovens que atuavam como multiplicadores, ou seja, aqueles considerados pelo poder público parceiros nessas ações.

Nos últimos anos têm crescido o interesse e a atenção da sociedade pelo segmento jovem. A mídia e a academia começam a se ocupar desse assunto. Percebemos, inclusive na esfera pública, iniciativas que buscam captar e contemplar as suas necessidades. Resta-nos saber por o que mais está envolvido nessas preocupações.

Na mídia, observamos a criação de produtos nas áreas de lazer e cultura. Diariamente surgem novas marcas e os jovens sentem-se impelidos ao consumo como forma de se fazer existir: o possuir como forma de pertencer, de estar no mundo e de ser aceito.

De modo geral, os jovens não são vistos como sujeitos em nossa sociedade, são classificados pelo que não são: não são mais crianças e ainda não são adultos. O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente supriu uma lacuna histórica, pois até aquele momento não havia uma legislação que buscasse garantir os direitos que esta grande parcela da população reclamava.

Essa lei foi aprovada com vistas à organização e gestão de políticas públicas, por meio da integração dos serviços e benefícios sociais implementados e

controlados por programas sociais. O que entendemos ter sido um grande avanço, mas não podemos deixar de ressaltar que ela não foi colocada em prática, um reflexo da falta de compromisso do Poder Público com essa parcela da população, aliada à desarticulação e à fragmentação da sociedade civil que não conseguiu propor metas e ações que garantissem a efetivação do estatuto. As intervenções não seguiram um planejamento global, ao contrário, foram facultativas e pontuais, sem que houvesse uma articulação entre as diversas esferas do governo e a sociedade, que permitisse uma resposta satisfatória do primeiro às demandas da segunda.

Também merece destaque o fato de as poucas ações implementadas virem do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), que estabelece as diretrizes da política da criança e do adolescente através de ações sócio-educativas. Esse organismo propôs metas para a erradicação do trabalho infantil e da exploração sexual, e ações para garantir os direitos da criança e do adolescente quando autores de ato infracional. Na prática, tais intervenções não contemplam toda população adolescente, mas apontam, sobretudo para os jovens que se encontram em situação de risco (Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente na Cidade de São Paulo, 1996).

A Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente da Câmara Municipal de São Paulo dá ênfase ao que caracteriza como uma visão preconceituosa, distorcida e equivocada do ECA. Trata-se do artigo 87 que define que as políticas e programas de assistência social devem ser direcionados para aqueles que necessitem. Essa comissão afirma que o ECA não só pode ser concebido para crianças e adolescentes pobres, mas deve investir em políticas universais de proteção social, com atendimento integral, isto é, abrangendo todas as áreas fundamentais para o desenvolvimento pleno de todas as crianças e adolescentes (Comissão Especial de Estudos sobre a Criança e o Adolescente na Cidade de São Paulo, 1996).

Quanto à questão da saúde do adolescente, a situação se agrava ainda mais, sobretudo na área da sexualidade. Não são reconhecidas as mudanças biológicas que ocorrem no organismo dos jovens e que acarretam mudanças não só no corpo, mas, também no comportamento. Portanto, mudanças que incidem nos campos cultural e social.

O adolescente desperta para o mundo, começa a sair do seio familiar, do espaço protegido, e passa a buscar informações e respostas para suas dúvidas em outras esferas do mundo social. Ele incorpora, desenvolve e transforma seus valores na busca de seus próprios modelos, no desejo de encontrar o seu próprio modo de ser, pensar e viver. Nessa trajetória, necessita de informação. Embora acreditemos que apenas a informação não seja garantia de mudanças no comportamento, na vida em geral, e, em especial, quando o assunto envolve aspectos tão difíceis de serem discutidos em nossa sociedade como a sexualidade. Esta socialmente ainda é vista como algo "perigoso", com muitas proibições, pois desperta nas pessoas as emoções mais profundas e o que há de mais íntimo em cada ser humano. Assim, o que deveria ser uma fonte de satisfação e prazer, passa a ser algo temido e muitas vezes torna-se fonte de experiências traumáticas.

A sexualidade vem sendo objeto de normatizações ao longo de todo o processo civilizatório. Neste último século a vida sexual foi parar nos livros de Medicina, Psiquiatria, Psicologia, Sexologia, etc. As disciplinas, em nome da ciência, tomaram para si a tarefa de teorizar sobre a sexualidade. Criou-se toda uma classificação de atitudes e condutas, localizaram-se zonas erógenas, foram nomeados os órgãos genitais. Assim, primeiro foi construído o comportamento sexual considerado "normal" e "adequado" para, em seguida, serem classificados e também disciplinados os desvios sexuais, as perversões. Médicos, psicólogos, professores e educadores, usam a autoridade da ciência para ditar regras morais e normas de comportamento "esquecendo-se" de perguntar ao jovem quais são as suas preocupações e prioridades, suas expectativas e perspectivas de vida, quais crenças e mitos mantêm as suas atitudes. (Foucault, 1974)

Por todos esses fatores, e apesar dos esforços técnico-científicos, chegamos ao século XXI com uma constatação: os adolescentes estão se expondo a riscos cada vez maiores, seja na alta velocidade que imprimem à moto, seja no abuso de drogas e de álcool, ou nas práticas sexuais sem proteção. Como reflexo, observa-se o aumento do número de jovens portadores do vírus HIV e outras DSTs e a elevada

porcentagem de óbitos de jovens envolvidos em acidentes por causas externas, sobretudo homicídios.

A Aids¹ teve o seu primeiro caso registrado no início da década de 1980. No Brasil, os primeiros casos confirmados ocorreram em 1982, no estado de São Paulo. Inicialmente foi associada aos homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, devido aos primeiros casos terem surgido entre essas populações, mas num curto espaço de tempo pode-se assistir à disseminação da epidemia entre todas as camadas populacionais, atingindo indiscriminadamente crianças e adultos, homens e mulheres, nos grandes centros urbanos e nas pequenas cidades.

O advento da epidemia lançou novos desafios no campo da ética, impulsionando a reflexão sobre os direitos humanos e a construção de uma sociedade mais justa e solidária. A luta contra o preconceito e a discriminação de indivíduos, segmentos e grupos sociais constitui parte integrante da agenda política de diversos países do mundo. O tratamento interpessoal e social dispensado aos portadores do HIV ainda serve ao preconceito da sociedade, favorecido pela desinformação. (Santos e Santos, 2000)

O Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (Unaid) alerta que mais da metade do número de pessoas que são infectadas com o HIV no mundo adquirem o vírus antes de completar 25 anos. Na América Latina e no Caribe, estima-se que, em 1998, aproximadamente 65.000 indivíduos entre 15 e 24 anos de idade adquiriram o HIV. (Unaid, 1999)

A cada ano, aproximadamente quatro milhões de jovens tornam-se ativos sexualmente no Brasil. O início precoce da vida sexual tem sido considerado um agravante para o comportamento de risco em relação ao HIV/Aids. Estudos mostram que em países da América Latina e Caribe o

¹ Aids é uma sigla, em inglês, que significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Síndrome é um conjunto de sinais e sintomas. Imunodeficiência indica que o sistema de defesa da pessoa está deficiente. Adquirida significa que a pessoa infectou-se no decorrer de sua vida. HIV significa, em inglês, vírus da imunodeficiência humana. É o agente causador da Aids. O HIV pode ser transmitido pelo sangue, secreção espermática, secreção vaginal e o leite materno.

baixo índice do uso do preservativo está associado a jovens de baixa escolaridade (Ministério da Saúde, 1999)

No Brasil a Aids surgiu, aproximadamente, há 20 anos e nesses anos a epidemia vem mudando seu perfil, sai das camadas mais privilegiadas da população para se firmar nas camadas mais jovens, pauperizadas e de baixa escolaridade. Vale ressaltar ainda que no início da epidemia a faixa etária mais atingida era de 20 a 39 anos. Atualmente é a de pessoas entre 20 e 29 anos, dado que mostra o quanto é preocupante a situação dos jovens.

O Ministério da Saúde, através de sua equipe técnica, estuda as peculiaridades dessa faixa etária e as suas características, visando entender os aspectos que tornam os jovens mais expostos aos riscos e, assim, apontar para formas de intervenção que diminuam esse quadro tão dramático. Tanto a adolescência quanto a juventude são avaliadas como fases de descobrimentos e de iniciação de novos comportamentos e relacionamentos:

Estão em busca de uma identidade e vivenciam, cada vez mais cedo, novos valores comportamentais relacionados com a afetividade e vida sexual que, associados a pouca percepção de risco e a limitada informação que têm sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids e drogas, torna-os vulneráveis. (Ministério da Saúde, 1999)

Infelizmente, a Aids e as outras DST, não são os únicos problemas que o jovem enfrenta, pois é atingido também pela violência, pelos danos causados pelo uso indevido de drogas e muitas vezes, por não ter acesso aos métodos contraceptivos, por uma gravidez não planejada. Enfim, a esse cenário, acrescenta-se o desemprego ou sub-emprego, a carência de moradia e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou seja, todos os ingredientes que arrastam esses indivíduos para uma situação de exclusão social.

Esse quadro se agrava ainda mais quando tomamos a variável gênero no quadro da epidemia. A partir desse critério, percebemos a forte feminização ocorrida nos

últimos anos, invertendo por completo as estatísticas iniciais que apontavam a população masculina como a de maior número de contaminados (em 1985 para cada 46 homens contaminados havia uma única mulher). Hoje 25% dos casos notificados ao Ministério da Saúde ocorrem em mulheres.

Em junho de 2002 na Conferência de Aids ocorrida em Barcelona foi divulgado relatório do programa conjunto das Nações Unidas para a Aids, o Unaid, segundo o qual o mundo teria 42 milhões de portadores do vírus HIV ao final de 2002, atingindo homens e mulheres igualmente. Deste total, 38,6 milhões seriam adultos, dos quais 19,2 milhões de mulheres. Dos infectados em 2002, dois milhões seriam mulheres, o que acarretaria o aumento da transmissão vertical, ou seja, da mãe para a criança. "Para mim, o mais chocante é que, pela primeira vez, as mulheres vão corresponder a 50% da epidemia global", disse o diretor-geral do Unaid, Peter Piot. "Na África Subsaariana 58% de todos os infectados são mulheres. O rosto da Aids está se tornando o rosto das mulheres jovens" (Agência Reuters em Londres, 2002).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (Boletim Epidemiológico Aids, fev. 1999), foram notificados 155.590 casos de Aids entre 1980 e fevereiro de 1999. Desses, 20.064 referem-se a pessoas entre 15 e 24 anos, ou seja, 13% do total. A faixa etária de 25 a 34 anos concentra o maior número de notificações acumuladas: 67.267, ou seja, 43,23% do total de casos. Considerando-se que o portador do HIV pode viver, em média, durante 10 anos sem apresentar os sintomas da doença, estima-se que o número de pessoas que se tornaram HIV-positivas, na faixa etária de 15 a 24 anos, seja muito elevado.

Tomando-se a escolaridade e o ano de diagnóstico, a distribuição dos casos de Aids para a faixa etária de 13 a 24 anos entre 1982 e 1999 (20.281 casos) mostra que a maior concentração de casos ocorre entre os indivíduos com o 1º grau completo ou incompleto: 58,1% (2.075 casos) na faixa etária de 13 a 19 anos; e 53,7% (8.972 casos) na faixa etária de 20 a 24 anos. Outro fator de vulnerabilidade relacionado às jovens, diz respeito ao aumento da taxa de fecundidade na faixa de 15 a 19 anos, nos últimos anos, diferentemente da tendência nacional de decréscimo da curva da fecundidade.

Acresce-se a todos esses fatores de exposição do jovem brasileiro à Aids um outro que merece enfoque especial, qual seja, a exploração comercial de adolescentes no Brasil, sobretudo o turismo sexual, tem se caracterizado como um elemento a mais de risco em relação ao HIV/Aids.

Quanto à categoria de exposição entre 1982 a 1999², a distribuição dos casos de Aids por ano de diagnóstico e por sexo, ocorreu da seguinte forma: 7.015 casos de usuários de drogas injetáveis (UDI), assim distribuídos: na faixa etária de 13 a 19 anos, 1.337 casos, que representam 37,4% do total de casos no interior desse grupo etário, e na faixa etária entre 20 a 24 anos, 5.678 casos, que representam 34% do total desse grupo. Somado o número total de casos, a subcategoria de exposição (dentro da categoria a partir do critério de transmissão sexual) com maior frequência é a dos heterossexuais (4.487 casos), seguida dos homossexuais (2.874 casos), para ambas as faixas etárias.

Na faixa etária de 13 a 19 anos, quando se trata de indivíduo do sexo masculino, a subcategoria UDI representa 41,7% dos casos, seguida de homossexuais, com 15,3%. Quando são indivíduos do sexo feminino, a subcategoria heterossexuais representa 49%, seguida de UDI, com 27%.

Usuários de drogas injetáveis do sexo masculino representam 37,6% dos casos de Aids na faixa etária de 20 a 24 anos, seguidos dos homossexuais, com 21%. Quando são indivíduos do sexo feminino, a subcategoria de maior exposição é a heterossexual, com 51% dos casos, seguida de UDI, com 25% dos casos.

Quanto à distribuição dos casos de Aids na faixa etária de 15 a 24 anos, segundo sexo e idade, no período de 1982 a 1999, o maior número de casos ocorreu no sexo masculino, com 14.116 casos, comparativamente ao feminino, com 5.948 casos.

O número de registros de Aids em mulheres cresceu vertiginosamente, em quase duas décadas de epidemia. A razão média entre casos masculinos e femininos nesse período foi de 2:1. Essa proporção aumentou nos anos seguintes, como pudemos observar acima: em 2000, foram 191 casos em meninas de 13 a 19 anos contra 151 casos em rapazes da mesma idade. Em 2001, foram notificados 152 casos de Aids em

² IBGE. Coordenação Nacional de DST e Aids. População de 1991.

adolescentes do sexo feminino, contra 91 casos notificados em adolescentes homens. Entre os jovens de até 24 anos, essa relação homem-mulher já era igual, com tendências de as mulheres ultrapassarem os homens.

Na região do ABC paulista de 1983 a 2000, as notificações de Aids/HIV totalizaram 4.889 casos segundo dados do Ministério da Saúde. Destes, 56% resultaram em óbito, a maioria entre os homens. As faixas etárias mais atingidas foram a de 15 a 29 anos, com 921 jovens infectados (33,5%), e a de 30 a 44 anos, com 1.425 casos.

Seguindo ainda a tendência nacional, verificamos que nessa cidade também a epidemia atingia cada vez mais mulheres e jovens das camadas populares. Esse cenário de extrema vulnerabilidade dos jovens apontava para a necessidade de se pensar em medidas nas esferas públicas que integrassem as áreas da saúde, da educação, do lazer e da cultura com ações educativas, preventivas e com medidas que reduzissem a exposição da população juvenil aos riscos, que não incluíam apenas a mortalidade causada pela Aids, mas também outros tipos de violência que invadem o cotidiano dessa parcela da população.

Para a análise das políticas de prevenção em DST/Aids, inicialmente nos detivemos na definição do público-alvo de tais propostas, ou seja, em determinar quem são esses jovens e adolescentes.

O presente estudo foi realizado no município de Santo André. Através de uma abordagem qualitativa e da análise de fontes secundárias, buscamos um balanço das políticas públicas globais voltadas para o enfrentamento da Aids no país, bem como dos documentos dirigidos aos jovens. Realizamos o mesmo percurso metodológico para Santo André, quando seguimos em duas direções: além dos documentos analisados, privilegiamos entrevistas com técnicos e jovens envolvidos no projeto das ações de prevenção em DST/Aids e ao uso de drogas.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro examinamos brevemente as relações entre adolescência, sexualidade e prevenção à DST/Aids. No segundo enfocamos a trajetória percorrida em mais de duas décadas na construção das propostas visando a contenção da epidemia do HIV/Aids, a partir das quais foram delineadas as políticas públicas no Brasil dirigidas ao problema. No terceiro capítulo, já delineado o panorama nacional das intervenções e avanços nessa área,

discorreremos sobre a proposta política de prevenção à DST/Aids junto à população juvenil no município de Santo André. Examinamos o alcance do Projeto Jovens Multiplicadores, o grau de participação dos jovens em sua elaboração e execução. Por último, no quarto capítulo, buscamos entender como os próprios jovens envolvidos no projeto perceberam as estratégias de prevenção.

I. JUVENTUDE, SEXUALIDADE E PREVENÇÃO ÀS DST/Aids

As etapas evolutivas da existência humana, que vão do nascimento à morte, marcam o desenvolvimento maturacional e fisiológico dos seres humanos. No entanto, a forma como cada sociedade encara essas fases, e os seus respectivos significados, obedece aos princípios e valores de cada agrupamento social em particular, do que resultam comportamentos diferenciados. A etapa do ciclo vital que estudaremos é denominada juventude, ou melhor, como diz Sposito é preciso considerá-la no plural – juventudes – devido precisamente ao reconhecimento da diversidade social e cultural que caracteriza esse segmento, sobretudo no Brasil (Sposito, 1998).

Neste trabalho consideramos a juventude de forma ampla, que inclui a adolescência como seu primeiro momento.

Num breve apanhado histórico, percebemos que nas sociedades primitivas a passagem do universo infantil para o adulto era altamente institucionalizada e ritualizada e os grupos etários tinham funções bem definidas no sistema social, sem grandes conflitos, com papéis e lugares determinados. O mesmo não ocorre com as sociedades modernas, nas quais a transição para a fase adulta se dá de forma mais complexa (Abramo, 1994).

Para Abramo, nas sociedades modernas a acentuada divisão do trabalho, a especialização econômica, a segregação da família das outras esferas institucionais e a extensão da escolaridade aprofundam a descontinuidade entre o mundo infantil e o adulto, demandando um longo tempo de preparação. Esse processo que transfere para um momento posterior a formação do indivíduo implica num certo distanciamento do mundo adulto e um longo adiamento da maturidade social, que assim se desconecta da maturidade sexual e fisiológica (Abramo, 1994).

Nessas sociedades, segue Abramo, muitos concebem a juventude como uma etapa de transição, ou seja, como se a vida, nesse período, ficasse em suspensão até a chegada da fase adulta, quando o indivíduo estaria pronto, acabado e maduro para seguir sua trajetória. Segundo essa concepção, o fim da infância e o início da vida adulta seria algo "natural" e "homogêneo", portanto os aspectos culturais que regem esses

processos e que determinam a forma de se viver esse momento não são levados em conta. Inclusive, cabe destacar que mesmo no interior de uma dada sociedade não há um consenso quanto ao início e ao fim dessa etapa evolutiva do ciclo vital.

Essa visão da juventude como uma fase transitória da vida traz implicações desconfortáveis para o jovem, pois na medida em que não é reconhecido socialmente como um sujeito em formação, com características próprias, ficam também relativizados seus direitos e deveres (suas responsabilidades e sua autonomia). Abramo diz que esses direitos são maiores que os das crianças, mas não tão plenos como os dos adultos. Assim, os limites de início e término dessa transição não são bem definidos e institucionalizados, fato que imprime à condição juvenil uma forte marca de ambigüidade, negatividade e incerteza quanto ao presente e ao futuro (Abramo, 1994).

Nesse sentido, Sposito afirma:

é preciso considerar criticamente a idéia de transição que, freqüentemente, tem implicado a subordinação das fases da vida e, nesse caso, o sentido a ser imprimido à juventude estaria apenas restrito à preparação para algo que está fora dela, ou seja, a etapa posterior, consagrada na vida adulta".
(Sposito, 1998)

Por essas razões, é fundamental reconhecer, como já afirmamos anteriormente, que o modo de se tornar adulto tem sido construído historicamente e de acordo com uma ampla diversidade cultural. Uma característica marcante nos diagnósticos sobre a vida dos setores mais jovens, é a idéia de uma significativa heterogeneidade, da qual resultam demandas diversas e conseqüentemente a ampliação da noção de direitos.

No Brasil percebemos, além da diversidade, uma intensa desigualdade que aponta para um cenário desalentador, pois a segmentação social no interior da categoria jovem traz como resultado o afastamento de uma grande parcela desta população da ordem social e cultural dominantes. Assim, entendemos que esses jovens são ainda mais penalizados, pois trilham o processo de construção da identidade sem contar com retaguarda para a consolidação da mesma, o que poderia ser suprido com políticas sociais que respondessem às necessidades deste segmento social.

Afirma Spósito:

A escola ainda, como agência socializadora encarregada de transmitir valores sociais e conhecimentos necessários à reprodução que preparam para o mercado de trabalho, está perdendo sua função referencial tornando-se, muitas vezes, alvo do ceticismo devido ao descompasso entre expectativas do que a escolaridade pode trazer e a realidade que nega essas aspirações. (Spósito, 1997)

Esse quadro torna-se ainda mais preocupante quando atentamos para o fato de que 75% dos óbitos jovens masculinos e 40% dos femininos, no ano de 1995, tiveram como diagnóstico as causas externas (acidentes e violências). Destes, 44% referem-se a homicídios (Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas, 1998).

Vale ressaltar que entre os dois últimos anos censitários, 1980 e 1991, a mortalidade no Brasil teve um decréscimo em quase todas as faixas etárias e em ambos os sexos. A exceção deu-se entre os adolescentes entre 15 e 19 anos), os jovens de 20 a 24 anos e os adultos de 25 a 34 anos do sexo masculino. Esses grupos, ao invés de declínio, exibiram acréscimos relativos da ordem de 9%, 7% e 3%, respectivamente (Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas, 1998).

Melucci ressalta a importância de cruzarmos as dimensões macrosociológicas com as experiências individuais da vida cotidiana se quisermos entender a ação juvenil, pois, em conjunto com as regras e normas mais gerais que estão presentes no universo juvenil, temos que considerar o modo particular que cada indivíduo percebe o mundo material e como o transforma em signos próprios. Uma codificação socialmente produzida intervém na definição do eu, afetando as estruturas biológicas e motivacionais da ação humana. Ao mesmo tempo, existe uma crescente possibilidade, para os atores sociais, de controlarem as condições de formação e as orientações de suas ações (Melucci, 1997).

Nessa afirmação está implícita a idéia de que o jovem é capaz de promover mudanças significativas, pois também consegue desenvolver a capacidade reflexiva do eu de produzir informação, comunicação e sociabilidade. Tais elementos articulados são capazes de produzir intervenções impactantes no sistema, ao contrário

do que supõem muitos céticos, que sempre apontam os jovens – alvos fáceis e vítimas em potencial – como os responsáveis pelo aumento da violência social. Esse enfoque desconsidera outras formas de experiências coletivas juvenis que se expressam em ações voluntárias, como bem lembra Sposito, ações estas, comunitárias ou de solidariedade, que compreendem temas diversos como a luta pela preservação do meio ambiente, a qualidade de vida e a saúde. Várias organizações não governamentais contam hoje com grupos de adolescentes que multiplicam junto a seus pares informações sobre drogas, DST, Aids, violência, etc. (Spósito, 1998).

Nesse sentido é prudente refletirmos sobre o conceito de vulnerabilidade³. Ele vem suprir lacunas que os conceitos anteriores como “grupo de risco” ou “situação de risco”, que visavam explicar o porquê da epidemia do HIV/Aids, não abarcavam. O conceito atual retira do nível individual a responsabilidade pela contaminação remetendo

à complexidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra (...) É por este motivo que este conceito tem sido divulgado cada vez mais, procurando enfatizar um olhar mais profundo sobre o tema, uma menor culpabilização das pessoas, levando a ações mais críticas e, ao mesmo tempo, políticas que melhorem as condições de vulnerabilidade macro, para que sejam refletidas no micro onde todos atuam. (Figueiredo, 1998)

Em que pese sua adequada utilização, cumpre destacarmos a preocupação em relação ao uso prático desse conceito, mesmo com a melhor das intenções. Tal inquietação deve-se ao risco de o conceito colocar, no cotidiano, a população juvenil como incapaz, sobretudo a parcela das camadas populares, por estar num nível de fragilidade que a impossibilite de reagir às condições sociais adversas. Muitas experiências revelam que há populações submetidas a condições absolutamente desfavoráveis e que, no entanto, estão investindo ativamente no sentido de reverter tal situação.

³ O conceito de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas às diferentes susceptibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações à infecção pelo HIV e às suas conseqüências indesejáveis (doença e morte) (Ayres, 1996).

Castro assim define esta preocupação

A idéia nesse conceito é sair do círculo descritivo e que reduz os pobres a não sujeitos, diferenciando-se de conceitos já bastante criticados, como o de exclusão e pobreza. Com o conceito de vulnerabilidade social, não se perde o único, o identitário. (...) Por outro lado há apelo, insisto, no conceito por trabalhar em diversos níveis, considerando como se modela a vulnerabilidade ao nível da comunidade, das instituições e ao nível da sociedade, inclusive trabalhando com a noção de estruturas vulnerabilizantes, ou seja, componentes de um sistema de organizações sociais que colaborariam para que certos indivíduos, mesmo dentro de uma classe social, como entre os pobres, sejam mais vulnerabilizáveis. (Castro, 2002)

Afirma ainda:

A outra questão que trabalha o conceito de vulnerabilidade remete à dialética da metáfora Escravo X Amo, o poder que tem os dominados, mesmo numa situação de dominação de minar e subverter a relação. Então ao refletir sobre a questão da vulnerabilidade, haveria que considerar que por mais vulnerável que se seja, se recorre a alguma estratégia de contraposição a essa vulnerabilização, o que não implica em alterar o estado de vulnerabilidades, em plano mais estrutural. Os setores vulneráveis têm um capital cultural, capital social, de múltiplos sentidos, que pode vir a ser aproveitado de alguma forma, por eles próprios, no sentido de lidar com sua vulnerabilidade. (Castro, 2002)

Não se trata de superestimar as ações, mas também não podemos negá-las em função de estarmos presos a antigos paradigmas que nos impedem de olhar para os novos tempos, quando vidas pulsam e neste pulsar surgem novas formas de aglutinação, que traduzem vivências diferenciadas de outros momentos históricos, mas não menos importantes.

No contexto atual, jovens vêm buscando a diferença para serem notados, com suas marcas e estilos que garantem o contraste com as demais faixas etárias, ao mesmo tempo em que preservam sua existência social. Nesse sentido, entendemos que se torna gradualmente mais complexa a formação dos grupos juvenis, impossibilitando cada vez mais:

definirmos juventude como macrocategoria de investigação. De outro modo, pode-se assinalar um denominador comum nas práticas juvenis que marcam os anos 90: a necessidade da formação de "turmas" cujo objetivo, pelas vias mais diversas, é marcar uma presença impactante no cenário social. (Diógenes, 1998)

1. Aspectos psicossociais da adolescência

Dos teóricos consultados, optamos por discorrer sobre a teoria de Erick Erikson, pois ele articula fatores psicológicos com os aspectos culturais da adolescência. Erikson embasa as suas considerações sobre o jovem em várias investigações de campo, o que lhe possibilitou comparar olhares diferentes sobre essa fase da vida e, assim, concluir que embora as experiências dos primeiros anos da existência sejam importantes, elas não determinam as etapas posteriores da vida do indivíduo. Com essa afirmação, podemos concluir que Erikson concebe o desenvolvimento da personalidade como um processo dinâmico e contínuo que vai do nascimento até a morte, no qual toda a trajetória é valiosa e contempla conflitos e dificuldades, ao mesmo tempo em que aponta para as suas superações. Tal ênfase na personalidade como um "todo orgânico" levou-o a buscar compreender e explicar o desenvolvimento humano da infância até a velhice (Erikson, 1972).

Para Erikson, a personalidade é o resultado da interação de três sistemas: o biológico, o social e o individual. Estes três sistemas são inseparáveis e interdependentes. Com relação à dimensão biológica, podemos dizer que são os

mecanismos inatos que o indivíduo traz desde o nascimento. Mas Erikson afirma que esse plano não se desenvolve no vácuo, ou seja, o ser humano, diferentemente dos outros animais, nasce num estado de grande dependência e deve ser cuidado por outras pessoas. Refere-se, portanto, à dimensão social que, para o desenvolvimento da personalidade, envolve uma série de acomodações mútuas, cuja natureza varia muito de uma cultura para outra. Por fim, a dimensão individual, em conjunto com os planos biológico e social, completa esse sistema, pois é nesse plano que reside a singularidade de cada indivíduo. Cada um percebe e responde ao mundo de uma forma e a forma como este é percebido também será particular (Erikson, 1972). Nas palavras do autor:

a formação de identidade surgiria do repúdio seletivo e da assimilação mútua de identidades da infância e da absorção destas numa nova configuração, a qual, por seu turno, depende do processo pelo qual uma sociedade identifica o indivíduo jovem, reconhecendo-o como alguém que tinha de tornar-se o que é e que, sendo o que é, é aceito como tal. (Erikson, 1972)

Ele caracteriza a adolescência como uma crise normativa, ou seja, seria uma fase de conflitos com um alto potencial de crescimento. Tais crises seriam reversíveis e se caracterizariam por uma abundância de energia na busca e exploração de novas oportunidades e associações que contribuiriam para o processo de formação da identidade, pois, muito dessa aparente confusão do jovem deve ser considerada como uma experimentação, um jogo social, que, nas palavras do autor, seria “o verdadeiro sucessor genético do jogo infantil” (Erikson, 1972). Assim, observa:

É um período da vida em que o corpo muda radicalmente de proporções, a puberdade genital inunda o corpo e a imaginação com toda espécie de impulsos, a intimidade com o outro sexo se inicia, e ocasionalmente, é imposta ao jovem, e o futuro imediato o coloca diante de um número excessivo de possibilidades e escolhas conflitantes. (Erikson, 1972)

Estou me referindo à adolescência como o conjunto de transformações psicológicas, físicas e sociais que tem como um dos marcos a

puberdade. Estas mudanças não são iguais para todos, para a maioria dos meninos se inicia aos 12 anos e meio, embora alguns iniciem aos 10 anos e outros aos 16 anos. Entre as meninas as transformações físicas começam mais cedo, a partir dos oito ou nove anos.

O adolescente começa a deixar o mundo infantil e vai em busca de outras referências fora do mundo familiar e cotidiano no qual convivera até o momento. Nessa nova etapa do processo de socialização dará prosseguimento à construção de sua identidade.

Para Berger, a identidade é um elemento-chave da realidade subjetiva e acha-se em relação dialética com a sociedade. É formada por processos sociais: é modificada, remodelada ou mantida pelas relações sociais. Afirma:

o homem é biologicamente predestinado a construir e habitar um mundo com os outros. Este mundo torna-se para ele a realidade dominante. Seus limites são estabelecidos pela natureza, mas, uma vez construído este mundo atua de retorno sobre a natureza. Na dialética entre a natureza e o mundo socialmente construído, o organismo humano se transforma. (Berger, 1974)

Para Erick Ericsson, a adolescência representa um momento crucial no qual o indivíduo tem a oportunidade de adquirir uma identidade sexual "firme e duradoura, que possibilitaria a formação de uma identidade pessoal em todas as outras áreas da vida psicossocial" (Erikson, 1972).

Nesta perspectiva, a adolescência pode ser compreendida como uma etapa de rompimentos com laços infantis em busca de uma identidade adulta, assim, os conflitos, as ambigüidades e as crises seriam esperadas e até considerados normais, pois o adolescente está passando por uma fase de definições, ou melhor dizendo um momento de desconstrução e reconstrução da identidade, o que dá margem às dúvidas com relação aos papéis sociais que ele deve assumir perante as imposições sociais e aqueles que ele quer vivenciar (Ericsson, 1972).

Ainda segundo Erikson, a integração psicológica necessária, nessa fase, é muito mais do que a soma das identificações infantis que ele denomina de "identidade do ego" (Erikson, 1972).

Para esse teórico, o ego é um princípio organizacional pelo qual o indivíduo acredita se manter como uma personalidade coerente, com uniformidade e continuidade em sua experiência pessoal e em sua realidade para outros. É a instância que integra os aspectos psicosssexuais e psicossociais, nessa etapa do desenvolvimento (Erikson, 1972).

Nesse sentido, a identidade não é imutável, passa por mudanças, e reintegra-se na medida em que o indivíduo vivencia novas experiências. A construção da identidade se dá através de processos de interiorização e exteriorização de forma dialética, nos quais a aquisição de valores, hábitos e conhecimentos são reconhecidos por um sujeito psíquico que se submete, ao mesmo tempo, à sua própria estrutura psíquica e maturação cognitiva e à pressão de seu meio sócio-cultural.

Em outras palavras, o processo de construção da identidade passa, por um lado, pela necessidade de o jovem assumir suas capacidades, limitações e potencialidades e, por outro, de conseguir atender às expectativas da família, da escola, do trabalho e das demais demandas sociais.

Erikson trata a adolescência como a fase que envolve confusão de papéis ao mesmo tempo em que ocorre esta construção da identidade. Nessa fase, tudo em que se confiava anteriormente volta a ser discutido, os adolescentes passam a se preocupar com o que os outros pensam deles, em contraposição ao que pensam de si mesmos, e com a questão de como adequar os papéis e as habilidades anteriormente adquiridas com as exigências do momento. Em busca de continuidade e coerência, os adolescentes enfrentam crises de valores (Erikson, 1972).

Esse teórico, ao contrário de muitos outros, não considera necessariamente essa etapa do desenvolvimento humano como turbulenta, rebelde e explosiva. Ele afirma que as crises devem ser encaradas como parte de um processo. Com essas afirmações, Erikson reconhece as diferenças culturais e reafirma a sua convicção de que os jovens são capazes de passar pela adolescência sem sofrer uma perturbação exagerada (Erikson, 1972).

Concluindo, sabemos que a adolescência é um dos períodos intensos da vida, pelos desafios, descobertas e oportunidades que apresenta. Também é trabalhosa, pois o percurso é pessoal e intransferível, o que não significa ser desnecessário buscar ajuda e apoio. Acreditamos que conversar sobre a vida, o prazer, os medos, o corpo e a sexualidade com os adultos e, sobretudo, com os seus pares da mesma faixa etária ajudará os adolescentes a cuidarem-se, a sentirem-se mais seguro em suas decisões e, portanto, a encontrar uma vida mais saudável e com menos riscos.

2. Adolescência, sexualidade e risco

O aprofundamento das teorias sobre sexualidade e o exame da sexualidade do adolescente não serão objetos deste estudo. Faremos apenas um breve comentário à literatura sobre esses temas para entendermos as condutas dos adolescentes diante da prática sexual, com vistas a compreender em que medida eles se sentem vulneráveis e, portanto capazes de adotar medidas para a sua proteção.

Entendemos que a sexualidade habita nosso ser desde que começamos a viver, isto é, a sentir emoções. E, através dessas emoções, começamos a nomear, definir, compreender e tomar consciência de nossa identidade sexual. Os fatores que, por sua vez, interferem no desenvolvimento da sexualidade são biológicos, psicológicos e sociais.

Para Erikson, o namoro juvenil está a serviço dessa busca maior. Visa, portanto, a construção da identidade mais do que a efetivação direta da sexualidade. A sexualidade plena supõe um processo de natureza social e cultural (Erikson, 1972).

Ainda segundo essa linha de raciocínio, o jovem vai em busca de uma vida afetiva a dois, mas seu destino é a singularidade, a unicidade, que nas palavras de Pinto: "Em nada se confundem com o isolamento. Realizada na relação interindividual, a construção do eu é também a construção do outro; é a sua diferenciação recíproca e dialeticamente complementar que permite a sua articulação" (Pinto, 1997).

Num primeiro momento, os jovens se encontram sem compromisso formal. É o que chamam de "ficar". A intensidade dos sentimentos e a rapidez com que

se transformam é muito peculiar a essa fase da vida. Se tais encontros perdurarem, passa-se a uma nova etapa do relacionamento que é o namoro e, por conseqüência, ocorre uma intimidade física mais contínua.

Essas formas de aproximação, o “ficar” e o namorar são um exercício para a conquista da sexualidade plena e, portanto, levam algum tempo para serem estabelecidas. Seria o tempo necessário para que cada jovem pudesse conhecer seu próprio corpo, com informações corretas, sem preconceito e estereótipos, num processo rumo à maturidade sexual.

Outros fatores são importantes para o jovem nesse processo de maturação sexual. Para Anthony Giddens, as noções de confiança, estilo de vida e principalmente de risco estão presentes nas trajetórias dos jovens em nossa cultura. Ele afirma que a confiança é um fenômeno importantíssimo para o desenvolvimento da personalidade num mundo de mecanismos de descontextualização e de sistemas abstratos. Esta confiança afasta as potenciais ameaças e perigos. Ela é responsável pela criação do que ele chama de "casulo protetor", ou seja, "o pôr entre parênteses, ao nível da prática, os eventos passíveis de ameaçar a integridade física ou psicológica do agente" (Giddens, 1992).

Para Giddens, também a noção de risco é fundamental em uma sociedade que está a se despedir das formas tradicionais pelas quais os indivíduos se posicionam no mundo, a abrir-se para um futuro bastante problemático. Nesse sentido, o risco diria respeito aos acontecimentos futuros relacionados com as práticas presentes; e a confiança, numa sociedade globalizante seria o elo de interação com os sistemas abstratos que esvaziam a vida cotidiana do seu conteúdo tradicional (Giddens, 1992).

Para o sociólogo inglês, pensar em termos de risco é inevitável, pois a modernidade impulsiona os indivíduos a mudar a ordem das coisas. Eles, conseqüentemente, abrem novos caminhos em busca de um futuro inédito. As práticas das pessoas não se dão isoladamente, integram um feixe de hábitos de estilo de vida, nesse sentido, o planejamento do risco deve levar em consideração um "pacote de riscos", que representa mais do que ações distintas e isoladas do comportamento. Assim, afirma: "Correr certos riscos na busca de um dado estilo de vida, por outras

palavras, é aceito como estando dentro de limites toleráveis, como parte da generalidade do pacote" (Giddens, 1992).

Vale ressaltar que, às vezes, é pouco nítida para o indivíduo a diferença entre riscos que fogem ao seu controle e riscos voluntariamente procurados. É ainda parte importante do clima de risco, a valorização e exaltação de alguns deles como forma de o indivíduo mostrar-se poderoso e invulnerável. Podemos levantar como hipótese, no âmbito do nosso trabalho, que o jovem ao expor-se a uma relação sexual sem proteção, colocando o corpo e a sua saúde em risco, expressa o desejo de mostrar o quanto está imune a todo e qualquer tipo de doença sexualmente transmissível. Às vezes, o perigo também é considerado remoto demais para o adolescente, o que o impede de contemplá-lo como uma possibilidade real.

Giddens, citando Goffman, diz que um corpo "é uma peça de equipamento de grandes conseqüências, e o seu dono está sempre a pô-lo em perigo" (1992).

Um último ponto que abordaremos nesse capítulo, ainda sob orientação das proposições de Giddens, refere-se à capacidade do indivíduo em apropriar-se do conhecimento. Desde que o tempo e outros requisitos estejam disponíveis, o indivíduo terá a possibilidade de se rever, ou seja, de se requalificar podendo tomar decisões mais autônomas. Para Giddens:

os momentos decisivos são pontos de transição que têm implicações fundamentais não só para as circunstâncias da conduta futura de um indivíduo, mas também para a auto-identidade. Isto porque as decisões conseqüentes, uma vez tomadas, dão nova forma ao projeto reflexivo da identidade através das conseqüências para o estilo de vida que se lhe seguem. (Giddens, 1992)

Finalizando, sabemos que a área da prevenção vem sendo objeto de estudos, pesquisas e de diversas tentativas no sentido de trilhar caminhos menos arenosos e mais frutíferos, com o objetivo de encontrar formas mais eficazes de se trabalhar com os adolescentes para que estes, sujeitos da ação, possam sentir-se fortalecidos e mais seguros em seu cotidiano.

Assim, entendemos que o exercício da sexualidade sem proteção é mais um dentre os comportamentos a que o jovem se expõe, pois nos parece que o que está em jogo é o risco, em suas diversas facetas, presença marcante da vida dos jovens. Talvez, o fato de andar de moto em alta velocidade, consumir bebidas alcoólicas em excesso e/ou fazer uso abusivo de drogas tenha o mesmo significado para os adolescentes.

Esses fatores devem ser considerados em interação quando pensamos em estratégias de prevenção com o objetivo de reduzir os riscos que os jovens se expõem no cotidiano.

3. Repensando a prevenção

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a Aids, entre os jovens nos traz questões que dizem respeito não só a estes, mas a todos nós, pois associados a tais doenças estão temas como a representação dos indivíduos acerca da vida, da morte, da saúde, da doença, do risco, do amor, da paixão, do sexo, das drogas. Todas essas questões envolvem preceitos éticos e morais, portanto, saem do âmbito do privado e localizam-se na esfera pública. Poucas palavras e algumas siglas escondem questões altamente complexas que dizem respeito à existência do indivíduo como um todo. Isso nos leva a refletir sobre qual seria a melhor estratégia preventiva para enfrentarmos esses dilemas humanos.

Vale ressaltar que os programas de prevenção que visam a redução do consumo de drogas entre os jovens são em maior número do que aqueles voltados para a contenção das DST. Por essa razão recorremos à fundamentação teórica que permeia esses programas, transpondo-os para a nossa área de atuação, pois acreditamos que nos serão úteis na compreensão do nosso objeto de estudo.

Entendemos que toda ação num programa de prevenção é norteada pelas concepções que a sustentam. Várias correntes atuam nessa área, umas complementares, outras totalmente divergentes. Para o nosso estudo, conhecer os princípios que embasam tais posições se faz necessário.

Iniciaremos refletindo sobre o significado da palavra prevenção. No *Dicionário Aurélio* encontramos a seguinte definição: “é o ato ou efeito de prevenir-se; disposição ou preparo antecipado e preventivo; precaução, cautela” (Ferreira, 1986).

A definição nos parece simples e de fácil entendimento, mas ocorre que ao nos depararmos com os programas de prevenção que já foram colocados em prática em diversas localidades, percebemos que há uma ampla gama de técnicas e modelos de intervenção disponíveis que pressupõem posturas e formas distintas de conceber o homem em geral, e em particular, o adolescente.

Assim, recorreremos ao levantamento feito por Waideman (1997) sobre pesquisas realizadas com adolescentes com o objetivo de verificar o comportamento sexual destes e sua percepção dos riscos envolvidos nessas práticas. Citaremos apenas alguns exemplos, visando o enriquecimento de nossa discussão.

Waideman (1997) cita estudo feito por Ford (1992) na Inglaterra, com 2.995 indivíduos na faixa etária entre 16 e 24 anos, a respeito da relação entre conhecimento sobre Aids/HIV e comportamento sexual. Os resultados mostraram que embora os jovens tivessem conhecimento sobre Aids/HIV, apresentavam-se vulneráveis no que se refere ao comportamento de risco, pois apenas 33% declarou ter usado preservativos na última relação sexual. Netting (1992), em estudo de acompanhamento do comportamento sexual de jovens universitários do Canadá, realizado durante dez anos (1980-1990), revela que apesar da Aids, os estudantes não têm se adaptado às práticas sexuais seguras, tanto com relação ao número de parceiros como no que se refere ao uso de preservativos.

DiClemente (1993) do Centro para Estudos de Prevenção da Aids, em São Francisco (EUA), conduziu um estudo relacionando comportamentos sexuais de risco e conhecimento sobre Aids e HIV entre adolescentes da zona rural do norte da Califórnia. Concluíram que embora os adolescentes tivessem conhecimento sobre o HIV e sobre as formas de prevenção, mantinham comportamentos sexuais de alto risco.

Holtzman do Centro para Controle e Prevenção de Atlanta (EUA), em estudo (Holtzman et al, 1994) a respeito de informação, instrução, conhecimento sobre o HIV e comportamento sexual em estudantes do ensino secundário nos Estados Unidos, feito de 1989 a 1990, discute a implantação de programas de prevenção. Alega que

embora as escolas americanas tenham implantado programas para prevenir a transmissão das DST/Aids, os resultados são inconsistentes e questionáveis, pois não mostram a relação entre os programas de prevenção e as mudanças de comportamentos no sentido de diminuir os riscos entre os jovens.

Waideman conclui que embora haja, atualmente, por parte de pesquisadores de todo o mundo grande preocupação com os temas Aids/DST, práticas sexuais e prevenção entre jovens, os programas ainda deixam muito a desejar, necessitando ser repensados (Waideman, 1997).

Soares aponta para o fato de esses modelos quase sempre seguirem a ideologia de responsabilidade individual:

Os esforços da educação em saúde objetivam predominantemente mudanças de comportamentos individuais e requerem que as pessoas mudem de hábitos tão socialmente relevantes e culturalmente arraigados que é o mesmo que lhes pedir que abandonem a sua identidade sócio-cultural. (Soares, 1997)

Soares, a partir da análise de vários textos da literatura internacional, revela que os pressupostos ideológicos que embasam os programas de prevenção, sobretudo para o consumo de drogas, trazem em seu bojo, uma visão moralista, preconceituosa e repressora. Trazem ainda informações tendenciosas e a idéia de que o indivíduo é totalmente indefeso frente às drogas, carente de vontade própria. A droga sempre é apresentada como um mal em si, não se considera o contexto social, os vários tipos de uso e os próprios sujeitos envolvidos. Enfim, os estudos apresentam um usuário totalmente fragilizado, despertando o sentimento de proteção paternal que enfatiza a figura da autoridade, a qual conduziria o indivíduo rumo ao fim da dependência (Soares, 1997).

Soares, em seu trabalho, relaciona outros modelos preventivos que, segundo a autora, restringem a visão das diferentes áreas do conhecimento e não oferecem uma análise mais aprofundada dos pressupostos ideológicos que informam esses modelos. Tais modelos, que orientam estratégias preventivas, foram estudados por Nowlis (1980) e são: o modelo jurídico-moral, que vê o uso de drogas como crime e

baseia-se na proibição das drogas e punição do usuário; já o modelo psicossocial, que relativiza a interação do jovem com o meio social que está inserido, vê o uso de drogas como um comportamento, variando conforme a personalidade dos jovens; o modelo sócio-cultural, ao contrário, vê o uso de drogas como um produto do meio no qual o indivíduo interage; o modelo da Saúde Pública é constituído a partir da perspectiva da prevenção e propõe intervenções focalizadas e pontuais, assim, utiliza-se do conhecimento acumulado sobre o tema, com o objetivo de evitar os agravos à saúde; a abordagem derivada da Epidemiologia Clássica tem sua origem na área biomédica e baseia-se no modelo da multicausalidade da doença, assim, busca levantar os diversos fatores que podem estar associados ao processo saúde-doença, para posteriores estratégias preventivas, vale lembrar, que os epidemiólogos sociais criticam esse modelo, pois consideram que ao se tomar o homem como um ser puramente biológico, mascara-se as diferenças de inserção social dos indivíduos (Soares, 1997).

Tais modelos de prevenção vindos da Epidemiologia contribuem significativamente na medida em que trazem elementos que orientam a seleção para intervenções em grupos específicos, mas pecam por não considerar o indivíduo como um todo, com seu modo peculiar de inserir-se socialmente, cuja determinação não é estática e sim dinâmica e determinada historicamente, ou seja, não consideram as diversas motivações das pessoas.

Ainda seguindo a trilha dos modelos de prevenção tradicionais que no caso das drogas, em última análise, propõem a sua total eliminação, por meio de recursos que promovam a repressão e a punição, Cotrim faz um levantamento das ações práticas desses modelos no contexto escolar e nos traz as suas características centrais:

O modelo do amedrontamento – defende a estruturação de campanhas de informação que exponham somente as conseqüências negativas do uso de drogas. O modelo do apelo moral – o enfoque utilizado neste é de que o uso de drogas é fruto da falta de um código moral e ético que o condene. O modelo de treinamento para resistir – objetiva treinar os estudantes, para resistir às pressões para que se envolvam com drogas, por parte de seu grupo de pares, da mídia e até dos pais. O modelo da pressão de grupo positiva – tem como tese central a utilização da pressão de grupo como um

fator de influência para não usar drogas. Há ainda o modelo de orientação de pais por outros pais ou por profissionais especializados. Neste, o papel da escola é apenas o de servir como instituição recrutadora de pais participantes. Esta proposta visa restabelecer ou reforçar o controle dos pais sobre seus filhos, reduzir a influência dos amigos, pressionar escolas e comunidades para terem regras que evitem que seus filhos se aproximem das drogas. (Cotrim, 1992)

Cotrim ressalta que embora as ações da "guerra às drogas" sejam várias e diversificadas, todas possuem um denominador comum, ou seja, "são modelos diretivos e intervencionistas, destinados a inculcar, seja pela via moral, pelo medo, pelo treinamento ou pela disciplina, uma atitude de rejeição às drogas e a seus usuários" (Cotrim, 1992).

Contra-pondo-se a estes programas de prevenção, estudiosos têm lançado mão de propostas que considerem o indivíduo em sua plenitude, sua personalidade, suas motivações e o contexto em que está inserido. Estas apontam para a redução de danos ou redução de riscos e surgem em oposição às políticas de "guerra às drogas".

Para Cotrim, os argumentos que sustentam esta oposição são basicamente dois: o primeiro diz respeito à irrealidade da postura de "guerra às drogas", pois as evidências históricas mostram que todas as sociedades sempre conviveram com algum tipo de substância psicoativa; o segundo argumento fere princípios éticos e direitos civis, pois esse tipo de controle, que visa a erradicação total dos riscos, e em especial das drogas, procura ditar normas de comportamento e controlar os indivíduos e grupos sociais. Enfim, os defensores desta proposta entendem que é mais realista, eficiente e ético trabalhar com prevenção na perspectiva da redução dos riscos (Cotrim, 1992).

Estudiosos e educadores, que trabalham com prevenção, têm lançado mão desse recurso para diminuir os riscos entre os mais diversos grupos. São exemplos de objetivos preventivos: o uso moderado de álcool, a não partilha de seringas para o uso de drogas, a restrição do uso de maconha a determinadas situações, a substituição de cigarros de alto teor de nicotina por cigarros *light*, etc.

Segundo Soares, o risco é uma condição para que o dano ocorra e, nessa perspectiva, cabem ações tanto para evitar os danos como para reduzir os riscos (Soares, 1997).

Nesse sentido, para entendermos a prevenção, dois níveis de atuação devem estar sempre contemplados, ou seja; o nível de atuação macrossocial e o microssocial. O primeiro refere-se aos aspectos econômicos e políticos, à forma como o indivíduo está inserido nas estruturas sociais de poder, pois essas condições, quando desfavoráveis, podem interferir de maneira determinista na trajetória de vida das pessoas tornando-as mais vulneráveis a riscos. O segundo, não menos importante, diz respeito às estratégias de caráter individual, como mudanças de comportamento. Por ela, os indivíduos, no caso os adolescentes, são concebidos como atores sociais em processo de transformação e em interação com o seu meio social (Soares, 1997).

Cotrim avalia que, muitas vezes, a necessidade urgente de intervenções e respostas imediatas e os escassos recursos financeiros disponíveis para a prevenção, dentre outros fatores, vêm dificultando a realização de avaliações mais minuciosas que levem em consideração critérios científicos e metodológicos (Cotrim, 1992).

E é a partir dessa perspectiva que estamos empenhados em verificar se há avanços no Programa de Prevenção com Jovens Multiplicadores de Santo André, pois, segundo Cotrim, as propostas de prevenção não raro trazem “discursos autoritários e de legitimação de ações repressivas e do controle do comportamento dos jovens, por parte das gerações mais velhas” (Cotrim, 1992).

Essas análises de especialistas em prevenção ao consumo de drogas lícitas e ilícitas iluminam as dificuldades dos programas na área da sexualidade. Além de uma clara intervenção objetivando a saúde, tais programas pressupõem uma clara visão do que é considerado normal e aceitável na conduta sexual de jovens e adolescentes.

4. Da intervenção

A educação sexual, para além da simples orientação, deve ser entendida como um processo de intervenção que contemple aspectos psicoafetivos, biológicos e socioculturais. Deve partir do respeito e igualdade entre os gêneros masculino e feminino, respeito pela orientação sexual dos indivíduos, pelas etnias e classes sociais, e basear-se numa visão abrangente da sexualidade.

Sayão, preocupada com o trabalho de prevenção com jovens e adolescentes, nos alerta para algumas estratégias de intervenção nesta área, que embora muito bem intencionadas, não consideram o jovem:

usar a linguagem como instrumento. Não apenas a linguagem das palavras. Uma linguagem que fale não de órgãos e funções do organismo, objeto de estudo da ciência, mas de um corpo que tem, quer e faz sexo. Um corpo que se desenvolve, que está submetido a excitações. Um corpo que tem limites, que dá prazer e que sofre. Um corpo que é suporte de desejos. Um corpo adulto em uma cabeça que não é mais de criança e que ainda será de adulto. (Sayão, 1999)

Jonathan (1993), considera importante três aspectos no trabalho de prevenção, quais sejam: informação e educação; serviços sociais e de saúde e um ambiente social adequado.

A informação e a educação comportam vários entendimentos, dentre eles o grau de participação da população-alvo. Programas de prevenção que dão ênfase à Aids como inevitável provocam ansiedade demasiada nos indivíduos e não estão obtendo bons resultados, pois o que se percebe é que a população a ser atingida não se sente motivada. Muitas vezes, o que se consegue com essas intervenções são efeitos como negação, rejeição ou sensação de fatalidade. E esses elementos acabam servindo de barreiras à adoção do comportamento preventivo. Outro ponto que dificulta a prática do sexo seguro é o que os indivíduos chamam de "amor romântico". Já que há uma crença disseminada em nossa

população que os parceiros fixos são mais “fiéis”, o que não é verdadeiro, pois as estatísticas, mais uma vez, apontam para um grande aumento de casos de Aids em mulheres de parceiros únicos. Portanto, para além do conhecimento, a interação entre parceiros é um fator importantíssimo, pois todos esses fatores interferem na tomada de decisões das pessoas (Mann, 1993).

Ainda no que se refere à informação e educação, a forma como são veiculadas as mensagens reveste-se de suma importância. Elas devem partir de uma linguagem e abordagens dirigidas para a população específica refletindo as necessidades próprias de cada comunidade. Os materiais educativos devem levar em consideração o nível de instrução do público, as combinações dos canais de divulgação, o alcance e a frequência das mensagens.

Uma análise dos programas informativos ou educativos contra a Aids realizada em 38 países industrializados e em desenvolvimento revelou que em 90% deles as principais mensagens tinham por objetivos advertir as pessoas e corrigir condutas consideradas incorretas. Cerca de 80% dos países pesquisados utilizavam informações que sempre avaliavam o risco pessoal e responsabilizavam o indivíduo. Poucos países veiculavam mensagens com informações contra a discriminação, e incentivando a negociação entre parceiros e a testagem (Mann, 1993).

A informação ou educação tem que ser completada com serviços de apoio. Estes devem ser de fácil acesso geográfico e financeiro e devem contar com recursos humanos bem treinados, favorecendo um bom contato interpessoal, a confiança e a receptividade com a demanda. Devem ainda oferecer testagem, aconselhamento, programas de tratamento para usuários de drogas injetáveis, grupos de apoio e preservativos feminino e masculino.

Os fatores descritos acima terão sucesso se contarem com um ambiente social adequado. Jonathan explica que um ambiente social adequado é aquele que garante ao indivíduo autonomia para tomar decisões, sendo que o papel do ambiente social é eliminar as barreiras à autonomia e facilitar esse processo. Diz ele:

As intervenções que ajudaram a aumentar a autonomia das pessoas mostraram-se eficazes. Dentre elas, estão a indução de mudanças nas políticas, a definição de grupos de apoio onde a autonomia pessoal é obtida através da ação coletiva, os workshops de aperfeiçoamento das habilidades no uso de camisinhas e negociação entre parceiros, e os programas de amplo alcance que se concentram na concessão de autonomia aos grupos. (Mann, 1993)

Concluindo, esses três componentes devem ser considerados à luz da realidade local, já que a capacidade de elaborar, promover e aperfeiçoar esse conjunto de elementos de prevenção envolve a participação ativa da população em geral, embora não haja respostas e receitas prontas. E, especialmente, no que se refere à população juvenil, temos que estar atentos aos seus estilos e às suas formas próprias de expressão, pois os jovens vão desenhando nas intervenções as suas reais necessidades e prioridades.

II. POLÍTICAS PÚBLICAS: DST/AIDS NO BRASIL

Neste capítulo vamos trilhar os caminhos de uma doença que a partir da década de 1980 acarretou desafios não apenas ao setor da saúde, mas a outras áreas do conhecimento, pois envolveu questões ligadas a comportamentos censurados socialmente, atingindo de início uma população discriminada como era o caso das prostitutas, homossexuais, especialmente os travestis, e usuários de drogas injetáveis. Porém em um curto período ela estendeu-se para a população em geral, tornando-se rapidamente um grave problema de saúde pública.

Nesse sentido, não podemos tratar essa epidemia isoladamente. Para um melhor entendimento do curso dessa doença nas duas últimas décadas, temos que inseri-la no contexto social e epidemiológico. Desse modo, podemos avaliar o complexo cenário brasileiro já instalado no momento em que surgiu a Aids.

Parker nos auxilia no entendimento dos rumos dessa epidemia no Brasil e das propostas de como enfrentá-la ao realizar a análise da situação política à época da entrada do vírus no país. Segundo esse autor, o Brasil historicamente vinha sendo marcado por uma série de diferenças regionais que se traduziam em processos variados de modernização e em mudanças sociais em suas diversas regiões. O crescimento nacional havia transformado a nossa sociedade rural em urbana, acarretando novas divisões econômicas e sociais, mudando também as condições e modo de vida do povo brasileiro. O modelo econômico baseado na dívida externa e na dependência econômica, adotado na década de 1970, causou nas duas décadas posteriores profundas crises econômicas e grave recessão (Parker, 1994).

Esse processo abalou todas os setores da sociedade em geral. Houve, especialmente, uma extensa deterioração dos sistemas de saúde pública e do bem-estar social, fazendo com que a sociedade brasileira não pudesse ver respondidos os principais problemas dessa área. Nesse cenário começaram a surgir vários movimentos em defesa da saúde pública e um dos mais relevantes, no início da década de 1980, foi o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, o precursor dos

avanços que passariam a vigorar no capítulo dos Direitos à Saúde na Constituição de 1988⁴.

Iniciava-se nesse período a abertura democrática no país, depois de vários anos de regime militar. Assim havia certo otimismo, já que a sociedade civil se reorganizava buscando participação dentro e fora dos organismos estatais. Nessa conjuntura o Movimento se apresentava não mais composto apenas de integrantes do mundo acadêmico e de profissionais da saúde, mas também de lideranças novas que surgiam dos movimentos de mulheres, sindical, ecológico, dos negros, etc. (Souza, 1999).

Esse Movimento, mais fortalecido, buscava intervir na sociedade com um enfoque de saúde que não mais se limitava à ausência de doença, mas, baseado numa vertente da medicina, trabalhava os conceitos de saúde e doença como processo social, rompendo com o discurso prevencionista, e apontava para uma visão ampliada que se relacionava a condições de moradia, lazer e meio ambiente. Desse modo, o Movimento de Reforma Sanitária foi de extrema importância, pois culminou, no final da década de 1980, com a aprovação na Constituição de 1988 do capítulo dos Direitos à Saúde.

Mesquita afirma que esse Movimento assegurou em menos de dois anos a regulamentação na Carta Magna da Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde, que criava o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Lei, baseada nos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação social, viria ser o arcabouço dos avanços posteriores conquistados na luta contra a Aids (Mesquita, 2002).

Essa nova concepção traduzida em lei trazia como um dos princípios: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Artigo 194).

Não obstante esses avanços, o cenário político no início da década de 1990 não era promissor, uma vez que o recém-empossado presidente da República,

⁴ É procedente ressaltarmos que neste capítulo foram desenhadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual teve a participação ativa de sanitaristas que posteriormente vieram a se destacar na luta por políticas públicas para as DSTs e Aids. Tais diretrizes também nortearam as intervenções no combate a essa epidemia.

Fernando Collor de Mello, deixou visível, desde o início de seu mandato, seu total descompromisso com as políticas sociais em geral, em especial com o setor da saúde. A despeito de uma Constituição tão avançada, assistimos a um descumprimento da legislação no que se referia aos direitos da população usuária da saúde, apontando para a clara privatização desses serviços com a garantia de altos lucros por parte das empresas de saúde (Souza, 1999; Parker, 1993).

O quadro sanitário era extremamente complexo, pois as doenças típicas de países subdesenvolvidos, as infecto-contagiosas, como malária, febre amarela, tuberculose, meningite meningocócica, esquistossomose, dentre outras, conviviam com doenças típicas de sociedades industrializadas, como as crônico-degenerativas e acidentes por causas externas, sobretudo, homicídios e acidentes de trânsito e de trabalho. Vale ressaltar que esses agravos acometiam uma população empobrecida, sem acesso a bens mínimos para uma sobrevivência digna. Era de se esperar que com esses problemas essa população demandaria, cada vez mais, serviços de saúde em quantidade e especialidade (Souza, 1999).

Esse contexto dos avanços garantidos na Constituição, fruto também dos efeitos devastadores que se fizeram evidentes desde os primeiros momentos do governo Collor, com base na privatização dos serviços públicos, teve forte impacto na luta contra a Aids no Brasil, como veremos em outro momento.

A disseminação em massa do HIV no mundo teve início no final da década de 1970. Sua expansão foi tão rápida que em menos de duas décadas os especialistas já a consideravam uma pandemia, pois atingia todos os continentes. Em 1992, 164 países haviam relatado oficialmente a existência de casos de Aids, mas os governos estavam diante de um problema de saúde que desconheciam, não havia explicações coerentes que oferecessem respostas para o enfrentamento do HIV/Aids. Na ausência de respostas, tanto profissionais como o público em geral, buscaram nas formas tradicionais de se descrever uma epidemia as saídas, acrescentado-se a essa abordagem “estereótipos predominantes sobre sexo, raça e geografia, formando uma imagem inadequada do mundo. O resultado, praticamente inevitável, foi a confusão e o excesso de simplificação; imagens imprecisas e enganosas estimularam extremos de negação, complacência e pânico” (Mann, 1993).

Nessa época sabia-se apenas que se tratava de um fenômeno global, altamente dinâmico e estável, que dependia do comportamento humano individual e coletivo em seus costumes sociais; sabia-se também que era um fenômeno recente, embora o vírus fosse antigo, pois sua disseminação datava de algumas décadas. Tratava-se, ainda, de uma pandemia móvel, que ultrapassava fronteiras geográficas e sociais e que havia um longo intervalo biológico entre a infecção e o aparecimento das doenças relacionadas (Mann, 1993).

Os dados já eram alarmantes, 484.163 casos de Aids no mundo haviam sido relatados à Organização Mundial de Saúde (OMS) até 3 de abril de 1992, e à época os relatórios eram emitidos com base em informações voluntárias, elaborados pelas autoridades de cada país. No entanto, a OMS estimava que, dos casos reais ocorridos, apenas um quinto destes eram notificados. Em relação à mortalidade, até 1º de janeiro de 1992, quase 2,5 milhões de pessoas haviam morrido por complicações provocadas pela Aids, dentre elas, 1,9 milhão de adultos e mais de 550.000 crianças. Desse total de mortes três quartos ocorreram na África e quase 20% nas Américas. Nesse mesmo ano, nos países industrializados, a Aids já estava entre as dez principais causas de morte em homens de 35 a 44 anos. Entre crianças, mais de 90% das mortes provocadas pela Aids ocorreram na África. Nos países em desenvolvimento, onde se encontrava o Brasil, devido à subnotificação dos casos, os dados eram bastante incompletos, não permitindo uma análise (Mann, 1993).

Em suma, nessa primeira década da epidemia, pudemos assistir as respostas globais às quatro fases distintas que a pandemia do HIV/Aids apresentou. A primeira veio de forma lenta e obscura mostrando o quanto o mundo moderno estava sujeito à disseminação global de agentes infecciosos e a necessidade urgente de detectá-los com eficiência e eficácia. Na segunda, que compreende de 1981 a 1985, o período de reconhecimento do HIV, houve rapidamente um grande progresso científico, com a descoberta das formas de transmissão e elaboração de orientações para a prevenção. A terceira fase teve início em 1985. Em 1990, desenvolveu-se a primeira estratégia mundial contra a doença, quando foi implementada por meio de ação comunitária, nacional e internacional. Surgiu nesse momento uma atitude de solidariedade internacional e foram criados programas nacionais de combate a Aids no

mundo inteiro em resposta a uma ameaça que atingia o planeta. A quarta fase, no início da década de 1990, foi o momento em que já se contava com comprometimento em nível mundial e com recursos, por um lado, mas, por outro, a pandemia continuava crescendo de forma assustadora, aumentando a lacuna em relação às respostas possíveis que o mundo oferecia.

Vale reiterarmos a rapidez da pesquisa que, em função da urgência que se instalou ante a ameaça de uma doença mortal, em dez anos pode identificar um agente causal, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), mapear e analisar seus genes, descobrir e testar drogas, investir em vacinas, ultrapassar as barreiras da ciência tradicional e obrigar-se a chamar outras áreas do conhecimento para auxiliá-la, como as disciplinas biomédicas, clínicas, epidemiológicas e sociais. A cada uma dessas áreas se reservava uma tarefa, ou seja, se as ciências biomédicas buscavam a cura ou a vacina, as disciplinas sociais, dedicadas a prevenção e a pesquisas comportamentais, deviam assumir a responsabilidade pela diminuição do ritmo da disseminação do HIV e da Aids.

Não tardou a inserção do Brasil nesse triste cenário internacional, no qual a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi identificada pela primeira vez em 1982, quando sete pacientes homossexuais e bissexuais foram notificados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica. Posteriormente verificou-se que já havia um caso datado de 1980 em São Paulo (Parker, 1994).

Considerando-se o período que o vírus levava, e ainda leva, para se manifestar, podemos supor que este deva ter entrado no Brasil ainda na década de 1970, inicialmente pela Região Centro-Sul, disseminando-se para outras regiões do Brasil na década de 1980. No período de 1980 e 1987, 85% dos casos notificados pertenciam à Região Sudeste e embora nos anos seguintes estes números decaíssem, ainda no período entre 1994 e 1996, 69% dos casos estavam circunscritos a esta especialidade (Ministério da Saúde, 1997).

O cenário descrito acima mereceu em seguida uma avaliação mais crítica, em razão dos pesquisadores à época desconhecerem o longo período de incubação do vírus. Nesse sentido a preocupação recaía sobre o indivíduo apenas quando ele adoecia, o que contribuiu para o alastramento da doença, visto que não se contabilizava o portador do vírus que não apresentava sintomas (Berer, 1997).

Esse fator, que acarretava subnotificação por parte dos órgãos oficiais de saúde do número real de portadores do HIV no Brasil, não foi o único que contribuiu para que em poucos anos a Aids se tornasse um grave problema de saúde neste país, atingindo, em seu início, como citamos em outro momento, os homossexuais, as trabalhadoras do sexo e os usuários de drogas injetáveis. Assim, as atenções voltaram-se todas para essa parcela populacional, fazendo que as primeiras campanhas oficiais de prevenção se dirigissem apenas a esses grupos considerados ameaça. Nesse período a transmissão heterossexual era pouco relevante na epidemia (Berer, 1997).

Assim como pudemos assistir o curso da Aids em âmbito internacional, o mesmo ocorreu no Brasil, onde a necessidade urgente de se buscar respostas que barrassem a epidemia levou a comunidade científica com rapidez e criatividade, mas sem muita sustentação teórica, a isolar os atingidos num único grupo, apontando para algumas hipóteses que dessem conta daquele fenômeno. Nesse momento, a ciência, por intermédio da Epidemiologia, lançou mão de conceitos como “fator”, “grupo” e “comportamento” de risco na busca de estratégias de conhecimento e controle epidemiológico dessa síndrome (Ayres, 1999).

A inadequada utilização desses conceitos, com a intenção de responder a essa epidemia, criou, por um lado, um problema ainda maior ao apontar alguns “grupos de risco” como detentores de práticas, comportamentos e atitudes de risco, reforçando a discriminação e preconceito com relação a esses segmentos sociais, segregando-os e afastando-os dos considerados “normais”, ou seja, os heterossexuais “não promíscuos”.

Na etapa posterior, a comunidade científica começou a trabalhar com o conceito de “comportamento de risco”, responsabilizando apenas o indivíduo quanto à infecção. Novamente, a história da doença nos mostrou que existem outros fatores que interferem e determinam as condutas das pessoas, ampliando ou diminuindo seus riscos, para além de um comportamento dito “natural”, pois o acesso à informação, à escolaridade, a condições adequadas de vida e aos serviços de saúde, além dos aspectos culturais, são questões que interferem no exercício da sexualidade dos indivíduos (GTPOS, 1999).

Enfim, o formato da epidemia de HIV/Aids foi sofrendo inúmeras mudanças, e o que parecia ser uma doença de gays passou a atingir rapidamente

amplas camadas da população. Essa nova doença vem marcada pela sua complexidade e diversidade, trazendo conseqüências epidemiológicas, sociais, culturais e políticas sérias ao nosso país, vindo somar-se à lista de demandas de saúde não respondidas pelas autoridades públicas.

Foi apenas no início da década de 1990 que esses primeiros conceitos começaram a ser superados e cederam lugar ao conceito de vulnerabilidade, o qual nos auxiliou na percepção da relação que se estabelece entre discriminação social e risco do HIV, mostrando que a vulnerabilidade é o resultado de condições sócio-econômicas e culturais (Paiva,2000).

As autoridades oficiais, em meados dos anos 80, vinham a público dizer que a Aids era uma doença limitada às camadas minoritárias e marginalizadas da sociedade, não dispensando nenhum recurso que visasse tanto a melhoria da qualidade de vida do portador do vírus como os programas de prevenção para a população em geral. O governo brasileiro entendia que a Aids era uma epidemia da elite privilegiada, que teria condições de pagar seu tratamento (Parker, 1994).

Como resultado desse descaso, o formato da epidemia de HIV/Aids no Brasil rapidamente transformou-se: a proporção homem/mulher de 124/1 nos casos relatados em 1984 caiu para 4/1 em 1993 e, quanto ao perfil sócio-econômico dos portadores, os setores pobres e jovens da população passaram a ser atingidos.

As primeiras articulações oficiais de enfrentamento da Aids bem como o início da construção dos referenciais éticos, políticos e legais, que viriam a desenhar as propostas das políticas públicas de Aids em todo o país, tiveram sua origem no estado de São Paulo. Isso talvez se deva ao fato do primeiro Centro de Referência Nacional⁵ ter se instalado no Programa Estadual de São Paulo (Teixeira, 1997).

Teixeira faz um levantamento detalhado dos 15 anos de políticas públicas em Aids desde o início da década de 1980, no qual localiza já em 1983 as primeiras iniciativas governamentais nesta área. Nesse ano um grupo de militantes do movimento pelos direitos dos homossexuais do estado de São Paulo procurou a Secretaria da Saúde estadual com a intenção de reivindicar uma resposta oficial sobre a ocorrência

⁵ Portaria 726 em 5.11.1985

dos casos de Aids (Teixeira, 1997). Como resposta, a Secretaria constituiu um grupo formado por médicos sanitaristas e infectologistas ligados à Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária do Instituto de Saúde (DHDS)⁶.

Para Teixeira essa foi a primeira demanda da sociedade ao estado para o início do combate a Aids e, em consequência, as primeiras iniciativas, do setor da saúde, na busca e construção de respostas a esse sério problema, constituindo um marco referencial que viria a influenciar as posições públicas assumidas pelo país, orientando o discurso oficial brasileiro nos anos posteriores (Teixeira, 1997).

Esse grupo técnico criado pela Secretaria inicialmente pensou em utilizar a sigla SAI em vez de Sida, como abreviatura da Síndrome da Imunodeficiência Humana, para evitar que pessoas cujo nome é Aparecida, comumente chamadas de Cida, viessem a ser alvo de chacotas. Mas optaram pela sigla Aids, em inglês *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, por ter se tornado conhecida pelo público graças à influência da mídia.

Na época, o grupo também encaminhou ao então secretário da saúde um documento propondo ações de enfrentamento da epidemia. Nele apontavam o Instituto de Saúde em sua Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária para coordenar as atividades de diagnóstico, controle, orientação e tratamento dos casos de Aids. Um ponto muito importante desse documento foi o estabelecimento da notificação compulsória, pelos serviços e profissionais de saúde, com a devida investigação epidemiológica dos casos suspeitos e com diagnósticos. Essa orientação seguiu para todos os serviços do estado com as normas de procedimento e informes técnicos para os serviços em geral e, em especial, para a classe médica.

Souza assim registra:

Em 1985 já existiam 462 diagnósticos de Aids e o Brasil ocupava o 4º lugar em número de casos em nível mundial. Somente frente a este quadro, é que o Ministério da Saúde iniciou o rastreamento da doença, colocando-a como doença de notificação obrigatória na portaria 236 de 02.05.1985. (Souza, 1999)

⁶Este departamento já vinha estruturando um serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Até 1985, apesar de 11 Estados já contarem com serviços e programas para o tratamento da Aids e a mídia anunciar amplamente os aumentos dos casos, o Ministério da Saúde ainda não se manifestava de forma expressiva, referindo-se em documento de 1983 aos alarmantes números de casos nos Estados Unidos, mas não fazendo referências à situação nacional (Souza, 1999).

As iniciativas em São Paulo não ficaram circunscritas apenas aos serviços, pois nesse mesmo documento havia a proposta de distribuição de materiais informativos para a população em geral, através dos serviços de saúde. O objetivo era contar com a participação de lideranças da comunidade para o trabalho de divulgação junto aos grupos considerados de maior risco. Concomitante foi a proposta de instalação de uma linha telefônica (Disque Aids) na Seção de Elucidação Diagnóstica, para informações e orientações ao público, ao mesmo tempo que seria iniciado um amplo trabalho de divulgação na imprensa.

É procedente destacar que nesse documento já se apontava para a possibilidade de se estabelecer um convênio entre a Secretaria de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), visando um Estudo Colaborativo, através da troca de informações, material e intercâmbio de pessoal.

Essa proposta foi colocada em prática na íntegra pela Secretaria da Saúde Estadual, sob a coordenação do então secretário Dr. João Yunes, em 1983. Para Paulo Teixeira, das decisões adotadas, o que mais o surpreendeu à época foi a proposta de envolver a comunidade, o reconhecimento da legitimidade da demanda, mesmo minoritária, e a ausência de uma postura discriminatória. Ele cita três fatores que justificariam essa adesão do Estado. O primeiro refere-se ao fato das reivindicações terem partido de pessoas com uma prática social caracterizada pela luta por seus direitos, no caso, os movimentos homossexuais; o segundo remete-se aos técnicos envolvidos, que possuíam vasta experiência em trabalhos com pacientes também estigmatizados e discriminados em função da sua patologia – a hanseníase; e o último refere-se ao Estado em clima de abertura democrática – depois de duas décadas de regime militar, o governador do estado, Franco Montoro, havia sido eleito com eleições diretas.

Destacamos que em função do impacto da Aids nos meios científicos e sociais, as doenças sexualmente transmissíveis, que já estavam relativamente estruturadas nos serviços de saúde e na Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), ficaram relegadas a segundo plano, passando a ser tratadas em dois programas distintos, autônomos.

Essa circunstância permaneceu durante alguns anos e ocorreu porque os meios científicos não possuíam conhecimento acumulado sobre a nova síndrome. O que acarretou prejuízo no controle tanto das DSTs como da própria Aids. Vale observarmos que essa situação só foi superada com as primeiras evidências da interação biológica entre DST e HIV. Aos poucos os profissionais envolvidos com esses programas nos estados perceberam o equívoco dessa conduta e o Ministério da Saúde, no projeto que viria apresentar ao Banco Mundial, dedicou boa parte deste ao controle e tratamento das DSTs⁷.

Foi apenas em 1985, por influência de pressões internacionais, que o governo aprovou a portaria criando o Programa Nacional de Combate à Aids a ser elaborado por uma Divisão Nacional de Controle de DST/Aids dentro do Ministério da Saúde. O funcionamento começou de forma incipiente em 1986, quando técnicos se organizaram e elaboraram um plano inicial de cinco anos, visando orientar as respostas do Ministério da Saúde até 1991 (Parker, 1994).

Em 1986 foi publicada a Portaria número 236/86 do Ministério da Saúde, que deu unidade às ações referentes à Aids nos serviços de saúde e, em 1987, um grupo de trabalho realizou um diagnóstico em vários estados visando traçar as diretrizes políticas nacionais de combate à epidemia. Em 1988, foi consolidado na estrutura do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de DST/Aids. Este ao longo da sua trajetória teve diversas designações: no período de 1987 a 1996, segundo Galvão, “o programa passou por pelo menos oito mudanças, o mesmo não ocorrendo com as suas coordenações, pois ao longo de 1986 a 2000 contou com apenas três coordenadores” (Galvão, 2000).

⁷ Em junho de 1983 o Ministério da Saúde, ainda muito tímido em suas ações e propostas, lançou um documento intitulado “Aids – Informações básicas”. Trata-se de uma coletânea de artigos internacionais.

Segundo Teixeira, o Programa Nacional passou a conceber de forma centralizada as normas e diretrizes a ser implantadas em todo o país e os programas estaduais tornaram-se executores das propostas elaboradas sob a coordenação e orientação federal.

De 1986 a 1990, o recém-criado Programa Nacional de Combate a Aids foi dirigido pela bióloga Lair Guerra de Macedo Rodrigues que, segundo Parker, era muito hábil politicamente, o que garantiu sua permanência no cargo mesmo com a demissão de quatro ministros da saúde neste período. Sob sua direção foram efetivadas as primeiras ações organizadas, embora de modo muito incipiente.

Podemos supor que a permanência da coordenadora nacional Lair Guerra favoreceu o fortalecimento das intervenções do Programa, que pôde demonstrar estabilidade, ao contrário do que assistimos nos setores públicos, nos quais a cada mudança governamental mudavam-se as linhas de atuação, desprezando-se, via de regra, o trabalho anterior e a experiência acumulada.

Em maio de 1987, o Ministério da Saúde decretou a obrigatoriedade do teste anti-HIV nas transfusões de sangue e, em 1988, a Constituição aprovada proibiu a comercialização de sangue e de produtos derivados do sangue⁸. Ressaltamos que, embora houvesse certa preocupação governamental em controlar os bancos de sangue por meio de leis que garantissem fiscalização dos procedimentos relativos à triagem sorológica, relatos de técnicos envolvidos indicavam que diante da falta de verbas, aliada à falta de poder das sanções legais em nível local, não houve o controle e nem a realização de testes eficazes.

Em 1990, ao assumir a presidência da República, Fernando Collor de Mello indicou como ministro da Saúde, o médico Alcení Guerra, duramente criticado por seu comprometimento com a medicina privada. Logo após sua posse, demitiu a até então coordenadora Lair Guerra. Para seu lugar foi nomeado Eduardo Cortês, médico e pesquisador do Hospital Universitário Clementino Fraga no Rio de Janeiro, um hospital de referência para tratamento de HIV/Aids.

⁸ E, em 1989, uma lei foi aprovada pelo Congresso Nacional e homologada pelo presidente da República, exigindo o registro de todos os doadores de sangue e a obrigatoriedade de teste anti-HIV (Parker, 1997).

A nova coordenação reduziu o orçamento e os funcionários do Programa Nacional e autorizou o aumento nos preços de todos os medicamentos usados no tratamento de infecções associadas à Aids. Impediu, também, uma série de ações que estavam sendo colocadas em prática. De 1992 em diante as diretrizes do Programa Nacional foram reformuladas e questões importantes surgiram com base em novas parcerias com organismos internacionais, organizações não-governamentais nacionais e prefeituras municipais.

Alceni justificava tais medidas uma vez que o governo tinha interesse na epidemia e queria dar uma resposta à sociedade civil, mas conforme os parâmetros da “modernidade” apregoada pelo governo Collor. O resultado foi a retração das ações do Estado no combate à Aids, associada ao desmonte da estrutura que até então funcionava, e os pontos positivos conquistados até aquele momento em relação à vigilância sanitária e à prevenção sofreram retrocessos, quando a epidemia estava em franco crescimento (Souza, 1999).

Já, Eduardo Cortês, teve sua passagem pelo programa nacional marcada por grandes confrontos não só com as ONGs, que trabalhavam com HIV/Aids, mas também com a Organização Mundial de Saúde. O confronto com as ONGs deveu-se a uma série de medidas que contrariavam os interesses das pessoas com HIV/Aids, mas não só, também as organizações não aceitavam a forma como eram veiculadas na mídia as campanhas de prevenção, incitando a discriminação e o pânico na população. Com a OMS, os incidentes ocorreram em função do Ministério da Saúde ter se recusado a entrar nos projetos para testes de vacinas anti-HIV, sob alegação que o Brasil não seria cobaia. Observamos que apenas em 1992, com a volta de Lair Guerra, foram reabertas as negociações com a OMS (Galvão, 2000).

É interessante observarmos que, apesar de tantos retrocessos e conflitos com a sociedade civil, embates de repercussão nacional, além da falta de investimentos nos serviços de referência de DST/Aids, nesse período, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição gratuita de medicamentos para as pessoas com Aids no Brasil, em razão das pressões que os movimentos organizados exerceram, forçando o governo Collor a ceder.

Em 1992, uma série de acusações de corrupção levou à demissão do então ministro da Saúde. Assumiu a pasta um renomado médico, o cardiologista Adib Jatene,

que nomeou outra vez para a coordenação do Programa Nacional de DST/Aids Lair Guerra, com o objetivo de que ela assumisse a tarefa de reconstruir um programa totalmente desarticulado e sem recursos. Desse modo, Lair Guerra começou pela recomposição da equipe e, com isso, reestruturou a vigilância epidemiológica e retomou o espaço com as organizações não-governamentais, visando a ampliação da participação e do trabalho conjunto (Parker, 1994).

Esse episódio em verdade não se constituiu em fato isolado, ao contrário, a república estava abalada por uma série de escândalos e acusações de desvios de verbas e de corrupção que praticamente paralisaram todas as ações governamentais, levando a sociedade civil a se mobilizar pelo *impeachment* do então presidente Fernando Collor de Mello.

Em 1993, após a renúncia do presidente, assumiu seu vice, Itamar Franco, que fez mudanças nos ministérios, até mesmo no da Saúde. Nesse contexto de reorganização, iniciou-se a articulação com o Banco Mundial, sendo firmada uma parceria mediante um empréstimo de 250 milhões de dólares. Para tanto, o Brasil teve que investir como contrapartida 90 milhões de dólares, e 60% desses recursos seriam repassados aos estados e municípios através de convênios com o Ministério da Saúde (Teixeira, 1997).

Não poderíamos deixar de abrir aqui um parêntese para situarmos a entrada do Banco Mundial no combate à epidemia, visto que sua atuação foi de extrema importância, principalmente em função da grande soma de recursos que repassou para vários países, dentre eles o Brasil. Nos acordos com essa instituição estavam presentes ações para o enfrentamento da epidemia, tanto em nível local quanto global.

O Banco Mundial teve no início uma atuação tímida, mas aos poucos passou a ser freqüente a presença de seus funcionários em seminários e conferências. Essa instituição, no momento da formação do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (Unaid), era dentre os integrantes do programa global de Aids a que possuía menor reconhecimento pelo trabalho realizado na contenção do HIV/Aids, porém, gradualmente, adquiriu um papel preponderante. A proposta do Banco incidia sobre a prevenção em detrimento de gastos em assistência e tratamento.

Galvão destaca a importância do Banco Mundial, mas com a preocupação de não diminuir a relevância das outras agências presentes no Brasil. Esse destaque, segundo a autora, deve-se ao fato desse empréstimo, intitulado “Projeto de Controle da Aids e DST”⁹, ter representado um divisor de águas nas políticas de combate ao HIV/Aids no Brasil (Galvão, 2000).

O Programa Nacional tinha como tarefa a formulação de políticas, diretrizes e estratégias de implantação; de objetivos e supervisão técnica das ações financiadas; de monitoria e avaliação dos resultados; ou seja, o gerenciamento era do governo mas as ONGs tinham papel de destaque na elaboração deste. De acordo com Souza, elas possuíam mais experiência que os técnicos ligados ao poder público (Souza, 1999).

Esse acordo, segundo Galvão, representou um salto na luta contra a epidemia, pois, sob a coordenação do Programa Nacional de DST/Aids, envolveu 27 Secretarias de Estado de Saúde, 43 Secretarias Municipais de Saúde, uma rede de 60 laboratórios e de 700 unidades de assistência às DSTs e 37 universidades. Em relação à sociedade civil, 175 entidades atuaram, dentre elas, organizações não-governamentais, sindicatos e movimentos sociais.

Porém vale observarmos que não era consenso entre os pesquisadores considerar que os investimentos do Banco Mundial no combate ao HIV/Aids no Brasil contabilizariam só avanços. Souza, ao analisar os vários financiamentos para os programas de prevenção à Aids realizados pelo Ministério da Saúde, priorizou os financiamentos do Banco Mundial:

Pelo caráter claramente voltado para a proteção da força de trabalho, em função da acumulação do capital, que ele apresenta; porque ele sinaliza a tendência neoliberal dos programas de financiamento para os países “em desenvolvimento” que vinham sendo implementados a largos passos, naquele período. Desde 1989 o Banco financiava projeto para o Zaire e, para a Índia, desde 1990. (Souza, 1999)

Souza, ao expor os motivos pela opção de discorrer sobre os financiamentos do Banco Mundial, apontava para o desvendamento dos objetivos

⁹ Conhecido também por “Projeto do Banco Mundial” ou “Aids I”.

implícitos nas propostas dessa instituição. Esclarecia que esses vinham de encontro com a proposta do governo Collor¹⁰, ou seja, a concepção de uma proposta política neoliberal explicitada em pontos que consideravam a saúde no campo da ação privada, deixando para o poder público apenas as áreas não rentáveis. Dois outros pontos justificavam a orientação neoliberal dessa instituição: o repasse de verbas ao chamado terceiro setor (as ONGs) para atender à população de baixa renda que não poderia pagar por um serviço de saúde privado, e por fim, o fato desses recursos serem liberados apenas mediante o compromisso, por parte do beneficiário do empréstimo, de diminuir e adequar os gastos em saúde. Assim o interesse do Banco Mundial no Brasil se deu pelo fato deste último responder a todas as exigências da financiadora.

Lair Guerra novamente à frente da coordenação do Programa Nacional e, em contexto de reconstrução, reabriu o diálogo com a sociedade civil, criando um setor de articulação com as ONGs, pois era acusada por estas de possuir um estilo centralizador.

Galvão observa que Lair entendeu a importância que na década de 1990 a sociedade civil passou a ter em escala mundial no desenvolvimento de estratégias de combate à Aids. Assim ilustra:

A criação do Setor de Articulação com ONG estava de acordo com a crescente importância conferida à sociedade civil na formulação de respostas frente à epidemia e mostrou-se relevante na estratégia desenvolvida por Lair Guerra, a partir de 1992, de ampliar a base de apoio às iniciativas do programa nacional de Aids. (Galvão, 2000)

Lair Guerra coordenou o Programa Nacional até 1996, quando sofreu um acidente automobilístico e foi obrigada a afastar-se. Em seu lugar assumiu o epidemiólogo Pedro Chequer que, ao contrário do rompimento que Eduardo Cortês promoveu quando assumiu, deu continuidade às diretrizes de atuação de Lair. Ele expandiu os laços de cooperação do programa nacional com organismos nacionais, regionais e internacionais.

¹⁰ O acordo entre o Ministério da Saúde e o Banco Mundial teve início na vigência do governo Collor de Melo em 1990

Concomitante ao delineamento das políticas públicas no combate ao HIV/Aids, um outro debate permeou e acalorou as discussões, ou seja, pudemos verificar que as intervenções e propostas não se deram linearmente, sem conflitos. Ao contrário, órgãos de saúde pública de vários estados, instituições científicas, até mesmo a Congregação da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo questionavam o que entendiam como exagero das ações governamentais ao investir maciçamente em recursos para o controle dessa patologia em detrimento de outros problemas graves de saúde pública que a população enfrentava, como a desnutrição e as outras doenças infecciosas.

Alguns integrantes do Ministério da Saúde sustentavam que a Aids “não satisfazia os critérios epidemiológicos de transcendência, magnitude e vulnerabilidade necessários para determinar intervenções no âmbito das instituições responsáveis pela saúde pública no país” (Teixeira, 1997). Por outro lado, várias instituições universitárias iam aos poucos envolvendo-se na luta contra a Aids e na defesa dos portadores do HIV, sobretudo, instituições universitárias das áreas clínicas e biomédicas nos estados brasileiros e no âmbito federal¹¹.

O acordo Aids I chegava ao final e alguns embates perduraram, como bem registra Galvão:

a maior visibilidade do programa Nacional reacendeu um antigo debate sobre a excepcionalidade da Aids, agora, no caso, mencionando que a Aids tem muito dinheiro e que o país tem doenças mais sérias para cuidar. Esse argumento não é novo, o que muda são os defensores dessa posição” (Galvão, 2000).

Para Galvão a implementação do Aids I favoreceu a participação e o fortalecimento das ONGs e de grupos comunitários, na qual esses desempenharam um papel relevante na prestação de serviços e trabalhos no combate a epidemia. Outro beneficiário foi o Programa Nacional de Aids, que tornou suas ações mais visíveis local,

¹¹ Os Conselhos Regionais de Medicina tiveram participação importante nesse processo. Percebemos essa contribuição quando rastreamos os documentos destes órgãos e pudemos verificar dezenas de pareceres apoiando demandas de pessoas afetadas pelo HIV e das ações de prevenção e controle desenvolvidas em todo país.

regional e internacionalmente. Por fim, o país tornou-se uma liderança na América Latina, prova disso notamos na presença do Brasil nas conferências internacionais, nas visitas aos países de personalidades internacionais ligadas a Aids e no fato do Brasil passar a ser citado constantemente como exemplo de investimentos oficiais no enfrentamento da epidemia (Galvão, 2000).

Enfim, houve avanços e controvérsias, pois, para alguns, esse acordo teria viabilizado e consolidado o Programa Brasileiro de DST/Aids, garantindo a realização de intervenções em todas as camadas populacionais. Para outros, esses investimentos não diminuiram a extensão do problema uma vez que, a despeito de todos os recursos, os números de casos de Aids não declinaram no período de vigência do mesmo.

Desde meados de 1997, o Ministério da Saúde já havia começado a estudar junto ao Banco Mundial as possibilidades de um novo empréstimo para o financiamento do programa brasileiro, o Aids II. Em 1998, o acordo foi renovado para um período que iria de 1998 a 2002. O Aids II tinha como principal diretriz, o que em verdade era um desafio, “integrar e articular as ações e fortalecer institucionalmente os distintos gestores, a fim de dar sustentabilidade ao plano e garantir a continuidade das ações” (Rua e Abramovay, 2001).

Considerando que a Aids era uma pandemia, portanto, sem fronteiras, o outro pilar do acordo era a cooperação. Nesse sentido, o Brasil manteve acordos de cooperação no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul não tenho certeza (Mercosul), América Latina e Caribe; com os países africanos de língua portuguesa e inglesa e com a América do Norte, Japão e Europa (Rua e Abramovay, 2001).

No Relatório de Implementação do Empréstimo Bird 4.392/BR – Aids II – de 21 de janeiro de 2000, em sua apresentação Chequer assim definia o acordo:

a qualidade estratégica dessas parcerias abre caminho a cada vez maior autonomia e responsabilidade por parte dos diferentes atores comprometidos com o respeito ao mesmo princípio de descentralização gerencial e financeira, e portanto, coerentes com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecidas com o propósito de conferir sustentabilidade e institucionalizar as ações propostas e desenvolvidas

por iniciativa do gestor Federal. (...) São três as principais linhas estratégicas de ação complementar entre Estado e Sociedade que viabilizam esta missão: (i) convênios de assistência técnica e financeira com governos estaduais, prefeituras municipais e consórcios intermunicipais de saúde; (ii) projetos com entidades não-governamentais, setor privado e outras formas de organização da sociedade civil; e parcerias¹² com organismos internacionais de cooperação bi e multilateral. (Chequer, 2000)

Em relação ao trabalho de prevenção, o documento apontava em linhas gerais que para se reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids e por outras DSTs seriam ampliados serviços de diagnóstico e aconselhamento em HIV/Aids, bem como diagnóstico, aconselhamento e tratamento das DSTs. Apontava também a ampliação e melhoria da qualidade do acesso das pessoas com infecção pelo HIV, identificada com a garantia da assistência de qualidade na rede pública de saúde, fortalecendo as instituições públicas e privadas inseridas nessa rede responsáveis pelo controle das DST/Aids.

Vale ressaltarmos, que o Brasil nesse momento era considerado tanto no país, como no exterior, exemplo nas respostas de combate à epidemia, sobretudo, devido à distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais, de forma universal, em toda rede pública de saúde. Esse reconhecimento internacional foi responsável pelo convite feito a Pedro Chequer pela Unaid: ele representaria essa instituição na América Latina, contribuindo na implementação de políticas que viessem reduzir a incidência de HIV/Aids no Cone Sul.

Chequer aceitou o convite, pois avaliou que já havia esgotado seu papel à frente do Programa Nacional, sua missão chegara ao fim. Os compromissos assumidos pelo Programa Nacional no Segundo Projeto de Controle das DST e Aids – Aids-II – haviam sido realizados. Assim ele resumiu essa etapa:

¹² Dentre as parcerias para a cooperação internacional, as que mais se destacavam eram as instituídas com os organismos do Sistema das Nações Unidas, por meio do Grupo Temático Ampliado da Unaid.

executou-se 100% do orçamento aprovado para 1998 e 1999; ampliou-se as ações para a promoção à saúde e prevenção das DST e Aids; melhorou a qualidade e a oferta de serviços públicos para a atenção à saúde de portadores das DST, HIV e Aids; aumentou o grau de descentralização das ações e de fortalecimento das instituições governamentais e não-governamentais. (Chequer, 2000)

Em seu lugar assumiu, a convite do então ministro da Saúde, José Serra, o médico sanitário Paulo Teixeira, como dissemos anteriormente, militante na luta contra a Aids no Brasil desde que surgiram os primeiros casos. Ele foi pioneiro na organização de respostas governamentais à epidemia, uma vez que em 1983 iniciou em São Paulo a estruturação do primeiro Programa Estadual de DST/Aids do Brasil, antes mesmo de existir uma proposta nacional e, entre 1991 e 1992, fez parte do Programa Nacional de DST/Aids (Mesquita, 2002).

Teixeira assumiu em março de 2000 com a responsabilidade de manter o prestígio de um trabalho que colocava o Brasil em destaque no cenário internacional. Sua principal missão era o acompanhamento e avaliação das ações previstas para o Aids II até o final do projeto em 2002, cuja meta era a obtenção do mesmo sucesso adquirido nos dois primeiros anos do acordo¹³.

O Brasil seguiu na resposta à epidemia de forma eficaz, cumprindo as metas e os prazos. Podemos citar como exemplo o anúncio na 14ª Conferência Internacional de Aids¹⁴ de um pacote de medidas visando iniciar pesquisas sobre uma vacina desenvolvida no Brasil. O governo assinaria um acordo com a IAVI, sigla em inglês para “Iniciativa Internacional para a Vacina da Aids”. Tratava-se de uma ONG internacional criada para captar fundos para pesquisas, visando a descoberta de uma

¹³ Para melhor entendermos o papel de cada instância, podemos resumir do seguinte modo: as entidades de gestão federal, estadual e municipal do Programa Nacional de DST e Aids – coordenadas pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids – fariam a implementação do Programa, realizando as atividades simultaneamente em várias frentes e, dessa forma, o conjunto de produtos, resultados e impactos previstos para o Programa deveria ser obtido de forma compartilhada e interdependente entre todos os gestores, denominados Órgãos de Gestão do Programa (OGP). Cada OGP elaboraria a sua programação anual de DST/Aids (Plano Operativo Anual – POA), como parte integrante do Aids II, contemplando recursos externos e de todas as esferas governamentais (Relatório de Implementação, 2000).

¹⁴ Realizada em julho de 2002 em Barcelona.

vacina anti-HIV. O Brasil foi escolhido, segundo um assessor da IAVI, “porque o país tem hoje uma política em Aids consistente e com força internacional” (Folha de S. Paulo, 9 jul. 2002). Enfim, pudemos perceber, com um breve panorama da trajetória dessa epidemia nas duas últimas décadas, que o Brasil conquistou esse destaque no combate à epidemia pelos esforços oficiais, mas também pela luta incansável de pessoas que dedicaram suas vidas a essa causa, como veremos mais adiante. De qualquer modo, a despeito das críticas em relação à soma de recursos dirigidos ao combate a essa epidemia, em detrimento de todos os outros graves problemas de saúde pública, num país com profundas desigualdades sociais, como é o caso brasileiro, essa síndrome, por incitar reflexão sobre questões complexas, como a morte e os comportamentos não aceitáveis socialmente, mexeu profundamente com o imaginário das pessoas, levando a uma mobilização sem precedentes na história da saúde pública.

1. As propostas para a prevenção de DST/Aids e as possibilidades de intervenção

Pretendemos aqui traçar um panorama, sem a intenção de esgotarmos o assunto, das propostas para a prevenção das DST/Aids que foram sendo desenhadas desde o início da década de 1980.

Ao estudarmos os documentos pudemos constatar que, devido à forma como foram surgindo os primeiros óbitos, a instalação do pânico inicial, por se tratar de uma doença que causa a morte, pedia intervenções urgentes que respondessem à demanda instalada. Por essa razão, até o final da década de 1980, as ações governamentais no combate à epidemia concentraram-se em vigilância epidemiológica e assistência médica, e as ações de prevenção eram limitadas a reuniões, palestras, distribuições de folhetos e a algumas inserções na mídia através de reportagens, não havendo um plano de ação sistemático e organizado (Teixeira, 1997).

Paiva descreve essa fase inicial:

As primeiras campanhas em São Paulo, na década de 1980, foram apressadas e desenvolvidas por pessoas comprometidas em diminuir o impacto da epidemia que crescia, e encontravam imensos obstáculos políticos e materiais para implementar alguma proposta de prevenção ou apoio aos doentes. (Paiva, 2000)

As formas mais comuns de disseminação do vírus HIV responsáveis pela expansão da epidemia em escala mundial eram via sanguínea (incluindo-se os usuários de drogas injetáveis) e via sexual. Tratava-se de um grande desafio, para além do controle científico, pois se referia a formas de intervenção em áreas veladas do comportamento humano, que teriam que ser consideradas para o enfrentamento da epidemia no momento em que se pensasse em políticas públicas de prevenção.

O conteúdo das propagandas na televisão, bem como nos *outdoors*, cartazes e folhetos, priorizava a veiculação de informações básicas sobre as formas de transmissão enfatizando as relações sexuais, a utilização de drogas injetáveis e as transfusões sanguíneas.

O estado de São Paulo não foi pioneiro apenas no planejamento de serviços visando o atendimento ao soropositivo, também ousou estudar intervenções na área da prevenção com grande contribuição dos técnicos ligados à Secretaria da Saúde Estadual. Podemos citar como exemplo a iniciativa da divisão responsável no estado pelo controle da epidemia. Esta abriu o diálogo com a sociedade civil, universidades, meios de comunicação e outras instituições de saúde. Desse processo surgiu em abril de 1985 a primeira organização não-governamental voltada para as questões da epidemia de Aids: o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa).

Ainda em 1985, o programa de Aids da Secretaria Estadual da Saúde elaborou treinamento para professores de escolas públicas de 1º e 2º grau da 3ª Divisão Regional de Ensino da Capital (DRECAP II). Estes repassaram cursos de prevenção de DST/Aids para cerca de 3.500 alunos da 4ª a 8ª série do 1º grau e da 1ª a 3ª série do 2º grau. Concomitantemente surgiram os primeiros casos de Aids no sistema penitenciário do estado de São Paulo, o que levou as Secretarias da Saúde e da Justiça a adotarem medidas educativas.

Em 1986, a equipe do então Departamento Nacional de Controle de DST/Aids (DNDST/Aids), ainda de forma incipiente, traçou o Relatório Quadrienal de 1986 a 1989 com a participação de técnicos ligados às instituições governamentais, não-governamentais e universidades. Nesse relatório, com o título de *Ações de Educação Sanitária e Educação em Saúde*, propunham as seguintes intervenções na área de prevenção:

- produção e veiculação do primeiro filme dirigido à população geral com ênfase na disseminação da informação sobre o que é Aids, mecanismos de transmissão, bem como estímulo à doação de sangue;
- folheto destinado a profissionais do setor de atendimento primário, de centros e postos de saúde;
- folheto destinado aos atendentes de saúde, aprofundando informações dadas no filme, acrescidas de tópicos de interesse especial para profissionais de saúde;
- elaboração do documento *Reconstrução Social da Aids no Brasil*;
- elaboração do documento sobre Aspectos Sociais e Legais da Aids;
- realização do simpósio sobre Aspectos Éticos da Aids.

Técnicos da época avaliavam que essa proposta era extremamente abrangente e técnica, pois naquele momento ainda não havia dados epidemiológicos confiáveis que oferecessem um panorama mais preciso sobre a magnitude da epidemia. Era grande a subnotificação dos casos de Aids e a maioria das cidades brasileiras não possuía esta informação, o que seguramente veio a dificultar uma análise mais próxima da realidade, levando a equipe governamental, como apontamos em outro momento, a minimizar a extensão do problema, afastando a possibilidade da população em geral perceber-se em risco. Embora não fosse essa a intenção, acabou por se reforçar a idéia de uma doença circunscrita a pequenos grupos que viessem apresentar comportamentos “desviantes”, como as prostitutas, os usuários de drogas injetáveis e os homossexuais.

Nesse sentido, o que se veiculou nas entrelinhas era que a prevenção estaria ligada à mudança de comportamento, ou seja, qualquer pessoa que adotasse as

práticas, sobretudo sexuais, ditadas e aceitas socialmente, estaria imune à contaminação. Vale lembrar que essa era a visão científica aceita na época e que era conduzida aos chamados grupos de risco.

Em 1987 o Programa Nacional de Aids iniciou projetos preventivos estabelecendo as primeiras diretrizes e normas na área de prevenção, um dos primeiros intitulava-se: Projeto Previna. Este tinha por objetivo promover ações de prevenção entre indivíduos pertencentes “a grupos envolvidos em atividades ou apresentando comportamentos de risco para DST/Aids”. As populações a serem atingidas eram os presidiários, aqueles que praticam a prostituição, os usuários de drogas e os garimpeiros. Houve também ações nas indústrias, através do Projeto Empresa, que instituíam campanhas internas de prevenção à Aids, tornando obrigatório esse trabalho com os funcionários¹⁵..

Ainda em 1987 o Ministério da Saúde iniciou estratégias de promoção à saúde através de campanhas televisivas com o objetivo de atingir todas as camadas da população em todas as regiões geográficas, visto que até o momento as campanhas alcançavam apenas parte da população brasileira (Parker, 1994). No entanto, alguns técnicos avaliavam que as campanhas de massa veiculavam muito mais o perfil epidemiológico dos contaminados, não chamando a atenção para os vários segmentos sociais, e tampouco elas estimulavam o sentimento de solidariedade na população para com os portadores do vírus.

Para Camargo Jr. antes do acordo com o Banco Mundial, o Projeto Aids I, as campanhas de prevenção não eram apropriadas, uma vez que não atingiam a população e aumentavam o preconceito e a discriminação contra as pessoas portadoras do HIV (Camargo Jr., 1999).

Teixeira não compactua com essa posição, pois, segundo ele, as campanhas elaboradas até 1990 apresentavam uma visão solidária com o portador do vírus: “Equívocos, como a idéia de grupos de riscos, são mais conceituais do que ideológicos, na medida em que eram coerentes com a verdade científica da época” (Teixeira, 1997).

¹⁵ Esta parceria se deu entre o Ministério da Saúde e o Serviço Social da Indústria (Sesi).

Paiva, ao se posicionar em relação às propostas de prevenção e educação desse momento da epidemia, denunciou o papel de algumas “autoridades médicas” inconformadas com a derrota que a Aids impôs à medicina moderna:

A Aids não era para eles, e para a mídia que os elegeram como especialistas, um problema de todos, mas de quem transgrediu alguma lei moral ou “natural”. Usaram e abusaram de ameaça da Aids como parte de sua cruzada contra os promíscuos, acusando as pessoas doentes, por vezes reinterprestando fatos acumulados pela ciência e jogando sombra onde havia luz, para que todos ficassem tranquilos e se comemorassem a punição dos culpados. (Paiva, 2000)

Essa autora enfatiza que a posição dessa corrente prevaleceu por quase uma década e os programas de prevenção pautavam-se na ameaça da morte e no preconceito, transformando a pessoa portadora do vírus num “morto-vivo”, sem direitos, e levando milhares de pessoas a descuidarem-se, pois estas não se identificavam com essa descrição estereotipada, portanto, não se sentiam em risco (Paiva, 2000).

Como já dissemos, os grupos não só preocupados em combater a Aids, mas também a discriminação e o preconceito, devido à urgência da situação, elaboravam treinamentos, com a melhor das intenções, sem a participação dos multiplicadores, baseados apenas no maior número possível de informações médicas, exagerando nos riscos e aumentando o pânico. Logo foi reconhecido o fracasso, pois não se obtinha uma resposta desejável, nem tampouco as pessoas tornavam-se conscientes sobre a epidemia.

Paralelamente, e a despeito de tantos problemas que afloravam com o advento da Aids, mais um haveria de ser equacionado, ou seja, a drogadição que historicamente vinha sendo tratada como assunto policial. Notadamente a partir de 1987, com o aumento da transmissão do HIV por via endovenosa através do compartilhamento de seringas entre usuários de drogas, iniciou-se o debate sobre a necessidade de se separar as ações de combate ao tráfico daquelas voltadas aos cuidados com o usuário, ou seja, a área da saúde teria que se responsabilizar pelo dependente químico.

Essa foi mais uma batalha a ser travada pelos que se empenhavam, de fato, a pôr fim a essa infecção, visto que em 1989 foi interrompida, por ação judicial, a iniciativa da prefeitura de Santos de adotar a estratégia de redução de danos, distribuindo na rede pública de saúde seringas e agulhas descartáveis para os usuários de drogas injetáveis¹⁶.

Em 1990, como já mencionamos, a coordenação do Programa Nacional e as diretrizes de ação desse Programa mudaram. Especificamente, na área de prevenção, as campanhas educativas foram contratadas por uma agência privada de propaganda e financiadas por doações de empresas.

Parker classifica tais campanhas como “aterrorizantes”, ao citar alguns materiais gráficos que reproduziam os contornos de um homem e uma mulher em preto e branco com destaque em vermelho e branco para as regiões genitais. Esse material buscava despertar na população o perigo das relações sexuais. Outra propaganda, com esse teor, veiculada na televisão, mostrava quatro pessoas: três delas diziam que haviam contraído uma doença sexualmente transmissível e haviam se curado. A quarta dizia que a doença que contraiu não tinha cura. E a propaganda terminava com o seguinte *slogan*: “Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar”. Outras propagandas dessa época traziam como *slogan*: “A Aids mata”.

As campanhas de prevenção entre 1990 e 1991, em função de seu cunho terrorista e estigmatizador, levaram as organizações não-governamentais, técnicos e diversos setores da sociedade civil a se mobilizarem contra a exclusão dos indivíduos soropositivos; pois estas sustentavam que a opção do governo era pelos indivíduos sadios, que ainda não tinham se contaminado, exatamente num momento em que os movimentos comunitários pregavam a solidariedade como a grande arma contra a epidemia.

O acordo com o Banco Mundial – Aids I –, firmado em 1993, foi considerado por muitos um grande avanço, na medida em que reservou 41% da verba para a área de prevenção. A partir desse acordo o governo brasileiro passou a investir em campanhas de informação e educação, de modo mais planejado e organizado, bem como na distribuição de preservativos.

¹⁶ O mesmo ocorreu com a Secretaria da Saúde do estado de São Paulo no início da década de 1990.

Os principais pontos do documento, que tratavam da prevenção, abordavam os aspectos relativos à epidemia e seu enfrentamento sinalizando algumas linhas estratégicas de ação. Tais estratégias priorizavam a mudança de comportamento por meio de acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e de prevenção e também em função de mudanças na percepção de risco; o estabelecimento de modelos de intervenção que considerassem os mais diversos grupos populacionais, quanto à auto-avaliação sobre a situação de vulnerabilidade e risco, ao se considerar os aspectos epidemiológicos, culturais, de gênero, os contextos sociais e os valores relativos dos grupos envolvidos.

As estratégias desse documento constituíam-se ainda no desenvolvimento de parcerias com organizações não-governamentais e com associações de classe, ampliando as ações de prevenção e a resposta à infecção pelo HIV; na criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor empresarial e de outros agentes sociais na luta contra a Aids; e no investimento e promoção ao acesso a dispositivos de prevenção, como preservativos e seringas descartáveis, além da capacitação de recursos humanos para formação de agentes multiplicadores de informação sobre a DST e o HIV/Aids.

Esse documento tratava ainda dos seguintes projetos prioritários: serviços de testagem; aconselhamento e informação ao público em geral; e projetos dirigidos a segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade – população em situação de pobreza nas periferias urbanas das grandes regiões metropolitanas, populações de trabalhadores em assentamento e acampamentos rurais, segmentos populacionais de reservas extrativistas, prevenção nos locais de trabalho, caminhoneiros, populações confinadas, populações femininas, povos indígenas, homens que fazem sexo com homens, Forças Armadas, crianças, adolescentes e adultos jovens.

Em suma, no acordo com o Banco Mundial – Aids I –, a área da prevenção se efetivaria através de “programas de informação, educação e comunicação (IEC); expansão da capacidade do pessoal médico para diagnosticar HIV, Aids e DSTs; aumento da capacidade técnica do setor público em aconselhamento e testagem, assim como em intervenção” (Galvão, 2000).

Galvão partilha da mesma posição que Camargo Jr. em relação aos conceitos que permeavam o Aids I, ou seja, que a ênfase recaía no trabalho com “grupos de risco”, no qual as noções que imperavam eram de mudança de comportamento seguindo a lógica biomédica. Essa concepção teve forte influência das agências internacionais que apoiaram projetos de prevenção em HIV/Aids no mundo.

É procedente observarmos esse aspecto considerando que o segundo acordo – Aids II – deu um salto conceitual em relação ao anterior, na medida em que passou a considerar não apenas o comportamento individual, mas também os fatores sociais e institucionais que mobilizam a decisão de sujeitos ou de grupos.

Nessa fase, para que não mais houvesse interpretações diversas sobre as concepções teóricas que permeavam as diretrizes do Programa, a Coordenação Nacional de DST/Aids adotou, a partir de sua experiência no combate à Aids, marcos teóricos que passaram a nortear o planejamento de suas ações de prevenção. Essas diretrizes consideravam a maior vulnerabilidade e risco de alguns grupos populacionais apresentarem a infecção pelo HIV¹⁷.

A Coordenação ainda reafirmava a necessidade do acesso da população a dispositivos de prevenção, como educação, informação, capacitação, auto-estima, preservativos, seringas e agulhas limpas para a redução do risco de infecção pelo HIV.

A Unidade de Prevenção¹⁸ atuaria ainda em: (1) promoção do fortalecimento das redes sociais; (2) apoio às iniciativas comunitárias; (3) apoio a projetos de intervenção comportamental; (4) elaboração de material educativo e informativo; (5) promoção da articulação entre a rede de serviços de saúde, fabricantes de preservativos e sociedade civil organizada, para a implantação de *marketing* social do preservativo; (6) produção de campanhas de massa por intermédio da mídia impressa e eletrônica e intervenções educativas; (7) desenvolvimento de parcerias com ONG, associações de classe, comunitárias e com o setor privado; e 8) criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor privado e de outros agentes sociais na luta contra a Aids (Ministério da Saúde, 2000).

¹⁷ “A intervenção individual muda o comportamento, mas não é suficiente para reduzir o risco da infecção em uma determinada população, já que fatores determinantes de vulnerabilidade não são controlados apenas por ação individual” (Ministério da Saúde).

¹⁸ Setor responsável pelas ações de promoção à saúde.

Cumpramos destacar que a luta pelos direitos humanos esteve sempre presente e foi se consolidando, ao longo dessas duas décadas, pautada por fortes embates nos quais a sociedade civil fez a diferença, visto que as conquistas não surgiram como dádivas, ao contrário, foram fruto de longos debates e conflitos, muitas vezes até judiciais.

Reiteramos que esse processo, desde que a Aids apareceu no Brasil, acabou por consolidar os direitos dos portadores do vírus HIV e o respeito pela diversidade, que vimos refletido no Programa Nacional de DST/Aids. Questões como gênero, orientação sexual, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis deveriam ter intersecções com as discussões de direitos humanos. Ao definir como uma prioridade a promoção dos direitos humanos, a Coordenação Nacional impulsionou de forma decisiva as ações neste campo, por parte de todos os seus parceiros governamentais e da sociedade civil (Ministério da Saúde, 2000).

Enfim, foram nítidos os avanços em função de tantas batalhas vencidas por força da urgência que se impunha em cada embate, pois neles estavam sempre envolvidos seres humanos que demandavam justiça, que necessitavam reafirmar a todo instante sua condição de cidadão. Com algumas questões resolvidas, outras por resolver, e ainda outras por vir, foram traçadas as diretrizes para a prevenção no convênio intitulado Aids II a vigorar de 1998 a 2002.

Desse modo, concentraremos nossa atenção nas ações visando o trabalho de prevenção com a juventude e adolescência, mas antes faremos um breve histórico do papel da sociedade civil na luta pelos direitos humanos relacionados à epidemia de Aids.

Ousamos afirmar que os conflitos travados lançaram ao debate atores sociais das mais diversas camadas e setores da população, em que as idéias fervilharam, produzindo um campo fértil que trouxe à tona questões jamais discutidas publicamente. O resultado foi de extrema riqueza tanto na busca de respostas para a contenção do HIV/Aids como nas possibilidades de se problematizar temas velados e pouco discutidos – sexualidade, desejos, auto-estima, práticas sexuais seguras, dentre outros.

2. A sociedade civil e as conquistas pelos direitos no combate à epidemia

A trajetória da luta contra a Aids no Brasil foi marcada desde o início pela constante presença da sociedade civil, em cada vitória e processo ganho na Justiça. As pessoas e os portadores também lutavam contra a discriminação e para fazer valer seus direitos. Desse modo, foi-se criando uma rede de solidariedade e a história da epidemia tornou-se a história individual e coletiva de atores que não se resignaram diante de um mal para o qual no início não havia respostas, apenas medo e pânico.

Vários grupos organizados desde a origem da epidemia no Brasil assumiram papel atuante, dentre eles, destacaram-se as organizações gays que iniciaram ações de prevenção visando responder aos riscos que rondavam os homossexuais. Rapidamente, devido talvez ao clima democrático que começava a se instalar, várias organizações não-governamentais começaram a ser criadas, em especial, aquelas com preocupação exclusiva no combate à Aids.

A primeira organização que desempenhou papel fundamental desde os primeiros anos de instalação da doença em nosso meio foi o Grupo de Apoio e Prevenção da Aids (Gapa), formado em diversos estados por grupos de profissionais da área da saúde, da área social, por ativistas gays e voluntários. Uma das maiores contribuições do Gapa/SP para o contexto em torno da Aids no Brasil foi a criação de um serviço de assessoria jurídica para as pessoas com HIV/Aids, garantindo os direitos civis dos infectados.

A Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), formada por intelectuais e cientistas, surgiu assumindo o papel de reivindicar e monitorar as políticas públicas de combate ao HIV. Seu fundador e presidente, Herbert de Souza (Betinho), assumiu a condição de portador do vírus HIV e tornou-se um grande ativista que veio posteriormente desempenhar papel importante não apenas na luta contra a Aids, mas na luta por justiça social, liderando o movimento contra a fome no Brasil. Parte da Igreja Católica também esteve presente nesse momento acolhendo os portadores. Todos se concentravam em torno de um objetivo comum: oferecer apoio social, psicológico e solidariedade aos doentes de Aids.

Teixeira destaca como um elemento fundamental, para a criação do Programa de Aids do estado de São Paulo, a combinação de um governo democrático com vontade política aliada à crescente mobilização de setores da sociedade civil, sobretudo a pressão exercida por grupos *gays* paulistas. Outros grupos *gays*, pioneiros no engajamento ante à epidemia, foram o Grupo Gay da Bahia (GGB) e o Grupo Gay de Sergipe. Em todo território brasileiro os grupos *gays* passaram a desenvolver projetos relacionados a Aids, embora não só. Por outro lado, em 1984, um grupo de senhoras paulistas, que arrecadava fundos para auxiliar os pacientes de hanseníase com dificuldades financeiras, passou a canalizar parte desses recursos para pacientes com Aids que sofriam das mesmas dificuldades. (Galvão, 2000).

As dificuldades financeiras de uma parcela dos indivíduos doentes levaram ativistas a criarem as casas de apoio que ofereciam moradia aos que necessitavam. A primeira delas, Casa de Apoio Brenda Lee, foi criada em São Paulo em 1985. Brenda Lee era um travesti que oferecia moradia num primeiro momento apenas aos travestis soropositivos e, depois de um tempo, passou a receber outras pessoas. Como desdobramento da oferta desse tipo de assistência surgiu o Atendimento Domiciliar Terapêutico. No atendimento domiciliar os voluntários ofereciam desde cestas básicas aos pacientes, atendimento médico, remoção hospitalar, dentre outros auxílios (Galvão, 2000).

Entre 1985 e 1991, mais de cem organizações não-governamentais de serviço à Aids já haviam surgido, desempenhando um papel importante na defesa das liberdades civis, no fortalecimento da assistência básica e no tratamento ao paciente bem como no desenvolvimento de programas educacionais visando evitar a disseminação da epidemia.

Em 1986, o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids de São Paulo enviou ao Congresso Nacional uma ementa ao projeto de Lei 7.670. Este projeto previa pensão especial para algumas doenças, e essa ONG propunha a extensão desse benefício aos portadores e doentes de HIV/Aids. A lei foi aprovada, embora tenha sido sancionada pelo então presidente da República, José Sarney, apenas dois anos depois. Desse modo, havia a certeza entre os ativistas que as conquistas eram fruto das pressões que eles exerciam sobre as autoridades públicas (Souza, 1999).

Ainda nesse ano surgiu a Associação dos Hemofílicos, sobretudo no Rio de Janeiro e em São Paulo, iniciando-se a luta pelo controle dos bancos de sangue. Vale observarmos que o envolvimento de Betinho na luta contra a Aids foi em grande parte motivado pelo fato de ele e seus dois irmãos serem hemofílicos e terem contraído o vírus através de transfusão sanguínea.

Em 1989 foi formado o Grupo pela VIDDA (pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids), no Rio de Janeiro. Idealizado por Herbert Daniel, um líder ativista contra a Aids e um dos coordenadores da Abia, tornou-se a primeira organização brasileira formada por pessoas portadoras do vírus da Aids, seus familiares e amigos. Essa ONG definiu um programa de assistência legal para combater a discriminação dentro do sistema judiciário e vários grupos de auto-ajuda; e criou também um serviço telefônico de informações sobre Aids. Visava desse modo combater o que Herbert Daniel intitulou de “morte civil”. Vale registrar que o Grupo Pela VIDDA foi a primeira organização a introduzir a noção de “Viver com Aids”, exaltando a vida (Parker, 1994).

Parker assinala que as entidades apresentavam muitas divergências quando se reuniam. Em 1989 houve uma tentativa de formar uma rede nacional de ONGs e Osas (Organizações de Serviços frente à Aids) no Brasil, mas foi suspensa após três reuniões nacionais “em que ficou claro que as diferenças ideológicas entre as quase setenta organizações na época envolvidas em atividades comunitárias de prevenção a Aids eram acentuadas demais para permitir uma aproximação mais formal”(Parker, 1994).

No entanto, em face do total descaso do governo em dar resposta à epidemia, segundo Parker, o ativismo contra a Aids fortaleceu-se e contribuiu para ajudar a superar algumas divergências entre as várias organizações da sociedade civil que atuavam neste campo. Esse esforço de entendimento entre as diversas organizações levou em 1991 as ONGs a se reunirem com o então coordenador do Programa Nacional de Combate à Aids do Ministério da Saúde, Eduardo Cortês. Como resultado desse esforço coletivo, uma série de atividades foram acordadas, dentre elas, a resposta da OMS para o protocolo de vacinas. Foi o início de uma interação e colaboração entre as diversas entidades no combate à epidemia (Parker, 1994).

No começo da década de 1990 outros movimentos sociais iniciaram sua participação, como o de mulheres, de profissionais do sexo e do setor privado. Apresentou-se uma nova fase de organização tanto em nível estadual como nacional das ONGs/Aids. Essa fase ficou evidente nos constantes encontros que ocorriam em oficinas, mesas-redondas, em apresentação de trabalhos com painéis, ou seja, aumentava cada vez mais a complexidade dessas organizações. Ressaltamos que as agências de cooperação internacional tiveram papel fundamental ao financiar recursos para o delineamento e constituição das respostas não-governamentais no enfrentamento da epidemia.

Em 1995 foi fundada a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (RNP+), cujo objetivo era o fortalecimento dos portadores de HIV/Aids e a ampliação da participação destes tanto nas instâncias de decisão governamentais como nas ONGs.

Em suma, nossa intenção nesse breve histórico é mostrar ao leitor a contribuição inquestionável que a sociedade civil desempenhou na conquista e garantia de seus direitos no enfrentamento da Aids, em que vários grupos, antes marginalizados e discriminados, lançaram mão de seu papel de atores sociais. Numa ação coletiva e transformadora trouxeram luz e mudanças para um cenário que, num primeiro momento, parecia tão desfavorável. Mas a história continua sendo construída e novos grupos surgem, vejamos a seguir qual o lugar reservado ao jovem nessa cena.

3. A prevenção entre os jovens

A criança e o adolescente têm o direito de serem atendidos, bem informados sobre cuidados com seu corpo, as transformações que vão acontecendo, sem tabus, preconceitos ou medos, sobre drogas e doenças, o que resultará em escolhas mais sensatas sabendo o que querem para si, aumentando as chances de terem uma vida mais saudável e de melhor qualidade. (Ministério da Saúde, 1999)

Nossa intenção neste item é verificarmos em que momento os jovens passaram a ser encarados pelas autoridades públicas ligadas ao setor da saúde como uma população em risco, vulnerável, que necessitava de intervenções específicas, planejadas, com o objetivo de controlar a epidemia entre eles.

A partir de 1992 crianças, adolescentes e adultos jovens tornaram-se prioridade como um subcomponente de prevenção no Projeto de Controle de DST e Aids da Coordenação Nacional de DST e Aids, antes mesmo de ter sido firmados os dois grandes acordos entre o Brasil e o Banco Mundial sobre o controle da epidemia, mas a preocupação passou a se efetivar a partir de 1994 quando do primeiro acordo firmado entre o Banco Mundial e o Programa Nacional de DST/Aids – Aids I.

No âmbito do Aids I, a Coordenação Nacional estabeleceu estratégias dirigidas a crianças e adolescentes em duas grandes linhas para o enfrentamento ao HIV/Aids: os alfabetizados e os que estavam fora da escola. Uma das estratégias constava do documento “Ações realizadas com crianças e adolescentes escolarizados – 1994-1998” (Ministério da Saúde, 1999).

Com a população que freqüentava a escola, a Coordenação Nacional desenvolveu os seguintes projetos:

- . População-alvo: comunidades universitárias de 27 Universidades Federais. Essa proposta visava a formação de agentes multiplicadores – monitores universitários – para atuar tanto nas comunidades internas à universidade quanto nas externas.

- . Educação em saúde escolar para a prevenção de DST, Aids e drogas, atingindo a criança e o adolescente da pré-escola ao 2º grau (4 a 19 anos), por meio da capacitação de professores pelo ensino a distância. Essa intervenção tinha como premissa a maior facilidade de se trabalhar o conhecimento, atitudes e práticas preventivas com crianças e adolescentes do que modificar hábitos com as pessoas adultas. A divisão para se ministrar os conteúdos era por faixas etárias de 4 a 6, 7 a 9, 10 a 12 e 13 a 19 anos pois possibilitava uma melhor adequação da proposta¹⁹.

¹⁹ A população escolar na faixa etária de 4 a 19 anos era de 31.200.000 alunos; o número de escolas, 195.840; o número de professores, 1.344.045 (MEC, 1995). 22.300 professores foram

A opção do ensino a distância, "Programa um salto para o futuro", veiculado pela TVE, viabilizou em tempo curto a capacitação de milhares de professores, a qual se deu em duas fases: na primeira eles se reuniam com o orientador no teleposto²⁰ e, por meio da TV recebiam, "com interatividade e recepção programada e organizada, aulas com especialistas, e, na outra hora a leitura, discussão e reflexão do material escrito recebido (boletim) sobre o assunto tratado naquele dia na TV" (Rua e Abramovay, 2001).

Em 1997, a série "Prevenir é sempre melhor"²¹, era composta de 20 programas, dentre eles: "Escola e comunidade"; "Gravidez na adolescência"; "Gênero e prevenção das DSTs e Aids"; "Prevenção ao abuso de drogas"; e "Violência e cidadania". Esta série buscou auxiliar o professor, capacitando-o com informações técnicas sobre os temas citados acima, no qual através de práticas pedagógicas participativas com alunos, promoviam discussões, reflexões e vivências, visando fomentar o trabalho de prevenção que possibilitasse adoção de comportamentos seguros (Ministério da Saúde, 1999)²².

Nesse ano também foi veiculada a primeira série "Crescendo de bem com a vida", composta de 13 programas para professores que atendiam crianças de 4 a 12 anos²³.

. Prevenção do abuso de drogas, DST e Aids para escolas de 1º e 2º grau, através da capacitação em contato direto com professores e alunos.

O projeto de prevenção ao abuso de drogas, DST e Aids, intitulado "Projeto escola", consistiu em trabalho articulado com as Secretarias de Educação e de Saúde em dez estados brasileiros, selecionadas mediante critérios epidemiológicos, permitindo

sensibilizados em dezembro de 1995, por meio de dez programas-pilotos compostos de dois programas sobre DST e Aids; dois sobre drogas, três sobre sexualidade e três sobre planejamento.

²⁰ Os telepostos eram lugares onde ficavam uma antena parabólica, uma TV, um vídeo, telefone, fax e, em alguns, computadores. Podiam estar situados tanto dentro da escola como fora dela

²¹ 49.595 professores inscritos oficialmente pela TVE em 1996 foram treinados por meio da série "Prevenir é sempre melhor" que foi preparada para professores que ministravam aulas para adolescentes de 13 a 19 anos. A série era composta de 20 programas, sendo cinco sobre sexualidade, quatro sobre DST e Aids, cinco sobre drogas e seis sobre drogas e seis sobre planejamento do projeto na escola.

²² A série capacitou 36.350 professores que atendiam adolescentes de 13 a 19 anos.

²³ Foram produzidos Boletins para cada professor treinado, 80 mil manuais para professores de crianças de 4 a 12 anos e 2.000.120 kits de gibis sobre corpo, comunicação, relacionamento, DST/Aids e drogas para as faixas etárias de 4 a 6, 7 a 9 e 10 a 12 anos.

a promoção de atividades preventivas ao abuso de drogas e à contaminação pelas doenças sexualmente transmissíveis na rede escolar.

As escolas iniciaram o processo em 1996 e foram selecionadas pelas Secretarias de Educação que, em articulação com a Secretaria de Saúde e com outros segmentos da sociedade (por exemplo, Conem²⁴ e Universidades), elaboraram projetos que permitiam a execução das atividades, apoiados pela Coordenação Nacional de DST/Aids.

O método previa a capacitação de professores (multiplicadores) e alunos (monitores) para atuarem entre seus colegas – metodologia de multiplicação em pares. Esses alunos faziam o trabalho de prevenção junto a seus colegas de escola discutindo os conhecimentos adquiridos sobre a sexualidade, as drogas e as doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, uso abusivo de drogas e violência.

Ao se desenvolver a proposta privilegiou-se:
<ul style="list-style-type: none">• Estratégia de descentralização da coordenação e a implantação dos projetos, objetivando o fortalecimento das instituições estaduais e locais.
<ul style="list-style-type: none">• Estratégia de multiplicação dos treinamentos, permitindo uma implementação rápida e de baixo custo.
<ul style="list-style-type: none">• Apoio à produção local de material instrucional, garantindo sua adequação à clientela.
<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimento do papel social da escola como agente formador de cidadania.
<ul style="list-style-type: none">• Mobilização de toda a escola para o projeto, com intensa participação de alunos, professores e outros profissionais da educação.
<ul style="list-style-type: none">• Utilização de práticas pedagógicas diversificadas e inovadoras, com ênfase em dinâmicas de grupo, estimulando a participação dos alunos no desenvolvimento de atividades dentro e fora da escola.
<ul style="list-style-type: none">• ênfase em atividades de prevenção com foco na questão da

²⁴ Conselho Nacional de Entorpecentes.

qualidade de vida e fortalecimento da auto-estima, sem cunho repressivo ou que provoque medo.

O "Projeto escola" foi um embrião para a elaboração de outros projetos e meios de sensibilização e prevenção entre jovens, e priorizou a formação de agentes multiplicadores, utilizando-se a metodologia de multiplicação em pares.

Foram selecionadas 1.009 escolas em 10 capitais brasileiras, prevendo-se a capacitação de 5.040 professores e de 30.270 alunos como multiplicadores e monitores respectivamente. Os projetos iniciaram-se em períodos diferenciados e previram ações para dois anos, com implementação a partir da liberação dos recursos.

Para as crianças e adolescentes que se encontravam fora da escola houve os seguintes investimentos:

. "Aprendendo a conviver com as DST e Aids", através de programas de rádio.

Esse projeto foi implementado com base em pesquisas²⁵ que abrangeram o território nacional e que apontaram o rádio como o meio de maior abrangência entre crianças e adolescentes trabalhadores. Nesse sentido iniciaram-se a produção de programas e *spots* para veiculação em emissoras cuja programação era voltada para jovens. Por meio da linguagem musical, abordavam questões referentes à sexualidade, às DST, à Aids, às drogas e ao cotidiano do público-alvo.

. "Malandro, sem camisinha não dá", desenvolvido em parceria entre a Coordenação Nacional de DST/Aids e o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua.

²⁵ Foram realizadas duas pesquisas em quatro regiões do país: 1) para identificar o perfil do comportamento e hábitos dos adolescentes no que se refere a DST e Aids e 2) para definir o universo de veiculação, melhores faixas de horários e estilo e tempo dos programas. A pesquisa desenvolveu-se em duas fases distintas: 1) abordagem qualitativa, foi realizada através do método de grupos focais; 2) abordagem quantitativa foi executada através de um questionário estruturado. Os dois eixos construtores da amostra da pesquisa foram: a divisão do país em regiões e a segmentação do público-alvo, a partir da sua forma de inserção no trabalho.

Esse projeto visou desenvolver atividades de capacitação para educadores que trabalhavam diretamente com crianças e adolescentes em situações de maior exposição ao risco, principalmente, aqueles em situação de rua.

Vale observarmos que esses projetos foram coordenados pela Secretaria de Projetos Especiais de Saúde da Coordenação Nacional de DST/Aids para o trabalho com crianças, adolescentes e adultos jovens. A Coordenação Nacional de DST e Aids ficou com a tarefa de avaliar diretamente os cursos a distância voltados para a capacitação de professores de pré-escola; os do ensino fundamental e médio e os demais projetos seriam avaliados pelas instituições e organizações executoras, que prestariam contas à Coordenação Nacional através de relatórios parciais e finais que acompanhariam seu desenvolvimento, ao verificar o cumprimento dos objetivos e o impacto alcançado (Ministério da Saúde, 1997).

Ao término do convênio com o Banco Mundial, Aids I, as mesmas diretrizes e intervenções foram mantidas no âmbito do Aids II (1999-2002), a diferença residia na ampliação das relações em torno de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a descentralização.

Esta descentralização envolve novas formas de pensar não somente as relações entre as instâncias federal, estadual e municipal, mas também novas perspectivas interinstitucionais e novas formas de relacionamento do poder público com a sociedade. (...) Num primeiro momento, o processo de descentralização envolve o estabelecimento de parcerias interinstitucionais entre o Ministério da Saúde – especificamente de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional DST/Aids – e o Ministério da Educação e do Desporto – especificamente a Secretaria de Educação a distância. (Rua e Abramovay, 2001)

De modo paralelo a esses investimentos, a contaminação entre a população juvenil continuava em franco crescimento, pois, segundo dados do próprio Banco Mundial, um terço das pessoas que viviam com Aids até 1998 no mundo era adolescente e jovem na faixa etária de 10 a 24 anos (Ministério da Saúde, 1998).

Essa situação levou em fevereiro de 1999 a Unids e o então presidente da República do Brasil, Fernando Henrique Cardoso, a lançar a campanha mundial, com crianças e jovens, “Ouça, aprenda, viva!”. Esta se estruturou na campanha de 1997, “Crianças vivendo num mundo com Aids”, e na de 1998, “Força de mudança: campanha do Dia Mundial da Aids com crianças²⁶”.

Nesse sentido os assessores da Coordenação Nacional de DST/Aids, responsáveis pela formulação de propostas para essa demanda, realizaram em 1999 um seminário com a participação de 131 especialistas, de vários pontos do país, nas áreas de infância e adolescência, sexualidade, educação, prevenção das DST, da Aids, do uso indevido de drogas e em avaliação. Esse seminário visou a elaboração de diretrizes e ações em sexualidade, em prevenção das DST/Aids e do uso indevido de drogas, para crianças e adolescentes, sob a coordenação do Ministério da Saúde.

A organização do seminário levou três meses e contou com a participação de vários setores e de técnicos da Coordenação Nacional de DST/Aids e do Ministério da Saúde e de consultores, além de representantes de 75 projetos nacionais voltados para crianças e adolescentes de todas as regiões do país. Os participantes definiram prioridades e propuseram estratégias para a formulação de políticas públicas para a atuação dos Ministérios da Saúde, da Educação e de organizações comunitárias junto a crianças e adolescentes com o objetivo de “prevenir as DST, Aids e o uso indevido de drogas e prestar assistência integral à adolescente grávida e às crianças e adolescentes com DST, portadores do HIV, doentes de Aids e dependentes de drogas” (Ministério da Saúde, 1999).

Entendemos que essa tenha sido a iniciativa de maior relevância e abrangência, uma vez que buscou ampliar a discussão com especialistas não apenas da área da saúde, chamando a responsabilidade de todos para a necessidade de intervenções mais articuladas visando proteção à saúde integral do jovem.

²⁶ Foram definidos sete pontos visando uma estratégia global de enfrentamento da epidemia no seio dessa parcela populacional. Estes pontos constam no *Compêndio para legisladores sobre HIV/Aids, Legislação e Direitos Humanos*, produzido pela Unesco, Unids, Inter-Parliamentary Union, em 2000.

O objetivo era formular diretrizes para a atuação da Coordenação Nacional de DST/Aids em relação ao trabalho com crianças e adolescentes no período de 1999 a 2002. O produto do seminário consistiu na formulação de 28 princípios, nove prioridades e 54 estratégias. Não detalharemos todos os pontos, apenas citaremos, adiante, as nove prioridades e comentaremos as estratégias da prioridade 7 por se referir diretamente ao objeto de estudo do presente trabalho. Entendemos que esses pontos nos dão a dimensão das propostas do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas de prevenção para o trabalho com crianças e adolescentes.

Ao analisarmos os princípios, podemos afirmar que eles estão permeados por uma visão que concebe essa parcela populacional como cidadãos, atores sociais, sujeitos de direitos e, portanto, capazes de intervir na formulação de políticas públicas que venham dar conta de suas necessidades integralmente.

Outro fator que cumpre destacarmos é a consonância desses princípios com o que reza o Plano Nacional dos Direitos Humanos²⁷. Os direitos da criança e do adolescente estão inseridos na Política Pública de Direitos Humanos contida neste Plano, baseado na Lei 8.069/90, que instituiu o Estatuto da Criança e Adolescente²⁸ (ECA), assegurando os direitos à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação desse grupo etário (Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas, 1998).

Logo no primeiro princípio, vemos o esforço do Ministério da Saúde e de seus parceiros em assegurar à população juvenil o direito à vivência responsável da sexualidade como pilar para a qualidade de vida desta. Para tal, ela teria acesso à educação sexual realizada pelo sistema formal e informal de ensino e garantia de serviços de saúde específicos. Com o entendimento que a educação sexual não seria apenas a transmissão pura e simples da informação, mas deveria se estabelecer como um processo de intervenção que “contempla aspectos psico-afetivos, biológicos e sócio-culturais”, objetivava-se a promoção tanto da igualdade e do respeito aos gêneros, às etnias e às classes sociais, como da orientação sexual.

²⁷ Decreto 1.904/96

²⁸ Considerando-se adolescente a faixa etária entre 12 e 18 anos.

Assim abordou-se a gravidez na adolescência como uma das possibilidades de vivência da sexualidade, retirando-a do campo da patologia social e médica e encarando-a do ponto de vista sócio-político-econômico. Entendemos que esse novo olhar eliminou da adolescente aquela visão de tragédia e de vitimização, abrindo possibilidades de se discutir o tema sem o crivo moralista que sempre permeou esses assuntos. Percebemos, ainda, mudanças de concepção no trato das crianças e dos adolescentes usuários de drogas, pois ao se reafirmarem seus direitos como cidadãos, eram propostos o tratamento da dependência e a contraposição à repressão ao uso.

Elegeram-se como instituições parceiras por excelência a família²⁹ e a escola, tidas como agentes “de um mesmo processo educativo – a formação integral do novo cidadão, capaz de influenciar no contexto social, político e cultural para mudanças de comportamento” (Ministério da Saúde, 1999).

Reafirmava-se a importância do Estatuto da Criança e Adolescente na defesa e garantia de direitos; apontava-se para que a universalidade de acesso a todos os processos tecnológicos de promoção da saúde, de prevenção da doença e de assistência médica e social estivessem presentes e disponíveis para essa população. De outra forma, a construção da cidadania, concebida como o desenvolvimento de valores como “autonomia, dignidade, solidariedade, respeito e convivência familiar e comunitária”, não seria garantida e preservada.

Por fim, evidenciava-se que, para a efetivação do trabalho visando seu real impacto nessa faixa etária, haveria de se garantir a participação dos adolescentes no planejamento das ações preventivas das DST, da Aids e do uso indevido de drogas, bem como de educação sexual. Deveriam também ser respeitados os princípios éticos e as características culturais, sociais e psicológicas das diferentes populações e dos grupos sociais, fortalecendo o desenvolvimento do potencial para a promoção da saúde.

Com base nos princípios norteadores do trabalho com crianças e adolescentes, avaliamos oportuno destacar as nove prioridades referidas acima:

²⁹ “A família não se limita apenas à concepção nuclear, abrange também o espaço de relação entre adultos com funções de pais mantenedores/responsáveis” (Ministério da Saúde, 1999).

1 - Implementar e ampliar, onde já se desenvolvem, ações de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas, dirigidos para crianças e adolescentes, nos sistemas formal e informal de ensino.
2 - Ampliar o acesso de crianças e adolescentes a serviços de saúde e de assistência social, dotando esses serviços de condições adequadas de funcionamento e garantindo, em especial, a assistência, com qualidade, à adolescente gestante, a crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e a crianças e adolescentes usuários de drogas.
3 - Fomentar e fortalecer redes sociais de proteção, envolvendo os serviços públicos e comunitários voltados para a atenção de crianças e adolescentes, com vistas à potencialização e integralização da atenção.
4 - Fomentar ações de natureza sociocultural que permitam a ressignificação de valores e práticas associadas à sexualidade na adolescência, à gravidez e ao uso de drogas.
5 - Produzir, apoiar a produção, estimular a criação, distribuir e divulgar materiais educativos para educação sexual e a prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas.
6 - Apoiar a produção de materiais instrucionais dirigidos a atividades de capacitação para a implantação e implementação de ações de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas.
7 - Incorporar o conceito de protagonismo e fomentar a participação ativa das crianças e adolescentes na formulação, no planejamento, na execução e avaliação de políticas relativas à sua saúde e educação, inclusive a produção de materiais educativos destinados a elas.
8 - Promover estudos que permitam conhecer a realidade de crianças e adolescentes, seus valores, atitudes, comportamentos, situações de vulnerabilidade e as especificidades regionais.
9 - Incorporar a avaliação como atividades cotidianas de planejamento e gestão de ações e serviços de educação sexual, de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas e de assistência integral a crianças e adolescentes portadores de DST, usuários de drogas e à adolescente grávida.

Dentre as nove prioridades, a de número 7 traduz os princípios norteadores que embasaram o trabalho com crianças e adolescentes do Programa Nacional de DST/Aids, e no qual temos especial interesse: a participação ativa destes em todas as fases do trabalho desde o planejamento à execução e avaliação das ações.

Vale observarmos que os técnicos em cada prioridade propuseram o que chamaram de “estratégias sugeridas”, e no item 7, protagonismo, em linhas gerais, apontaram para a geração e fortalecimento de canais de expressão para crianças e adolescentes participarem da formulação de políticas voltadas para elas, em matéria de educação sexual e de prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas.

Incluir o conceito de cidadania, também sugerido no documento, na prática seria garantir que em todos os órgãos públicos, que tratassem questões de interesse da juventude, seu lugar estaria assegurado institucionalmente.

O incentivo à criação de grupos de crianças e adolescentes para virem a ser monitores, capacitando-os para desenvolverem ações de educação sexual e de prevenção das DST, de Aids e do uso indevido de drogas, apontava para o trabalho com agentes multiplicadores, dentro e fora da escola, estabelecendo parcerias com jovens com ou sem participação em movimentos sociais. A intenção era que eles viessem a elaborar planos de trabalho, incluindo nestes, ações culturais e materiais educativos específicos para que atuassem na comunidade.

Vale ressaltarmos que, embora o eixo central do documento destacasse a valorização da participação do jovem em todos as fases desse trabalho, não se retirou do adulto o papel de monitorar e avaliar o desenvolvimento das ações dos agentes multiplicadores. Ao contrário, o documento reforçou a responsabilidade do educador na formação dos monitores juvenis.

Segundo as assessoras técnicas do Ministério da Saúde que participaram do grupo que traçou as diretrizes para o trabalho com a população juvenil, a preocupação maior foi a de ressignificar a especificidade dos jovens para se obter um trabalho de impacto no seio da juventude brasileira, dissociando-os dos estereótipos produzidos pela sociedade que os acusou de “drogados”, irresponsáveis “e agressivos” (Santos e Santos, 1999).

Enfim, os princípios, diretrizes e estratégias da política pública nacional para a prevenção das DST, da Aids e do uso indevido de drogas foram muito bem-definidos, respeitando em todos os momentos o jovem, uma vez que seu papel como agente social, capaz de planejar, executar e avaliar ações de seu interesse estivera presente em todas as propostas. Tais diretrizes passaram a orientar os programas de

prevenção junto à população juvenil no território nacional, visto que foram elaboradas para nortear os trabalhos nessa área nos estados e municípios. O Ministério da Saúde identificou o protagonismo juvenil como uma das principais estratégias de prevenção das DST e da Aids entre jovens.

O documento referido acima propunha como construção de uma resposta ao HIV/Aids o incentivo ao protagonismo juvenil, apontando elementos para que a temática jovem pudesse ser integrada aos esforços realizados pelo Grupo Temático do Programa das Nações Unidas para o Combate à Aids no Brasil (GT) (Anistia Internacional, 1996).

A procura por respostas amplas ao problema faz com que, nos últimos anos, a comunidade internacional venha desenvolvendo a idéia segundo a qual os jovens, portadores ou não, devem ser capacitados com os insumos necessários para se protegerem da falta de conhecimento sobre as formas de infecção, da discriminação e da escassez de recursos destinados à prevenção e ao tratamento que caracterizam os países em desenvolvimento. Por outro lado, entende-se que a melhor forma de reduzir a incidência de casos na população jovem é por meio de redes concebidas e operacionalizadas por outros jovens, os grupos e associações de pares. (...) O Grupo Temático da Unids no Brasil (GT) é um arranjo institucional que por meio de um agregado de agências nacionais e internacionais gera sinergias importantes na luta contra a epidemia no país. O governo, representado por meio da Coordenação Nacional de DST/Aids e do Ministério de Relações Exteriores, participa do GT de forma ativa e decisiva: oferece um guia político que envolve subsistemas de planejamento e monitoramento na elaboração de uma resposta nacional ao desafio do HIV/Aids. (Anistia Internacional, 1996)

Essa organização não-governamental apontou para a educação em pares apostando que esta estratégia seria a mais eficaz na promoção de mudanças de comportamentos junto à população juvenil, pois esta contemplaria a percepção que o jovem tem da realidade que o rodeia.

A inclusão do componente juvenil visa, por um lado, fortalecer redes locais. Pelo outro, objetiva dar uma perspectiva jovem aos programas de combate à Aids que são realizados pelo Governo, pela sociedade civil e pelas agências internacionais. As sinergias institucionais que eventualmente serão produzidas podem contribuir sobremaneira para assentar bases e construir as fundações mínimas de uma resposta verdadeiramente inclusiva ao HIV/Aids. Ou seja, a articulação entre os jovens e as entidades formais pode vir a aumentar o quadro de atores sociais que se sentem responsáveis pela luta contra a epidemia. (Anistia Internacional, 1996)

Acreditava-se que a participação do jovem no Grupo Temático contribuiria substancialmente com a dinâmica deste, pois traria para dentro do grupo a visão dessa parcela da população, tornando o Brasil “um marco de referência na luta jovem contra a Aids no Cone Sul, nas Américas e no mundo”.

Enfim, ao trazermos como exemplo a iniciativa desse grupo de técnicos ligados à Anistia Internacional, que salientam a participação do jovem no grupo de trabalho que pensa estratégias de combate à epidemia da Aids, temos como intenção mostrar, por um lado, que o problema de fato, em função das dimensões que tomou nos últimos anos, exige intervenções articuladas nacional e internacionalmente e, por outro, que nos parece cada vez mais óbvia a necessidade do jovem estar presente nos cenários que engendram políticas que venham de encontro a seus interesses.

Nesse sentido o Ministério da Saúde justificou a proposta:

Como as lideranças adolescentes, geralmente, são vistas por seus colegas como exemplos, a idéia de treinar adolescentes para desenvolverem atividades educativas em prevenção de DST, Aids e drogas, com seus colegas da escola e da comunidade, surgiu como uma solução de abordagem (Ministério da Saúde, 1997).

O trabalho de prevenção visando impacto junto aos jovens brasileiros seguiu como prioridade no Ministério da Saúde, o protagonismo continuou sendo apontado por técnicos do Programa Nacional de DST/Aids como uma estratégia para o

enfrentamento da epidemia. Mas algumas questões devem ser relativizadas ainda neste item que desenvolvemos.

A primeira delas refere-se aos avanços conquistados ao longo de vinte anos de epidemia, seja do ponto de vista da assistência ao portador do vírus HIV, seja como melhoria de sua qualidade de vida, conquistada pelo advento das medicações antiretrovirais e pela ampliação dos serviços especializados. Presenciamos também sucessos na área da prevenção: as campanhas nas escolas, na mídia, junto à população em geral e a populações específicas, com materiais instrucionais, cartilhas, vídeos, filmes, cartazes, chegaram, acreditamos, em toda parte do país.

A sociedade civil se articulou e conquistou seus direitos diante dessa epidemia, há o que se comemorar, por um lado, pois chegamos ao final do século com um número de portadores do HIV menor do que o estimado pela Organização Mundial de Saúde. Mas, por outro, temos que ser críticos e afirmarmos que ainda há muito que fazer. A Aids, embora em ritmo menos acelerado, continua se expandindo entre as mulheres e os jovens. Estes últimos não correm o risco apenas das doenças sexualmente transmissíveis, pois os próprios técnicos, do Ministério, ligados ao trabalho com a juventude admitem que a Aids não é o único problema que afeta esse grupo populacional, uma vez que eles também são atingidos pela violência, pelas drogas e pelo elevado crescimento da taxa de fecundidade (Ministério da Saúde, 1999).

Esse quadro fica ainda mais complexo quando voltamos nosso olhar para o modo como estão estruturados os serviços para responder as demandas dessa parcela populacional, e em especial o setor saúde. Percebemos que o sistema “não se encontra sensibilizado nem aparelhado para prestar aos adolescentes a assistência de que necessitam” (Ministério da Saúde, 1999).

Verificamos esse cenário em todo o território nacional, ou seja, estados e municípios ainda necessitam de programas de prevenção às DST/Aids melhor estruturados e planejados, se quiserem lograr êxito junto aos jovens. Podemos verificar essa afirmação nos resultados da pesquisa patrocinada pelo Ministério da Saúde, Unicef e Unesco, em 2001, intitulada “Avaliação das ações de prevenção às DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras”.

Nessa pesquisa evidencia-se que a descentralização, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, deu-se nas ações de prevenção sem a devida sistematização do que o Programa Nacional esperava das intervenções regionais. Observa-se inclusive que mesmo no nível local não há uma integração das diversas ações desenvolvidas pela escola:

Não se tem estabelecido um controle efetivo, em qualquer instância, sobre a ação do professor, aparentemente por déficits de institucionalização das próprias ações e também pela própria autonomia que caracteriza a ação do professor em sala de aula (Rua e Abromovay, 2001).

Não há indicadores de avaliação efetivos para as intervenções locais e, portanto, a verificação do impacto desses trabalhos de prevenção fica prejudicada. Fatores como as resistências das próprias instituições, a falta de experiência e de exercício de autonomia, em função de nossa longa convivência com regimes autoritários e centralizadores, acarretam certa precariedade do acompanhamento e da sistematização das ações, e assim estas acabam ficando pulverizadas.

Em relação aos cursos de capacitação, os professores se posicionam de forma crítica: não se sentem preparados após as oficinas, e acreditam que precisam estudar mais e buscar ajuda especializada para melhorar o desempenho.

As ações de prevenção acabam por traduzir-se em palestras, sem um fluxo de continuidade, sem uma sistematização, e o trabalho acaba sendo desenvolvido por profissionais impulsionados por interesse pessoal, visto que não são assumidos institucionalmente. Há o predomínio de atividades de cunho disciplinar, pois os professores justificam a falta de tempo para a realização de tarefas fora do horário de aula. Os trabalhos de pesquisa em grupo e apresentações são menos freqüentes, predominando tarefas rotinizadas.

Em relação aos temas abordados percebe-se uma reduzida ênfase nas relações de gênero e nos preconceitos, além de discussões referentes a amor, afetividade, auto-estima, sexualidade. Assim os fatores mais associados aos padrões de vulnerabilidade às DST/Aids foram menos mencionados.

Talvez isso se deva ao fato de que a grande maioria das pessoas que lecionam em nosso país são do sexo feminino e, por vivermos numa sociedade onde as normas e valores atingem todas as camadas sociais, não seria demais dizer que as professoras, mulheres que são, apresentam também dificuldades em se posicionar diante de temas tão pouco debatidos e enfrentados em nossa cultura. Falar de sexualidade não é uma prática em nosso meio, daí a necessidade de um maior preparo individual, para além da disciplina ministrada, no sentido de se repensar a própria sexualidade, superar tabus e preconceitos, visto que ainda há uma relação entre homens e mulheres de dominação, por parte dos primeiros, e submissão, inclusive nas relações amorosas e sexuais. Desse modo, essas reflexões auxiliarão na transposição dessas questões para o espaço escolar com maior tranquilidade.

Cabe registrarmos a menor freqüência na discussão sobre drogas e seus efeitos. Os temas mais abordados correspondem aos conteúdos da sexualidade e da transmissão e prevenção de DST/Aids, seguindo-se a reprodução humana. São baixos os percentuais dos professores que declaram estar realizando nas suas escolas um trabalho específico e sistemático de orientação dos alunos, pois alegam, além da falta de tempo, a necessidade de consentimento da direção. Assim as responsáveis pela pesquisa colocam:

Além dos limites, propriamente ditos, às vezes impostos por diretores, há também o seu desinteresse, fazendo com que o trabalho realizado não seja, de fato, sistemático, mas sim fruto de iniciativas decorrentes da voluntariedade de um ou outro professor (Rua e Abromovay, 2001).

Em relação ao material didático, há muita variedade, mas parece bastante restrito, predominando cartazes e folhetos. No que se refere à disponibilização de preservativos aos alunos, foram poucas as escolas que relataram recebê-los com freqüência e adotar a distribuição deles entre seus alunos.

Enfim, não temos a intenção de analisarmos profundamente essa pesquisa, mencionamos-na apenas nos itens que nos pareceram auxiliar nossa reflexão sobre o alcance das intervenções federais nos trabalhos de prevenção, sobretudo, nas

escolas, que são as atividades que mais predominam. Não detalharemos os resultados³⁰ do impacto da mesma, apenas gostaríamos de registrar que, a despeito de todas as dificuldades relatadas, a pesquisa aponta para o que já afirmamos neste capítulo, ou seja, o Brasil vem logrando êxito na luta contra a Aids, pois, embora constatados todos esses entraves, esta pesquisa é concluída localizando vários pontos de estrangulamentos que poderão ser superados com mais investimentos. E ainda listam-se algumas recomendações importantes no que se refere às atividades desenvolvidas, à capacitação, ao material utilizado, às parcerias, à importância da institucionalização, ao monitoramento e à avaliação das ações.

A pesquisa finaliza com resultados que reafirmam que se, por um lado, há muitas dificuldades a ser transpostas, por outro, mostra que foram realizadas atividades de prevenção na grande maioria das escolas envolvendo em graus diferenciados professores, alunos, pais, diretores, orientadores educacionais e coordenadores de ensino, o que denota um avanço. Não menos importante foi a constatação de que pais e alunos apresentaram mudanças de comportamentos e atitudes no seu cotidiano com as ações de prevenção realizadas no espaço escolar. No caso dos alunos isso foi verificado quanto ao não compartilhamento de seringas ao se consumir drogas, na autocontenção sexual com a limitação do número de parceiros e com menor propensão às relações sexuais com profissionais do sexo e/ou com parceiros eventuais, e na maior disposição ao uso do preservativo. No caso dos pais foi constatado impacto relevante no nível de informação sobre temas ligados à sexualidade e à saúde sexual e reprodutiva; e quanto à disposição para conversar com os filhos sobre temas relacionados a sexualidade, DST/Aids, uso indevido de drogas, e, uma vez que a escola distribuía preservativos aos alunos, também sobre as relações sexuais.

É procedente destacarmos que em relação aos professores constatou-se o impacto das ações de capacitação sobre “a suficiência da sua informação acerca dos temas ligados à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva” (Rua e Abromovay, 2001).

³⁰ Para o conhecimento mais detalhado dos resultados obtidos ver “Avaliação das ações de prevenção às DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras” RUA, M. e ABRAMOVAY,MS,2001

Assim, neste capítulo, procuramos descrever a evolução das políticas nacionais de combate às DST/Aids, para examinarmos, com maior profundidade, as repercussões dessas orientações no trabalho de prevenção junto aos jovens no município de Santo André.

III. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO PARA JUVENTUDE EM SANTO ANDRÉ

Ao discorrermos sobre a história de como foi se desenhando ao longo das duas últimas décadas as políticas públicas de combate à Aids no Brasil, observamos que, do ponto de vista geográfico, os primeiros casos registrados surgiram nos grandes centros urbanos, o que nos deu a ilusão de que a epidemia estaria circunscrita não só aos, à época, chamados “grupos de risco”, mas também, a uma certa área de abrangência.

Novamente apontamos que o dinamismo com que se instalou essa epidemia trouxe desafios a serem enfrentados com a mesma rapidez, mas, não raro, sem possibilidades de respostas, visto que se tratava de uma doença para a qual a Ciência não havia tido tempo hábil de acumular conhecimento e formas eficazes de intervenção. Nesse sentido, assistimos sua disseminação em pouco tempo para a grande maioria de cidades brasileiras.

Essa interiorização da epidemia levou os gestores a se posicionarem intervindo localmente, ou seja, os municípios brasileiros passaram a se organizar criando programas de assistência ao portador do vírus HIV, ao mesmo tempo em que planejavam intervenções na área de prevenção com o objetivo de atingir a população em geral e, especificamente, aquela parcela que se apresentava mais vulnerável à contaminação. No cenário nacional, como já mencionamos no capítulo anterior, o governo por intermédio de seu órgão responsável, o Ministério da Saúde, buscava nos acordos assinados com organismos internacionais a garantia de verbas que seriam repassadas aos municípios.

No município de Santo André algumas intervenções nesse sentido foram implementadas, sobretudo a partir de 1996, quando Celso Daniel venceu as eleições representando uma orientação democrática e popular para a administração municipal. Esse candidato trouxe em seu plano de governo a priorização das políticas sociais, cujas diretrizes pautar-se-iam em autonomia local com propostas de um desenvolvimento sustentável que garantiria espaços de participação e deliberação da comunidade,

favorecendo a cooperação entre os atores sociais internamente e o concomitante fortalecimento das relações com os demais municípios do ABC (Prefeitura do Município de Santo André, 1997).

Sua plataforma política calcava-se na ampliação dos direitos sociais, políticos e humanos, com quatro eixos estruturantes: (1) a inversão de prioridades (priorização e implementação de políticas públicas setoriais – educação, saúde, habitação, transportes, esporte, cultura e lazer, contemplando os segmentos específicos da população: mulheres, idosos, grupos étnicos, portadores de necessidades especiais, crianças e adolescentes, e jovens); (2) o reordenamento da estrutura organizacional do estado (expresso nas formas de adequar e otimizar a capacidade resolutiva da máquina estatal); (3) a participação popular; (4) a ressignificação da identidade local da cidade, produzida pela apropriação e uso do espaço dos diferentes atores, segmentos e organizações sociais (Daniel, 1990).

Analisando documentos oficiais da administração municipal, verificamos que esta assume como princípio norteador, das políticas a serem implantadas, assegurar a equidade social e a sustentação ambiental, garantindo o direito à cidade e ao trabalho, investindo para que os munícipes utilizem seu tempo livre para a prática do lazer, da cultura e de outras atividades humanizadoras, apontando como objetivos finais a inclusão urbana e social de todos os seus cidadãos e cidadãs (Prefeitura do Município de Santo André, 1997).

Essa concepção de Cidade Inclusiva trazia como princípio forte estímulo à participação da sociedade civil por meio de uma articulação estreita com o governo municipal para formulação, desenvolvimento e financiamento das políticas públicas.

Havia uma preocupação com todos os segmentos populacionais da comunidade nas diversas áreas e, em relação à educação, o governo local propunha revisão e adequação dos modelos de ensino em todos os níveis na perspectiva da formação do cidadão ativo, buscando despertar nele a necessidade do cuidado com os espaços existentes na cidade. Para tal, o plano de governo propunha a criação de programas de capacitação de agentes multiplicadores da cidadania e de atividades sócio-educativas e de complementação escolar, sobretudo para crianças, jovens e deficientes.

Na área da saúde estava prevista a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)³¹ que se baseava nos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação social, garantindo a articulação com os demais setores públicos e traçando os perfis demográfico e epidemiológico, com a intenção de responder às reais necessidades de saúde da população.

Para efetivação dessas propostas, o governo local teria que ampliar o acesso, a oferta e a racionalização dos serviços preventivos, curativos, de reabilitação clínica e social, além de garantir medicamentos, tecnologia e informação. Pois apenas dessa forma poderia alterar positivamente os indicadores de saúde (esperança de vida, mortalidade infantil, razão de mortalidade proporcional etc).

1. A Assessoria da Juventude e o Centro de Referência da Juventude

A nova gestão em 1997 iniciou reforma administrativa com uma série de mudanças, dentre elas, a implantação de propostas para a juventude – visto que o governo local havia assumido o compromisso de implantar ações que contemplassem as demandas juvenis a partir de uma secretaria cuja responsabilidade seria a de promover políticas públicas também para as demais camadas populacionais, como idosos, portadores de deficiência, crianças e adolescentes, e mulheres, com a perspectiva de resgate e respeito ao cidadão. Esta viria a ser a Secretaria de Cidadania e Ação Social, que lançou um olhar privilegiado aos grupos sociais mais excluídos com ações de caráter sócio-educativo, buscando promover mudanças na cultura e na identidade da cidade (PT, 1996). Ressaltamos também que em várias secretarias havia um conjunto de ações especialmente destinadas aos jovens.

Essa nova estrutura organizacional introduziu a Assessoria da Juventude, com investimentos que visavam captar as necessidades dos jovens, traduzindo-as em políticas públicas articuladas com intervenções planejadas.

A proposta tinha como princípio norteador a concepção dos jovens como atores sociais, capazes de refletir e formular políticas de intervenção que viessem ter

³¹ Lei Federal 8.080/90.

impacto no meio juvenil, diminuindo assim a vulnerabilidade desta população à exposição aos mais diversos riscos.

Nesse sentido, Almeida comenta:

A rigor, é preciso afirmar que desde 1983, quando se inaugurou na região os ciclos dos governos democráticos e populares na esfera municipal, foi a primeira vez que um governo local no ABC tomou a decisão e tornou pública sua intenção de desenvolver uma política pública para a juventude, tanto para aqueles setores que se encontram em situação individual e social de risco, bem como àqueles que têm conformado outras experiências de vida e movimentos associativos. (Almeida, 2001)

Ainda, segundo Almeida, a administração recém-eleita concebia a realidade juvenil como um ciclo vital em reordenação e mais amplo – atingindo a faixa de 16 a 30 anos. E as ações planejadas para essa camada da sociedade deveriam ser intersetoriais, integradas e coordenadas a partir de um órgão assessor específico. Este órgão, intitulado Assessoria da Juventude, estaria vinculado à Secretaria de Cidadania e Ação Social e as iniciativas deveriam partir dos setores da educação, cultura, esporte e lazer, desenvolvimento econômico, saúde e cidadania, e ação social.

A Assessoria da Juventude apresentava, como linhas de atuação, a formação e capacitação de jovens em seus diferentes aspectos – cultural, educacional, de informação profissional e outros temas de interesse desta parcela da população (PMSA, s.d.).

Dentre as atividades promovidas pelo órgão assessor, três ações foram destacadas por Almeida, pois possuíam um grande potencial de inovação cultural e política em termos de ações públicas visando a organização da população juvenil; eram elas: Fórum da Juventude, Projeto Jovens Multiplicadores e Centro de Referência da Juventude (CRJ) (Almeida, 2001).

As responsabilidades da Assessoria eram as seguintes:

(1) formular diretrizes, elaborar, executar ou coordenar políticas em todos os níveis da administração que atendessem aos interesses e às necessidades da juventude; (2) estabelecimento de uma rede de parcerias com escolas, empresas, entidades e grupos organizados; (3) descentralização das atividades culturais e de lazer; (4) garantir a participação popular respeitando a autonomia, a diversidade e a pluralidade dos grupos juvenis e a sua expressão na cidade; (5) criar espaços de discussão quanto à qualificação profissional e à questão do primeiro emprego; (6) capacitar os jovens para desenvolverem programas de prevenção na área da saúde junto às escolas do município, aos centros comunitários, aos grupos interessados da comunidade. (PMSA, s.d.)

Desde sua implantação, a Assessoria da Juventude teve a tarefa de fomentar políticas a serem desenvolvidas pelo conjunto do governo municipal, enfocando a perspectiva da juventude em cada uma dessas seções, desenvolvendo ações próprias e garantindo a intersetorialidade. Dentre as ações próprias, o CRJ foi criado para ser um espaço onde se desenvolveriam as ações da Assessoria. Não seria o único, mas um dos prioritários, porque seria um catalisador e difusor de referências para a juventude, abrigando todos os grupos, independente de sua orientação política, religiosa, cultural ou étnica, contribuindo para informação, expressão, convivência, participação, capacitação e formação dos mesmos em seus diferentes aspectos, ou seja, um espaço de produção de políticas e um canal de participação dos jovens, principais protagonistas na implantação das ações (Almeida, 2001).

Vale ressaltarmos que um dos pilares de maior importância na gestão de um governo democrático é a participação da sociedade civil no planejamento e implementação das políticas, e o canal para essa intervenção são as plenárias do Orçamento Participativo. Nesses espaços, governo e população discutem e votam suas prioridades nas diversas áreas temáticas.

A juventude organizada andreense, como veremos no próximo capítulo, participava das plenárias referentes a temas de seu interesse levando suas demandas. Uma delas foi justamente a criação do CRJ. Esse equipamento foi aprovado em

plenária temática do Orçamento Participativo da Secretaria de Cidadania e Ação Social.

O governo local reconhecia dessa forma as especificidades da condição juvenil, constituída pelo processo de entrada na vida adulta, com momentos de decisões, escolhas e definições de projetos, isto é, com toda a diversidade que apresenta em função de diferentes condições econômicas, sociais, culturais e políticas. Nesse sentido, o CRJ viria para auxiliar essa população na efetivação de seus projetos, visando sua inserção na vida adulta.

A fim de objetivar o CRJ, a Assessoria da Juventude tomou as seguintes iniciativas: estabeleceu convênio com a organização não-governamental Ação Educativa (Assessoria, Pesquisa e Informação), no sentido de cooperação na formulação das propostas, plano de metas e planejamento das ações do Centro. Paralelamente, no Fórum da Juventude, houve uma série de debates entre os grupos juvenis. O objetivo era pensar como esse espaço poderia comportar as mais diversas formas de expressão da juventude andreeense, buscando levantar os objetivos e projetos para o equipamento recém-criado.

Pretendia-se que esse local viesse favorecer as trocas de experiências entre os jovens e “coletivos” juvenis, assegurando, como já citamos, a diversidade dos diferentes grupos; garantindo a produção da visibilidade de seus anseios, projetos, interesses, necessidades e demandas; promovendo um diálogo com o poder público; estimulando o desenvolvimento de projetos, oficinas de capacitação, ações culturais e educativas; e formulando diretrizes de normatização do uso do espaço. Enfim, a operacionalização da proposta exigia apoio e interfaces internas e externas à administração (Almeida, 2001).

No seminário “Juventude mostra tua cara”, promovido pela Prefeitura de Santo André – Assessoria da Juventude –, em maio de 2000, foram reafirmados os eixos estruturantes da ação do CRJ, que passamos a detalhar:

Informação: visa ampliar o campo de escolhas para a construção de referências para a trajetória de inserção dos jovens e enriquecer as alternativas de projetos de intervenção coletiva.

Formação: visa capacitar os jovens ou grupos juvenis no sentido de potencializá-los para que desenvolvam suas propostas de ação e intervenção na cidade, criando oportunidades de reflexão e crítica. Não tem sentido de formação profissional, nem de reforço escolar e nem de doutrinação política.

Expressão: visa estimular e abrir espaços para manifestação das falas juvenis. O CRJ deve estar aberto a todos os estilos de expressão, sem privilegiamento de um ou de outro, buscando abranger a diversidade do universo juvenil.

Convivência: visa constituir-se em um espaço de atração e criação de um clima propício à circulação das informações, de encontro entre os diferentes, de desenvolvimento de idéias e de interlocução.

Participação/Interlocução: este eixo deve organizar atividades que auxiliem os jovens a se estruturarem como sujeitos de intervenção no espaço social, através de ações coletivas de caráter social, cultural ou político. Deve fazer isso de forma não dogmática e não partidária; o estímulo à participação não poderia ser entendido nem como oferecimento de cursos de formação política, nem como espaço de mobilização dos jovens para as ações da prefeitura.

Podemos verificar nesse documento a preocupação com o jovem andreense por parte do poder público. Os gestores reiteraram nesse seminário o espaço reservado para a juventude, e os pontos elencados não nos deixou dúvidas de que havia um olhar em relação a essa parcela da população apontando para a elaboração conjunta das propostas que deveriam ser viabilizadas pelo Executivo.

Mas essa caminhada não foi linear e sem conflitos, ao contrário, o movimento juvenil levou suas demandas desde o início e foi abrindo e garantindo esses espaços nas constantes intervenções nas plenárias oficiais, visto que com sua forma própria de expressão foi desenhando suas propostas ³².

³²Para uma análise desses conflitos e ações, consultar Almeida (2001).

2. O Programa Municipal de DST/Aids e a prevenção entre os jovens em Santo André

Dentre as diretrizes que regem as políticas públicas de saúde no Brasil, desde a implantação da Lei Federal 8.080/90, que versa sobre o Sistema Único de Saúde, a descentralização das ações de saúde estava em curso há mais de uma década por meio da municipalização. É nessa articulação das esferas federais, estaduais e municipais que se estabelece o nível de responsabilidade dos três poderes governamentais, apontando para novas perspectivas interinstitucionais, priorizando a atenção básica à saúde por meio de um trabalho de promoção e prevenção, invertendo o modelo hegemônico assistencial e as formas do Executivo se relacionar com a sociedade (Rua e Abramovay, 2001).

Foi essa perspectiva que orientou o Programa Nacional de DST/Aids e de Uso Indevido de Drogas desde os primeiros anos de sua organização, visto que em 1992, através de acordo firmado entre o Banco Mundial e o Brasil, conhecido como “Projeto Banco Mundial” ou “Aids I”, já se apresentava ancorado num tripé: Programa Nacional de DST/Aids, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e a sociedade civil – organizações não-governamentais, sindicatos, universidades, movimentos sociais, centros de pesquisas e fundações (Galvão, 2000).

No município de Santo André, as primeiras intervenções que buscaram combater a epidemia surgiram em 1989, sob a coordenação da Secretaria Estadual da Saúde, pois no município não havia serviço estruturado.

Devido ao número crescente de casos – em 1990 Santo André já contava com 221 ocorrências de Aids notificadas³³ –, as autoridades públicas, nos primeiros anos da década de 1990, estruturaram o serviço, passando a prestar atendimento aos portadores do vírus HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis.

À época, o Programa, segundo a técnica entrevistada, não era regulamentado, ou seja, não existia formalmente, portanto, não era unidade orçamentária, o que acarretava na impossibilidade de repasse de verbas por parte da

³³ A cidade vizinha, São Bernardo do Campo, cuja população era superior, contava com 153 casos.

Secretaria Municipal da Saúde. Os recursos advinham dos cofres federais e seguiam as diretrizes do SUS em conformidade com o Ministério da Saúde. Para ela, o programa existia de fato, mas não de direito. Apesar dessa dificuldade, tinha como princípio a não limitação da área de abrangência, e seus técnicos orgulhavam-se de dizer que mantinham a porta sempre aberta, inclusive aos municípios vizinhos.

Em relação à estrutura, o Programa funcionava no bairro de Vila Guiomar, no mesmo prédio da Unidade Básica de Saúde, que atendia a população em geral, e do Ambulatório de atendimento às DST/Aids. Esse ambulatório contava com uma equipe multiprofissional composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e pelo corpo de apoio de nível médio e operacional para o atendimento na área da assistência, oferecendo serviço laboratorial, farmacêutico e hospital dia.

Nesse equipamento de DST/Aids havia uma divisão que acompanhava os usuários em suas peculiaridades, o Serviço de Orientação de Educação (SOE). Os usuários procuravam esse setor para tirarem dúvidas em relação à doença, a tratamento e às dificuldades que estivessem enfrentando. Não menos importante que esse trabalho de orientação era a atenção dada a população em geral, através do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (Coas), que depois passou a chamar-se Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

O CTA – Santo André foi inaugurado em 1994. O município de Santo André foi eleito para abrigar o primeiro serviço de testagem da região por conta da alta incidência da epidemia. Através de verba federal, foi possível a aquisição de equipamentos para a realização dos atendimentos bem como para o treinamento da equipe de profissionais. O principal objetivo desse serviço era criar um espaço para orientação e testagem de HIV e sífilis, sem a necessidade de exposição do usuário, pois se tratava de um serviço anônimo e gratuito.

Na implantação do CTA – Santo André, optou-se pelo funcionamento em conjunto com o Ambulatório de Referência Municipal (Armi) pela disponibilidade, na época, de espaço físico e de recursos humanos. O Armi contava, em 1994, com pouco mais de 600 pacientes em seguimento médico e com uma equipe de 15 profissionais. Em 2001, contava com 2.100 pacientes inscritos, aproximadamente, e com uma equipe

de oito profissionais para as ações do ambulatório, Programa e do CTA, e com seis médicos para os atendimentos ambulatoriais.

A área de prevenção seguia o modelo de prevenção comunitária, baseado na formação de multiplicadores, cujas diretrizes tinham como eixos principais as orientações traçadas pelo Programa Nacional de DST/Aids. A prevenção era direcionada à população em geral bem como às populações específicas (mulheres, adolescentes, usuários de drogas injetáveis, etc.). Os principais projetos de intervenção passavam pelo trabalho junto às mulheres andreenses, consideradas uma população com alto grau de vulnerabilidade. A estratégia utilizada era o Programa de Saúde da Família (PSF) que oferecia treinamentos para as equipes técnicas em geral e, em especial, para as agentes comunitárias de saúde.

Outra frente era o investimento no Projeto Andrézinho Cidadão, em parceria com a Secretaria da Ação Social. O intuito era o trabalho com meninos e meninas em situação de exclusão social. A parceria com a Secretaria Municipal da Educação, embora embrionária e frágil, era prioritária.

Havia preocupação, por parte da equipe, em buscar a integração com as demais secretarias, visando a não duplicação das ações e a otimização dos recursos. Ela apontava para a necessidade da elaboração de instrumentos que pudessem aferir a receptividade, aceitabilidade e as possíveis mudanças no comportamento da população atingida pelas ações de prevenção do Programa, mas até aquele momento não havia conseguido operacionalizar esta proposta.

Em relação à população juvenil, pudemos verificar que, desde 1994, técnicos do município de Santo André já apresentavam uma preocupação em desenvolver trabalhos de prevenção junto a esse segmento, pois a cidade classificava-se como a quinta do estado com maior número de casos de Aids, e a maioria concentrava-se entre a população de 20 a 39 anos³⁴.

Essa constatação impôs ao Programa de Controle de DST/Aids e do Centro de Orientação e Apoio Sorológico do município a obrigação de não apenas

³⁴ Considerando-se que o vírus levava, em média, de oito a dez anos para se manifestar, concluiu-se que boa parte das pessoas veio a se infectar na adolescência.

diagnosticar a situação, mas também propor e desenvolver medidas que levassem à inibição da disseminação da infecção do HIV e da doença Aids na população local e proximidades (Programa Municipal DST/Aids, 1996).

Assim, o Programa de Controle de DST/Aids iniciou ações de prevenção junto à população adolescente, através da rede oficial de ensino e das Unidades Básicas de Saúde do município, em 1996, ações essas que visavam minimizar o problema com o Projeto Aids: que Lance é Esse? Esse Projeto era financiado pelo Banco Mundial por meio de convênio com o Ministério da Saúde, e cada município adequava a proposta de acordo com a sua realidade. O objetivo era diminuir a soroprevalência do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a incidência da Aids no Brasil.

Através, inicialmente, da capacitação de professores da rede oficial de ensino, buscava a formação de facilitadores com o objetivo de realizar um trabalho corpo a corpo com a população-alvo entre 12 e 19 anos, promovendo discussões sobre sexualidade, Aids, doenças sexualmente transmissíveis e sobre outros temas de interesse desta demanda.

A meta era a de capacitar, nesse primeiro ano, através de um sistema de treinamento de larga escala de multiplicadores, 50% do corpo docente da rede de ensino oficial do município. Aplicando dinâmicas variadas que abrangiam desde a troca de experiências, vivências, conhecimentos e atitudes diante de determinadas situações e crenças, os técnicos da saúde visavam preparar os professores para que pudessem refletir, junto a crianças, adolescentes e adultos jovens, sobre a vulnerabilidade desta parcela da população, apontando para ela as possibilidades e formas de prevenção desde o início da vida sexual, ao se adotar práticas seguras. A expectativa era de que os professores de todas as disciplinas buscassem estimular a participação da população-alvo (Programa Municipal de DST/Aids, 1996).

Esse projeto foi coordenado pelo Programa Municipal de Combate à Aids/DST até 1997, quando a Secretaria de Cidadania e Ação Social, através da Assessoria da Juventude, assumiu a coordenação. Essa passagem deveu-se, segundo o relato de uma das coordenações, ao entendimento à época de que a Assessoria, por ser um espaço recém-criado no município, seria fortalecida se alguns projetos voltados para a população juvenil fossem desenvolvidos sob sua coordenação.

A Assessoria, dentre outras propostas, apontava para um trabalho na área da saúde de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, em especial à Aids, e ao abuso de drogas, com o entendimento de que a parcela jovem da população, seguindo dados epidemiológicos, estaria particularmente exposta a tais riscos. Desse modo, na busca de estratégias para o combate à epidemia, a Assessoria iniciou o processo de estruturação do trabalho de prevenção, priorizando o jovem como agente capaz de promover ações entre seus pares da mesma faixa etária. Teria início, sob a coordenação da juventude da Secretaria da Cidadania e Ação Social, o Projeto Jovens Multiplicadores.

3. O Projeto Jovens Multiplicadores

As diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes do Ministério da Saúde, que exploramos no capítulo anterior, não deixaram dúvidas sobre seu compromisso com a população juvenil, ao menos em tese, pois elas traziam o entendimento de que as políticas públicas deveriam garantir a este segmento o acesso universal a todos os processos tecnológicos de promoção da saúde, de prevenção da doença e de assistência médica e social.

Ao analisar documentos dos técnicos do Ministério da Saúde responsáveis pela elaboração das diretrizes do trabalho com crianças e adolescentes, verificamos uma mudança de paradigma na maneira de conceber o jovem. Para a equipe ministerial, essa parcela da população não era vista como depositária passiva de valores externos, ausente de questionamentos e exposta a projetos que não viriam ao encontro de suas demandas. Ao contrário, percebemos nos primeiros anos da década de 1990 que as concepções presentes nesses documentos valorizavam crianças e adolescentes, garantindo sua autonomia individual e coletiva, respeitando as peculiaridades dessa etapa do desenvolvimento, seus princípios éticos e suas características culturais, sociais e psicológicas.

Nessa perspectiva, eles incorporam a idéia de participação no planejamento das ações, ou seja, é reconhecido e reafirmado o direito dessa camada

populacional de executar e avaliar as políticas e ações relativas à saúde e educação (Ministério da Saúde, 1999).

Como já relatado em outro momento, desde 1994, havia em Santo André, embora de forma embrionária, um trabalho de multiplicação de ações de prevenção em DST/Aids. Esse trabalho contava com o compromisso individual de alguns técnicos e, como pudemos constatar, não havia nenhuma estrutura organizada de parte do poder municipal.

A primeira coordenadora da Assessoria da Juventude declarou que a proposta envolvendo a prevenção com jovens, desde o início da administração, era prioridade:

“Era. Era e continua sendo, até onde eu conheço o trabalho que é desenvolvido hoje, essa proposta aqui foi uma das primeiras propostas em parceria com o Programa de DST/Aids aqui da Secretaria da Saúde de Santo André junto ao Ministério da Saúde, porque no ano de 97 inclusive era prioridade para o Ministério da Saúde desenvolver esse trabalho de prevenção com jovens em geral”. (R., 1ª coordenadora da juventude)

Cabe registrarmos que a primeira assessora da Juventude também acumulava a coordenação do Projeto Jovens Multiplicadores e já estava há alguns anos desenvolvendo o trabalho de prevenção com a população juvenil na área da saúde. A trajetória e experiência dessa assessora talvez justifiquem a prioridade que o projeto recebeu logo de início dentro da Assessoria da Juventude.

Dentre as propostas da Assessoria da Juventude, estava presente a formação de jovens para atuar como agentes de prevenção junto a seus pares da mesma faixa etária. Ao assumir esse projeto, a Assessoria se deparou com a seguinte questão: “Como estimular a participação, o processo de construção de cidadania e o protagonismo do jovem através de um projeto de prevenção à Aids e às DST?” (PMSA, s.d.).

Percebemos que os técnicos não tinham respostas prontas e, ao analisarmos documentos da Assessoria da Juventude, pudemos verificar que eles apontavam para algumas linhas gerais de atuação ressaltando a formação, informação e capacitação de jovens em seus diferentes aspectos, enfatizando que o objetivo maior

não seria apenas formar agentes de prevenção e sim “estimular os jovens sobre a necessidade de repensarem suas relações sociais e cotidianas como parte integradora da vida e exercício da cidadania” (PMSA, 1997).

Nesse processo e nas tentativas, muitas vezes fracassadas, os técnicos foram ampliando o entendimento da relação entre cidadania e participação juvenil, redesenhando esta proposta de forma que a prática pudesse mostrar aos poucos que o investimento num projeto com essas diretrizes pudesse apontar para o fortalecimento da auto-estima, da auto-realização e, principalmente, para um projeto de vida saudável para a população juvenil (PMSA, s.d.).

Para Cotrim, raramente os pressupostos filosóficos e os objetivos preventivos que envolvem os programas de prevenção são explicitados, o que acaba camuflando a concepção de sociedade e de ser humano que está por trás quando optamos por um modelo preventivo (Cotrim, 1992).

Como já dissemos na introdução desta dissertação, uma vertente que vem sendo trabalhada nos últimos anos por pesquisadores e educadores do mundo é a abordagem chamada de redução de riscos e surgiu em oposição ao modelo que, no caso das drogas, preconiza sua total eliminação e abstinência – as políticas de “guerra às drogas” (Cotrim, 1992).

Em relação ao Projeto Jovens Multiplicadores, embora não tenhamos encontrado explícito nos documentos analisados a opção por este último modelo preventivo, os textos que tratam dessas propostas trazem tal concepção, reafirmada nas entrevistas com os técnicos. Segundo a assessoria:

O Projeto Jovens Multiplicadores propõe mais do que uma formação de agentes de prevenção. Na verdade, ao desenvolverem suas tarefas específicas como oficinas, palestras e encontros, a fim de discutir sobre saúde, sexualidade e prevenção à Aids/DST, os jovens estarão numa ação solidária e cidadã contribuindo com a mobilização da sociedade na reflexão e na busca de soluções para as questões sociais e, ao mesmo tempo, estarão beneficiando diretamente a parcela juvenil, vítimas de um longo processo de exclusão social. (PMSA, 1997)

Vale dizermos que essa perspectiva de respeito e valorização da população juvenil foi sendo forjada num processo que se iniciou com o surgimento da Aids. Parker ressalta que, no momento em que os jovens entraram em cena na epidemia no Brasil, foram vistos como “problema” e rapidamente vários “especialistas” surgiram como os benfeitores que poderiam oferecer a solução. Ao realizar essa crítica às propostas verticais e engessadas que surgiram nos primeiros anos da década de 1990, Parker aponta para a construção coletiva do conhecimento nos moldes propostos por Paulo Freire (Paiva, 2000).

Em Santo André a Assessoria da Juventude enfatizava a importância do projeto, mas não de forma isolada, ou seja, visava assegurar os direitos da cidadania apontando para a necessidade de garantir à população juvenil acesso aos bens e serviços que promovessem sua saúde, educação e bem-estar. E, para tal, seria necessário elaborar políticas públicas voltadas de fato para o benefício da juventude, primando pela participação, planejamento, implementação e avaliação destas políticas (PMSA, 2000).

Em suma, o trabalho de prevenção poderia ser potencializado e obter respostas mais efetivas no meio juvenil se realizado através dos pares, ou seja, membros do próprio grupo, informando um ao outro e discutindo entre si, pois a facilidade de comunicação poderia trazer maior credibilidade e adesão à proposta, diminuindo, dessa forma, a prevalência do HIV entre a população juvenil do município. Constituir-se-ia “um trabalho de capacitação de jovens para serem agentes de prevenção em suas comunidades, locais de trabalho e entidades” (PMSA, 2000).

. Os multiplicadores repassariam as informações sobre sexualidade, drogas, DSTs, etc., esclarecendo-lhes as dúvidas e orientando-os para hábitos de vida mais saudáveis e a Assessoria entraria com suporte técnico e logístico.

Os critérios para seleção dos multiplicadores eram: ser jovem, ter facilidade de comunicação, ter interesse pelo tema, estar motivado pelo trabalho, ter consciência de seu papel político-transformador, conhecer a população-alvo e contar com a simpatia e aceitação dessa população.

As atribuições dos jovens agentes de prevenção eram:

- 1) Ser referência dentro de sua comunidade para dúvidas e orientação.
- 2) Ter responsabilidade com os compromissos assumidos e com seus desdobramentos ante à instituição e à população-alvo.
- 3) Participar das supervisões mensais.
- 4) Executar, em sua comunidade, ações de prevenção à DST/Aids.
- 5) Socializar, com os jovens de sua comunidade, as informações recebidas do Projeto Jovens Multiplicadores.
- 6) Elaborar relatórios, questionários e outros documentos que possam fornecer subsídios para avaliação e continuação de seu próprio trabalho.

A estrutura básica Projeto ainda era dada pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/Aids, e os técnicos em Santo André, ao estudarem tal proposta, mostravam certa preocupação em relação à metodologia que poderiam adotar para sensibilizar os jovens.

Segundo uma técnica envolvida com o planejamento do trabalho, essa preocupação advinha do fato de os programas de intervenção junto aos adolescentes, durante anos, trazerem sempre um tom moralista e impositivo, fazendo com que estes não se vinculassem à proposta.

Parker faz uma crítica contundente à forma como eram abordados junto aos jovens temas referentes ao desejo sexual, ao êxtase das drogas e à vulnerabilidade diante do HIV. Segundo esse autor, em meados de 1990, os técnicos envolvidos com uma proposta de educação baseada na troca e respeito ao educando, cujo objetivo era garantir a cada sujeito a possibilidade de, com liberdade, fazer suas escolhas, de decidir dentre o que julgava bom ou mau, justo ou injusto, assistiram o velho modelo bancário da educação sendo reproduzido por uma “geração de gerentes do comportamento humano: os técnicos da Aids” (Paiva, 2000).

Parker ainda comenta que estava aberto um campo promissor não apenas para os “técnicos”, mas também para os “teóricos” do comportamento humano na academia, e para os “especialistas” preocupados em barrar a epidemia no terceiro mundo, ou seja, surgiram diversos programas e teorias visando intervir no

comportamento e reestruturá-lo, pois nesse momento, segundo ele, a prevenção da Aids havia virado um exercício de *marketing* social, no qual a venda de preservativos para os consumidores sexuais seguia a mesma lógica da Coca-Cola para conquistar a liderança do mercado de refrigerante (Paiva, 2000).

De acordo com Parker:

A resposta à epidemia vem desses programas como receitas prontas para o condicionamento das condutas humanas, como se tais comportamentos se dessem independente dos contextos sociais, culturais e políticos em que os indivíduos estariam inseridos. (Paiva, 2000)

Sarda corrobora com essa posição de Parker ao afirmar que geralmente as crianças e adolescentes não são ouvidos e tampouco respeitados em suas opiniões, e é nesse ponto que ele vai dizer que reside o grande desafio, qual seja, “respeitar seus pontos de vista, garantindo-lhes a liberdade de participação dentro das suas possibilidades. Os programas elaborados e implementados por adultos sem participação de crianças e adolescentes talvez não atinjam as metas pretendidas” (Sarda, 2002).

Ainda com a preocupação de entendermos qual seria o verdadeiro papel do jovem ante o trabalho de prevenção, ateremo-nos alguns instantes ao instrumento de viabilização deste trabalho, ou seja, as oficinas. Estas, em todos os trabalhos pesquisados, apareceram como um espaço privilegiado de reflexão, de trocas, de possibilidades de mudanças de atitudes e de comportamentos. Buscamos entender o que se escondia por trás dessas, poderíamos dizer, metodologia ou forma de realizar uma atividade. Parece-nos que a idéia da oficina se contrapõe à prática de aula expositiva ou palestra, pois estas últimas não seriam propícias para uma participação ativa de todos os envolvidos, limitando-se à transmissão de conhecimentos e não proporcionando a reflexão crítica do conjunto, como nos diria Paulo Freire, “o educador seria o sujeito do processo; os educandos meros objetos” (Freire, 1970).

Nas oficinas em Santo André, percebíamos que eram grandes os esforços por parte dos técnicos de envolver o grupo de jovens que viriam a ser multiplicadores. Estava sempre presente a preocupação de se estabelecer um clima descontraído. A busca por dinâmicas e técnicas grupais era freqüente, embora não

tenhamos encontrado em nenhum documento as referências teóricas que orientavam essas oficinas.

À luz dessas considerações é que iniciamos a análise das principais propostas do Projeto Jovens Multiplicadores contidas num dos primeiros documentos da Assessoria da Juventude (PMSA, s.d.).

Os objetivos gerais referiam-se ao investimento visando restringir o ingresso de adolescentes no consumo de drogas bem como reduzir a transmissão de DST/Aids. Daí se desdobravam em ações mais detalhadas que visavam o aumento da percepção de risco dessa parcela populacional.

Os técnicos iniciavam um processo de sensibilização através de oficinas para a capacitação dos multiplicadores, por meio de discussões de conteúdos relacionados ao tema. Os multiplicadores também confeccionavam materiais instrucionais, entendidos como os recursos pedagógicos destinados à capacitação do pessoal, que poderiam ser apresentados na forma de livros, filmes, apostilas, jogos, guias de estudo dirigidos, manuais, dentre outros.

Os coordenadores buscavam favorecer a descontração dos participantes, com o objetivo de propiciar vivências junto aos grupos juvenis, sensibilizando-os sobre assuntos ligados à sexualidade, despertando a importância do auto-conhecimento e dos cuidados com o corpo, do respeito ao outro e de se aprender a lidar com as diferenças (PMSA, s.d.).

Em relação às propostas de intervenção, verificamos que o documento trazia como princípio fundamental o estímulo aos treinamentos para que os adolescentes viessem a atuar como agentes de prevenção de DST/Aids entre seus pares; e para que pudessem lançar mão de técnicas adequadas de ensino/aprendizagem para a sensibilização da população-alvo, visando o conhecimento sobre as DST/Aids, levantando e trabalhando os seus conhecimentos, medos, crenças e atitudes diante da Aids. O documento apontava ainda para a reflexão das formas de se identificar e dimensionar o risco de transmissão e de contágio das DST/Aids a que esses jovens estariam expostos, aprofundando não apenas o conhecimento, os preconceitos destes, mas também os sentimentos e situações de discriminação e exclusão que surgissem durante o trabalho grupal.

O trabalho será dirigido aos jovens que poderão trazer seus questionamentos e dúvidas para uma abordagem grupal, o que se supõe uma metodologia vivencial e de troca (...) os próprios jovens podem ser agentes de prevenção e facilitadores do acesso aos temas de relevância para a expressão da sexualidade como momento de prazer, como parte integradora da vida e exercício pleno de cidadania. (PMSA, 2000)

Vale registrarmos que tanto para a sensibilização e treinamento dos jovens multiplicadores como para as intervenções junto à população juvenil, não aparecia nos primeiros documentos com muita precisão como se daria cada momento desse processo. As concepções que nortearam as diretrizes, bem como as estratégias de ação, aparecem nos documentos iniciais de modo vago, deixando muitas dúvidas em relação ao papel que o jovem multiplicador teria na organização e planejamento das oficinas de capacitação e nas intervenções junto aos seus pares.

Percebemos também que as concepções desses primeiros documentos rapidamente foram sendo substituídas em função das constantes discussões e análises dos técnicos com os jovens, favorecendo que estes últimos pudessem repensar as propostas, reformulando-as.

A seguir apontamos os principais objetivos do Projeto, após esse processo de discussão:

- Sensibilizar a juventude quanto à problemática da DST/Aids.
- Capacitar os jovens da comunidade e os servidores da administração (entre 18 e 25 anos) para se tornarem agentes de prevenção. Os primeiros, em grupos da comunidade escolar, em igrejas locais ou em qualquer outro espaço que tenha tal demanda; os outros, no próprio local de trabalho.
- Incentivar a solidariedade para com os soropositivos.

- Estimular a formação de grupos de auto-ajuda na comunidade, principalmente com usuários de drogas, para auxiliar sua integração no meio em que vivem.
- Ampliar a participação dos jovens no Dia Mundial de Luta contra a Aids (Assessoria da Juventude, 1999).

Tentaremos relatar esse processo, seguindo o caminho dos envolvidos na proposta de implantação de um projeto cujo objetivo era ao mesmo tempo reduzir os riscos de contaminação das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a Aids, e motivar a reflexão sobre a importância de se exercer uma sexualidade plena com responsabilidade. O meio para se atingir esse duplo objetivo era garantir o acesso tanto às informações sobre saúde como aos bens e serviços necessários para o legítimo exercício de cidadania.

4. A história do Projeto – Primeira Fase (1997-1999)

Nosso contato inicial se deu com a primeira coordenadora da Assessoria da Juventude, R., assistente social há muitos anos. Ela recebera o convite para estruturar a Assessoria em 1997, por possuir experiência no trabalho com jovens, pois, como dissemos anteriormente, ela já desenvolvia atividades de prevenção à DST/Aids no Centro de Referência de Vila Guiomar, instituição de saúde ligada à Secretaria Estadual da Saúde:

“Desconhecemos que houvesse alguma proposta para a juventude especificamente aqui na região do ABC antes da gestão Celso Daniel de 97 a 2000. Essa proposta estava contida no programa de governo do atual prefeito, e esse inclusive é o documento que dá pelo menos as diretrizes centrais de como deveria se encaminhar o trabalho da gestão 97-2000. A proposta surgiu desde o início do governo em janeiro de 97, pois eu iniciei na Assessoria da Juventude em março de 97, sendo que uma das primeiras tarefas que foi delegada a mim era estruturar o curso e o próprio projeto que já havia no plano de governo. Era o Projeto Jovens Multiplicadores, cuja proposta era de se incentivar jovens da própria

comunidade na formação para poderem ser multiplicadores na comunidade de origem". (R., set. 2000)

Vale aqui reafirmarmos que o Projeto Jovens Multiplicadores bem como o Centro de Referência da Juventude eram reivindicações da militância jovem do Partido dos Trabalhadores e promessa de campanha do candidato a prefeito Celso Daniel. Como ressaltado em outro momento, tais reivindicações posteriormente foram discutidas nas plenárias do Orçamento Participativo, espaço onde se delibera sobre os investimentos públicos municipais (Almeida, 2001).

Procurando concretizar o propugnado no programa de governo do PT (1996) no qual encontra-se a proposta de adoção de política "de combate à Aids, que passe por campanhas de prevenção e esclarecimento", a Assessoria da Juventude aliada ao setor Saúde e a alguns jovens da cidade organizaram o Projeto Jovens Multiplicadores. (Almeida, 2001)

Esses jovens tinham como objetivo principal, com o Projeto Jovens Multiplicadores, organizar um "coletivo" juvenil que tomasse para si a responsabilidade de disseminar junto a seus pares informações sobre as drogas e as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a Aids, visando a prevenção.

Para tanto, a coordenação começou a investir no Projeto em parceria com o Programa Municipal de DST/Aids. Essa parceria foi importante para o desenvolvimento das atividades desde o início, e ao Programa Municipal coube a tarefa de repassar verbas vindas do Ministério da Saúde ao Projeto, além da participação na elaboração das oficinas de sexualidade e posterior acompanhamento das intervenções dos multiplicadores em campo.

Ainda em 1997, a Assessoria da Juventude iniciou o trabalho de prevenção em diversas regiões da cidade (Cata Preta, Palmares, Bela Vista, Parque Andreense, Praça Internacional e Parque Novo Oratório), atingindo um público de aproximadamente 400 jovens. Os técnicos procediam do seguinte modo: iam até os bairros pré-selecionados e promovem encontros nos quais discutiam temas como

doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids, sexualidade e drogas, buscando esclarecer as dúvidas que surgiam.

Esses encontros ocorreram ao longo de 1997 e a seleção dos bairros seguiu perfil epidemiológico, ou seja, eram regiões periféricas da cidade com uma população com baixa condição sócio-econômica, apresentando altos índices de infecção pelo HIV, gravidez entre adolescentes, morbidade e mortalidade por causas externas e consumo de drogas (PMSA, 2000).

Os responsáveis contavam com várias possibilidades de dinâmicas de grupo e outras técnicas de sensibilização, com o intuito de mobilizar e estimular a participação dos adolescentes, criando um clima descontraído para que eles pudessem se posicionar. Aqueles que mostrassem interesse pelo trabalho eram convidados a conhecer melhor a proposta e, assim, iniciar as oficinas de formação visando a capacitação. Destacamos que anteriormente já fora traçado um perfil das características que o adolescente deveria possuir para que pudesse vir a ser um multiplicador.

Ao final de 1997 os esforços dos técnicos resultaram no primeiro grupo de jovens interessados em participar do processo de formação, que teria início no primeiro semestre de 1998 com a supervisão da Assessoria da Juventude. Podemos dizer que esses jovens passaram pelas oficinas de sensibilização e foram selecionados pela equipe técnica do projeto de acordo com critério pré-definidos pelo Ministério da Saúde. Esse grupo denominou-se (nome criado pelos próprios integrantes) Jamaica – Jovens Agindo e Multiplicando as Informações no Combate à Aids/DST – e passaram por um programa de formação e treinamento, que incluiu além do repasse de informações, avaliações periódicas durante um ano. A princípio, esse trabalho não seria voluntário, segundo a primeira assessora da juventude, estava previsto no momento de execução das oficinas o recebimento de uma verba por hora-atividade.

O grupo Jamaica era formado por vinte adolescentes oriundos de diversos bairros do município. Pertenciam à classe média baixa, tinham, na época, aproximadamente 16 anos e todos estudavam – a grande maioria cursava o ensino médio em escolas públicas. Entre eles havia jovens de ambos os sexos provenientes de diferentes grupos organizados da cidade, ou seja, havia participantes do Centro

Comunitário Bela Vista II, da União da Juventude Socialista, da Juventude do PT, da União Municipal dos Estudantes Secundaristas (UMES), da Pastoral da Juventude, de grêmios das escolas e do Movimento Hip Hop.

Os anos de 1997 e de 1998 foram dedicados à formação desses jovens multiplicadores. Durante esse período discutiram e refletiram sobre a temática da Aids e das outras doenças sexualmente transmissíveis. Vale ressaltar que as dinâmicas e técnicas grupais, bem como os conteúdos, eram planejados por profissionais de nível universitário, com enfoque multidisciplinar, visto que o grupo era composto por: assistente social, terapeuta corporal com especialização em coordenação de grupos, psiquiatra, infectologista, ginecologista, pediatra com especialização em adolescência, artista plástica, médico psicanalista e pedagoga. Esse processo de formação contou com oficinas vivenciais que buscavam desmistificar preconceitos e ressignificar conceitos.

Os temas trabalhados e os objetivos que buscavam alcançar eram: **sexualidade** – conhecer o próprio corpo, conhecer o outro(a) e respeitar seus limites –; **construção da identidade** – criar um espaço para expressão do imaginário –; **drogas e métodos contraceptivos** – informar quanto às práticas de contracepção e prevenção ao uso de drogas –; **sexualidade na adolescência** – trabalhar as modificações físicas, os aspectos emocionais, o desenvolvimento psicológico e a gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos –; **mulher, corpo e cotidiano** – trabalhar as questões de gênero, incluindo questões como a violência e a vida saudável–; **drogas e suas implicações na vida dos jovens** – informar quanto aos problemas físicos e psíquicos causados pelo uso indevido ou abusivo das drogas –; **juventude e poesia** – proporcionar uma aula aberta sobre poesia, objetivando uma preparação para o Dia Mundial de Luta Contra a Aids (PMSA, 1998).

As oficinas ocorriam duas vezes por semana com duração média de quatro horas. Não conseguimos precisar quantos encontros ocorreram entre os técnicos e o Jamaica, mas analisando os documentos de planejamento das atividades do Projeto Jovens Multiplicadores da Assessoria da Juventude no ano de 1998, percebemos que houve um grande investimento em capacitação, pois o calendário era

intenso e mobilizava profissionais com grande acúmulo de tarefas e responsabilidades na área de saúde no município.³⁵

Algumas atividades programadas, envolvendo outras instituições locais importantes, chamaram-nos a atenção para o cuidado dos técnicos com a formação desse grupo. A título de exemplo, citamos o treinamento com a equipe do Ambulatório de Adolescentes da Faculdade de Medicina do ABC. Nessa ocasião, foram trabalhados os temas: modificações físicas na adolescência, aspectos emocionais e desenvolvimento psicológico, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos. Houve também oficinas sobre doenças sexualmente transmissíveis realizadas pela disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da mesma faculdade.

Percebemos ainda a preocupação em abranger temas que viessem fornecer ao multiplicador uma visão integral do adolescente. Citamos como exemplo a Oficina para a discussão e entendimento do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), além de temas como a discriminação e o preconceito de gênero e de raça e a violência contra a mulher.

As visitas tinham como objetivo conhecer o trabalho desenvolvido pelas instituições. Como exemplo, citamos o Pampa, atendimento para adolescentes grávidas da Faculdade de Medicina. Houve também o acompanhamento de organizações governamentais e não governamentais que atendem pessoas soropositivas para o HIV.

³⁶

Havia reuniões de avaliação das atividades realizadas entre os multiplicadores, a Assessoria da Juventude e o Programa Municipal de DST/Aids. Os técnicos entendiam que ao final desse processo os jovens estariam aptos para iniciar o trabalho junto ao público juvenil.

Ao final da capacitação, em 1999, o grupo Jamaica iniciou as oficinas de multiplicação em dois tipos de espaço: as escolas do ensino fundamental da rede estadual e os centros comunitários. Realizaram também algumas oficinas no CRJ.

³⁵ Como por exemplo o dr.Humberto B. Ondas, coordenador técnico do Ambulatório de Referência para Moléstias Infecciosas (Armi). Era ele quem discutia com o grupo as questões técnicas relativas às DST/Aids.

³⁶ Estas visitas eram realizadas com o micro-ônibus da PMSA.

Embora desde o início a proposta fosse a implementação de ações na comunidade como um todo, atingindo inclusive os adolescentes que estivessem fora da escola, naquele momento os técnicos avaliaram que o espaço escolar seria privilegiado para o desenvolvimento dessas atividades por ser um espaço educativo cuja população, majoritariamente, é formada por jovens. Outro fator que pesou na opção por agir nas escolas foi o fato de os agentes de prevenção, em sua grande maioria, serem militantes do movimento estudantil.

A estratégia de trabalho pressupunha uma construção coletiva, na qual os objetivos e métodos a serem utilizados partiriam das sugestões dos técnicos, mas não de forma rígida. Destacamos que esse grupo possuía uma certa autonomia e buscava formas próprias de atingir e vincular-se ao grupo, apesar das dificuldades e muitas vezes insegurança, a maioria dos multiplicadores se colocava nas oficinas como coordenador ativo, ao lado do técnico. Nesse sentido, apreendemos em algumas entrevistas situações de tensão entre multiplicador e técnico devido à forma pela qual os primeiros conduziam as oficinas.

Ayres indica que o papel técnico é o de propor formas de prevenção, pois ninguém poderá avaliar melhor o que é importante para a vida das pessoas do que elas próprias. Diz ainda que é nessa troca e construção conjunta que o grupo acaba por encontrar e refletir sobre outras formas de prevenção que não foram pensadas anteriormente, ou seja, o ponto de chegada nunca está dado, não há um modo único, trata-se antes de um caminho (Ayres, 1996).

Ayres reafirma que o trabalho preventivo eficaz não tem uma fórmula única e definitiva, pois as soluções emergem das realidades locais e, assim, vão se transformando. Os caminhos têm que ser abertos, como, por exemplo, ocorreu com a comunidade *gay* norte-americana na década passada. Diante das recomendações de abstinência ditadas pelas autoridades sanitárias, essa comunidade reagiu, assumindo uma atitude ousada e criativa. Por intermédio de discussões grupais foram em busca de novas possibilidades de alcançar o desejo sexual e de viver a sexualidade sem que se expusessem ao HIV. Criaram as oficinas de sexo seguro, utilizadas atualmente como estratégias preventivas em todo o mundo (Ayres, 1996).

No caso de Santo André, acompanhamos os técnicos neste esforço contínuo de tentar adequar as metodologias e dinâmicas com a finalidade de estabelecer um diálogo com o multiplicador que fosse frutífero, subsidiando-o para que pudesse desenvolver a proposta de educação preventiva de forma satisfatória. Relembramos que o multiplicador deveria possuir determinadas características pessoais, dentre elas, capacidade de liderança e comunicação, condição fundamental para que pudesse, após o processo de formação, iniciar a fase de multiplicação junto à população juvenil. Na prática não se tratava apenas de repassar as informações que receberam durante meses, a tarefa era muito mais complexa.

Este monitor juvenil estaria na coordenação do processo de modo a trazer para o grupo a reflexão dos temas ligados a sexualidade, e de tudo que emergisse da discussão desse tema, ou seja, tabus, preconceitos, fantasias, informações distorcidas. Enfim, era mais do que falar da importância do uso da camisinha, o monitor deveria levantar com o grupo todas as dificuldades e obstáculos que o jovem encontrava para exercer sua sexualidade sem expor-se a riscos.

Em relação às atividades de multiplicação, foram realizadas algumas oficinas-piloto na escola Professor Nicolau Moraes Barros, no Bairro Silveira, ao final de 1998. Foram realizadas quatro oficinas de duas horas com os alunos do ensino médio (1º ao 3º colegial), cuja coordenação coube a dois multiplicadores. Os técnicos não permaneciam em sala de aula, apenas planejavam anteriormente as atividades com os jovens.

Vale observar que, embora durante o planejamento das atividades a prioridade foi o investimento nos alunos do ensino fundamental, a escola solicitou um trabalho com os alunos do ensino médio. Os envolvidos no projeto resolveram atender essa solicitação.

Como dissemos acima, houve a promessa por parte da Assessoria da Juventude que os multiplicadores receberiam um pagamento pelas oficinas realizadas, o que não se concretizou. Em função desse fato os jovens dispersaram-se, assim, não se avaliou a repercussão dessas oficinas na escola mencionada.

O processo foi retomado em 1999, ainda com a promessa de remuneração para os agentes juvenis de prevenção. O grupo realizou oficinas em aproximadamente

dez escolas, duas delas se localizavam nos municípios de Mauá e Ribeirão Pires. Fizeram intervenções também na comunidade do Jardim Carla.

Os conteúdos abordados giravam em torno de questões ligadas à sexualidade, focando o trabalho nas oficinas de sexo seguro e, dessa forma, os temas que sempre estavam presentes eram: gênero, corpo, dos pontos de vista reprodutivo e erótico, Aids e DST, práticas sexuais, namoro, gravidez e dependência às drogas.

Na avaliação da segunda coordenação o módulo drogas sempre ficou relegado a segundo plano. Embora nas oficinas de formação o assunto tenha sido contemplado, na fase de multiplicação a coordenação avaliou que muito pouco ou quase nada foi abordado. Para ela, talvez estes multiplicadores não tenham se sentido suficientemente esclarecidos e seguros para entrarem neste campo.

Nas oficinas participavam adolescentes de 12 a 18 anos, das 6ª, 7ª e 8ª séries e do primeiro colegial. O contato com a escola era feito pelos técnicos ligados ao projeto, mas os jovens multiplicadores facilitavam esse contato, pois eles tinham envolvimento com o grêmio estudantil da maioria das escolas.

“A gente passou por um curso de formação de base de mais ou menos um ano, um ano e pouco. E aí começamos a dar algumas oficinas em escolas, a gente até aproveitou o contato com os grêmios, daí casamos.” (Pedro, vinte anos, grupo Jamaica)

A título de ilustração relatamos a seguir o planejamento de uma oficina realizada por dois integrantes do grupo Jamaica juntamente com os técnicos no segundo semestre de 1999. Transcrevê-lo-emos na íntegra por entendermos que este fornece elementos que nos auxiliam na apreensão da dinâmica e do preparo dos integrantes do grupo Jamaica.

Objetivos: A realização desta oficina tem como objetivo propiciar aos jovens adolescentes frequentadores do CRJ uma vivência de sensibilização sobre o assunto Aids/DST, despertando a importância do auto-conhecimento e dos cuidados com o corpo.

Conteúdo programático previsto: Discutir com o grupo de adolescentes a necessidade de cuidar-se, preservação, limites e responsabilidades no uso do corpo e trabalhar a auto-estima. Apresentação: Os coordenadores se apresentam ao grupo e dão algumas orientações sobre o objetivo e a importância desse trabalho. Tempo: 10 minutos

Aquecimento: Dinâmica – Classificação – toque no corpo. Objetivo: Discutir sobre os direitos dos jovens de exercer sua própria sexualidade com responsabilidade e cuidados. Trabalha-se também com o auto conhecimento, com a percepção do outro, com o preconceito e com a auto-estima. Tempo: 30 minutos. Sensibilização: Dinâmica – Quantos As existem em um A. Objetivo: Discutir sobre a importância do convívio com as diferenças. Pode ser muito difícil aceitar que não somos o centro do mundo nem os donos da verdade, mas é fundamental para uma convivência saudável. Se não reconhecermos o direito do outro ser como é, também abrimos espaço para que o outro, com o preconceito e principalmente com a construção da solidariedade no enfrentamento da epidemia da Aids. Tempo: 30 minutos

Encerramento: Dinâmica – Ninguém com ninguém Objetivo: O objetivo é discutir sobre a importância de se procurar ajuda para resolver certos problemas e saber quais são os recursos e pessoas que estão ao nosso alcance. Por vezes, sentimentos como vergonha, insegurança e medo de se expor, podem dificultar que a pessoa procure a ajuda de alguém. Por isso, ouvir opiniões, obter informações e trocar idéias são recursos importantes que devem ser utilizados, bem como séria reflexão pessoal no momento de tomar uma decisão. Tempo: 30 minutos.

Ao analisarmos a trajetória desses jovens durante esse processo, pudemos verificar que o projeto teve grande impacto na sua formação, abrindo portas que lhes possibilitaram refletir sobre seus preconceitos e tabus, pois começaram a enxergar as questões ligadas à sexualidade com um outro olhar. Cabe observar que nos pareceu que o maior impacto do projeto deu-se na vida pessoal dos participantes, ou seja, a multiplicação das ações nos diversos espaços juvenis foi mais frágil e sem grande repercussão no seio desta parcela da população.

Infelizmente, aos poucos os jovens multiplicadores foram se afastando. Verificamos que um dos maiores obstáculos foi a falta de infra-estrutura adequada para o

desenvolvimento das oficinas nas escolas, inclusive por questões financeiras, pois alguns dos multiplicadores não possuíam o dinheiro do transporte para chegarem até os locais onde se desenvolviam os trabalhos.

Os problemas não pararam por aí. Verificamos que outro entrave significativo comprometeu as intervenções: a resistência de alguns diretores de escolas em abrir sua unidade para esse projeto. Uma das falhas residiu na comunicação, pois como foi dito anteriormente, se os coordenadores do projeto tivessem assumido esta interlocução de forma mais oficial, as escolas talvez tivessem uma maior adesão ao projeto.

Outro ponto que entendemos ter contribuído para a paralisia do projeto foi a troca de coordenação. R. foi convidada para a Assessoria do Idoso e aceitou o convite. À primeira vista, sua saída para dedicar-se a uma outra parcela da população dentro da mesma secretaria poderia parecer um simples remanejamento em função de ajustes burocráticos ou da necessidade de pessoal qualificado para atender uma outra demanda. Mas assim que nos aproximamos, tivemos a oportunidade de verificar uma série de embates e conflitos no interior da assessoria que talvez justifiquem a saída de R.

Almeida (2001) deixa evidente em sua pesquisa as disputas que os diversos grupos juvenis travaram para a ocupação do Centro de Referência da Juventude e, nessa ocasião, a mesma Assessoria da Juventude encontrava-se no centro dos debates. Questões referentes à maneira e à forma pelas quais esse espaço seria ocupado e o aparelhamento do centro por alguns setores ligados às entidades estudantis levaram à exclusão da grande maioria dos jovens andreenses. Foi em meio a esse turbilhão de indefinições, de falta de ações concretas e de insatisfações dos segmentos juvenis que a coordenação resolveu deixar o cargo, em 1999.

É procedente destacar que a primeira coordenadora do projeto era também a assessora da juventude, quando de sua saída, há um desmembramento dos papéis, ou seja, uma técnica assume a assessoria e outra a coordenação do projeto e do CRJ.

Em seguida, assumiu o cargo uma profissional que possuía experiência anterior em trabalhos da administração pública voltados para a juventude. Nesse momento, o Projeto Jovens Multiplicadores estava sob a coordenação do Centro de Referência da Juventude e ambos sob a responsabilidade de M., uma assistente social.

Essa profissional nos disse em entrevista que a vinculação do projeto ao CRJ visava adequar os papéis de cada instância, ou seja, a Assessoria da Juventude teria a função de articulação política, objetivando a efetivação das demandas juvenis junto a administração municipal, ao passo que o CRJ seria o executor dessas demandas.

Vale dizer que outros fatores concorrem para que as ações de prevenção não tenham obtido um impacto maior nas escolas. Isso não ocorreu apenas no município de Santo André, mas na grande maioria das cidades brasileiras, como constataram as coordenadoras da pesquisa “Avaliação das Ações de Prevenção às DST/Aids e Uso Indevido de Drogas nas Escolas de Ensino Fundamental e Médio em Capitais Brasileiras”. Fatores que vão desde falta de institucionalização das ações de prevenção, falta de sistematização dos processos de avaliação até a falta de capacitação dos professores e de materiais instrucionais específicos indicam a fragilidade desse cenário.

Para as coordenadoras da pesquisa:

a falta de organicidade observada nas ações de prevenção resulta, em grande parte, do próprio processo de descentralização, na forma assumida no Brasil, conseqüência do seu desencontro frente à resistências impostas por uma história marcada por acentuada centralização. Ou seja, não há, no país, uma tradição de políticas públicas descentralizadas, ao contrário. E isso, muitas vezes, faz com que as iniciativas de descentralização acabem resultando numa pulverização das ações e torna pouco viável o controle sobre as metas, a seleção das atividades, dos beneficiários, a produção e uso do material, etc. Afeta, por outro lado, a própria consolidação e institucionalização das políticas públicas, programas e projetos, bem como seus respectivos resultados e impactos. (Rua e Abramovay, 2001: 62)

Em suma, poderíamos apontar que os cortes de verbas do Ministério da Saúde, problemas com a troca de assessores da juventude, a saída de técnicos sem a devida reposição, a falta de uma intervenção junto a comunidade escolar e a ausência de planejamento e metas levaram a proposta em questão ao esmorecimento e paralisia.

Não poderíamos deixar de registrar, ainda, que havia o desejo de parte do grupo de multiplicadores de formar uma organização não governamental visando à

continuidade das oficinas no município de forma autônoma. Como essa posição não refletia a totalidade das opiniões, houve tensões que contribuíram para o esvaziamento do grupo.

Ressaltamos que a segunda coordenadora também avaliou que houve uma certa inabilidade, por parte do poder público, em mediar esses conflitos e auxiliar na sua superação, pois, segundo ela, parte dos jovens poderiam até mesmo criar uma ONG.

“Infelizmente, na época faltou sensibilidade às autoridades públicas para captar essa demanda e colaborar na operacionalização da mesma.” (M., 2000).

5. A história do Projeto – Segunda Fase (1999-2001)

Como já foi observado, em 1999 foram realizadas alterações na Secretaria de Cidadania e Ação Social, inclusive com mudanças na coordenação da Assessoria da Juventude e do Centro de Referência da Juventude.

Quando da execução das oficinas no primeiro semestre de 1999, a coordenação nos relatou que as dificuldades já sentidas no ano anterior ficaram evidentes. Essas oficinas eram realizadas nas escolas com a coordenação do primeiro grupo de adolescentes capacitados pelo Projeto Jovens Multiplicadores, o que limitava o alcance do projeto quanto a forma como eram desenvolvidas as ações, isto é, terminada a série de encontros, os multiplicadores iniciavam o trabalho em outra escola comprometendo a continuidade das atividades, pois os alunos acabavam por não se vincular ao multiplicador, e assim não construíam a referência necessária para os desdobramentos seguintes.

Ainda em 1999, os técnicos realizaram avaliações e elencaram os erros e dificuldades, buscando a superação dos mesmos nas novas fases do projeto que se iniciariam em 2000. Um dos problemas incidia sobre os recursos financeiros do projeto. Consideravam, diante da experiência anterior, que se não conseguissem, ao menos,

uma ajuda de custo para o transporte e para o lanche do multiplicador, o trabalho estaria seriamente comprometido.

O depoimento da mãe de dois membros do grupo Jamaica retrata as dificuldades, mas também o interesse e o esforço dos jovens:

“E teve dia que eles perderam de ir a oficina por que não tinham dinheiro para dar para eles irem de ônibus, muitas vezes eles foram a pé para ganhar o passe lá para depois vir embora. Muitas vezes eles foram daqui pro centro a pé”.

Ainda nesta fase de avaliação os técnicos propuseram a formação de um grupo composto por técnicos e jovens para a elaboração de materiais educativos específicos para adolescentes. Entendiam que havia necessidade de uma integração mais efetiva com as demais secretarias e a contratação de assessoria externa. Esta última teria como função primordial capacitar, acompanhar e supervisionar os jovens em todas as fases do processo, desde o início da formação dos mesmos até a realização das oficinas.

Enfim, a falta de delimitação da área de atuação do projeto acrescida da pouca clareza dos multiplicadores sobre as suas atribuições, aliadas ainda à falta de indicadores e de instrumentos adequados para mensurar e avaliar as ações que pudessem nortear os trabalhos, levou a coordenação técnica a rever os objetivos do projeto trazendo para o debate as dificuldades que o grupo Jamaica estaria enfrentando para o desenvolvimento das oficinas. Lembramos que havia interesse dos técnicos em chamar todos os multiplicadores para essas discussões, mas houve pouco retorno destes, talvez por estarem, naquele momento, desarticulados.

Frente a tal situação, os envolvidos na Assessoria da Juventude, no Centro de Referência e no Programa Municipal de DST/Aids iniciaram a reestruturação do Projeto Jovens Multiplicadores. Ao final desse processo enfatizaram a necessidade de reorganização, sistematização e avaliação das ações ampliando as parcerias tanto na área pública como junto à sociedade civil. Dentre as suas propostas, estava a delimitação da área de atuação visando facilitar o acompanhamento das ações desenvolvidas, pois avaliaram que o bairro – a comunidade de origem desses jovens – seria o local privilegiado para o desenvolvimento da prevenção. Assim poderiam estar

presentes e acompanhá-los diariamente. A meta principal passou a ser a capacitação de jovens lideranças locais com inserção na comunidade.

Podemos perceber nesse momento mais uma tentativa dos técnicos envolvidos em “salvar o projeto”, visto que em meio a tantas dificuldades e diante da total falta de infra-estrutura abandonaram o caminho das oficinas preventivas nas escolas públicas do município. Apontaram para uma territorialização das intervenções, acreditando que com essa mudança de eixo o projeto teria mais sucesso e superaria a fase anterior, saindo da letargia e se inscrevendo em momento onde as ações pudessem fluir e finalmente cumprir seu principal objetivo: diminuir a contaminação pelo HIV e a disseminação das demais DST entre a população juvenil andreense.

Em relação à estrutura do projeto, esta seguiu, como na primeira fase, três etapas: primeiro, a sensibilização, depois os interessados eram iniciados nas oficinas de capacitação, etapa que envolvia apenas aqueles jovens que mostravam interesse em aprofundar os temas, segundo a coordenação do projeto. Era esse o critério de seleção. A terceira fase consistia na multiplicação das ações, onde o jovem teria o acompanhamento e supervisão dos técnicos do projeto e da organização não governamental contratada para este fim. O objetivo era a criação de mecanismos que atingissem a população-alvo através de ações personalizadas e elaboradas a partir da “necessidade” de cada comunidade.

Ao final da revisão do projeto os técnicos envolvidos realizam consultas a ONGs especializadas na área de sexualidade e prevenção junto a população juvenil, para desta forma reiniciar o processo de seleção dos adolescentes que viriam a ser os novos multiplicadores.

Após pesquisar diversas instituições, contrataram, através do Programa Municipal de Controle à Aids/DST, o Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS), uma organização não governamental fundada em 1987 e formada por uma equipe multidisciplinar que realiza trabalho e pesquisa na área da sexualidade humana.

O GTPOS presta assessoria, consultoria e implantação de projetos em Sexualidade e Prevenção das DST/Aids, atendendo escolas, empresas e outras organizações, bem como profissionais e estudantes das áreas de

Educação e Saúde, líderes comunitários, adolescentes, mídia e o público em geral.” (GTPOS,1999)

Nessa fase, em abril de 2000, já com o GTPOS na supervisão, foram realizadas duas oficinas de sensibilização no Parque Andreense, em Cata Preta e em Palmares. Constatamos que tais bairros foram selecionados porque a Assessoria da Juventude já desenvolvia neles trabalhos na área do meio ambiente.³⁷ Nesse sentido aproveitaram o espaço já aberto pela Assessoria da Juventude para ampliar as atividades, fazendo a divulgação das atividades do projeto por meio de cartazes que eram afixados em locais públicos. Esse processo foi finalizado com o I Encontro de Sensibilização do Projeto Jovens Multiplicadores que:

“teve como objetivo vivenciar um momento de integração entre os jovens que participaram das oficinas de sensibilização. Foi um momento muito importante no processo de construção do projeto porque mesmo após um longo período sem atividades, conseguimos trazer os jovens do grupo Jamaica para participarem da atividade e reunimos um número de 60 jovens de diversos bairros da cidade.” (Segunda Coordenadora)

A intenção desse encontro era trazer para o debate a vulnerabilidade juvenil andreense, exposta aos mais diversos riscos, por meio da apresentação dos números de contaminação pelo HIV e outras DST no município, da discussão sobre a importância dessa parcela da população assumir o seu papel de agente transformador, lançando mão de estratégias que atingissem os demais jovens.

Embora a coordenação tivesse ficado entusiasmada com o número de jovens que compareceram ao encontro, a fase seguinte não obteve o mesmo êxito,

³⁷ A Assessoria da Juventude já estava realizando um trabalho sobre educação ambiental, *Projeto GEPAM (Gerenciamento Participativo em Áreas de Mananciais)*, Projeto em parceria com diversas secretarias (SEMASA, Educação e Profissional, Saúde, Cultura, Esportes e Lazer, Inclusão Social e Habitação, Serviços Municipais, Participação e Cidadania e Combate à Violência Urbana)

pois não houve número suficiente de jovens que correspondesse ao perfil desenhado pela equipe para dar continuidade às fases seguintes das oficinas.

A coordenação do projeto assim nos descreveu as razões da busca de novos pares para a reestruturação do trabalho:

“tivemos dificuldades na coordenação do grupo de jovens que se apresentava bastante disperso e com grande dificuldade de organização e articulação para o desenvolvimento dos trabalhos. Assim, preocupados com essa instabilidade do grupo, iniciamos vários contatos com outros jovens multiplicadores para que os jovens pudessem conhecer outros trabalhos, fortalecer intercâmbios e desenvolver novas ações.” (2000)

Assim, são agendados para junho de 2000 novos encontros juvenis com atividades culturais nos bairros Parque Andreense, Jardim Irene e Jardim Carla. O primeiro, como já foi dito acima, vinha sendo trabalhado pela assessoria e nos demais os técnicos contavam com grupos organizados de jovens ligados ao Movimento Hip Hop, em especial grafiteiros, que iniciavam atividades de prevenção com a juventude.

Nesses encontros, os técnicos reapresentavam o projeto explicando a sua proposta e os interessados eram encaminhados para as oficinas de capacitação. Para chamar a atenção dos jovens do bairro, a Assessoria da Juventude divulgava o início das atividades em espaços públicos durante algumas semanas, através de cartazes, panfletos e atividades relâmpagos com adolescentes já inseridos no trabalho (jogral, apresentação de músicas, teatro etc.), convidando-os para um bate-papo com dia e local marcado previamente. No dia marcado, os técnicos e uma jovem do grupo Jamaica dirigiam-se para as comunidades citadas e realizavam oficinas de sensibilização, que consistia na discussão de temas ligados à sexualidade e drogas. Depois disso, aqueles que mostrassem interesse em vir a ser um multiplicador eram convidados a participar de outros encontros.

Desta feita o empenho dos técnicos foi recompensado, pois o processo culminou com a nucleação nesses bairros de três grupos de jovens interessados. A coordenação do projeto à época nos relatou:

“o fato de serem jovens trabalhando com seus pares da mesma faixa etária trará resultados positivos, pois falam a mesma linguagem, usam as mesmas expressões e sentem as mesmas dúvidas. Muitos jovens participam do Movimento Hip Hop e a partir da expressão que eles conhecem, ou seja, o *rap*, fazem, por exemplo, rimas sobre o uso da camisinha e grafite sobre o tema da sexualidade”. (Segunda Coordenadora, 2000)

Ainda em junho de 2000 foi desencadeado o processo de capacitação desses jovens no Parque Andreense. Os temas estudados em cada encontro estavam relacionados à sexualidade (gravidez, aborto, namoro, sexo seguro, etc). No Jardim Carla, as reuniões eram às terças-feiras, o processo se estendeu de junho a dezembro de 2000, com supervisão semanal de três horas no Posto de Saúde do bairro.

Nos bairros Jardim Irene e Cata Preta o trabalho não conseguiu estruturar-se do mesmo modo. Os jovens participaram do encontro geral de sensibilização, e ao final optaram por participar apenas dos eventos maiores, gerais, não dando seqüência as fases seguintes do projeto. Houve alguns *workshops* na Escola Estadual Professora Ordânia Janone Crespo com agentes de saúde do posto que haviam sido treinados pelo Programa Municipal de DST/Aids. Eles realizaram algumas atividades rápidas em prevenção, mas o projeto não teve continuidade.

No Parque Andreense os jovens freqüentaram com regularidade as oficinas de sensibilização coordenadas pelo GTPOS, realizadas mensalmente de março a maio. Já na fase de capacitação – agosto a dezembro de 2000 – passaram a freqüentar os encontros semanais às quartas-feiras, com duração média de três horas, na Escola Estadual Professora Miquelina Pedroso Magnan.

As oficinas de multiplicação eram realizadas nas salas de aula da mesma escola em que eram realizadas a capacitação e a supervisão. Os multiplicadores trabalhavam com as 5ª séries e atuavam em grupos de 3 ou 4 coordenadores nas atividades, assim sentiam-se mais seguros. Utilizavam vídeos educativos sobre esses temas e o técnico auxiliava nas discussões. As dinâmicas eram aplicadas como meio para levar os jovens à descontração e ficarem mais à vontade para se posicionar. As questões que os adolescentes mais formulavam diziam respeito às drogas e seus

efeitos. Questões referentes a aspectos mais íntimos eram feitas depois do término das oficinas.

Cabe observar que a volta do projeto para o espaço escolar deveu-se ao fato de os técnicos ligados ao projeto encontrarem espaço promissor, num primeiro momento, dentro das instituições de ensino.

Houve algumas intervenções externas na sub-prefeitura do bairro, onde o grupo transmitiu as informações sobre DST/Aids sob a forma de jogral. Os multiplicadores distribuíam materiais educativos. Nos festivais de *break*, grafite e em *shows*, o movimento *Hip Hop* sempre levava aos jovens mensagens sobre o tema. Fizeram inclusive uma música sobre as DST e outras vezes transmitiram as mensagens através de peças teatrais.

A coordenação do projeto também destacou que os jovens do Parque Andreense tiveram um intercâmbio muito grande com os multiplicadores dos outros bairros. Realizaram atividades no Centro de Referência da Juventude para a população juvenil em geral e visitaram vários locais de grande presença juvenil no município, como a Casa da Palavra, Casa do Olhar, o grupo cultural Revolucionarte, dentre outros.

Vale ressaltar que embora o GTPOS realizasse o seu trabalho a contento, o acúmulo de compromissos dessa organização não governamental resultou na impossibilidade de continuar supervisionando o projeto, para isso foi contratada, em concordância com o Programa Municipal de DST/Aids, a organização não governamental Centro de Educação para a Saúde (CES), que além de desenvolver vários trabalhos com a Secretaria de Cidadania e Ação Social possuía uma vasta experiência na área da saúde e sexualidade. A supervisão no Parque Andreense passou a ser realizada por essa ONG.

É importante registrarmos a impressão de M. (coordenadora do projeto) em relação ao grupo de multiplicadores do Parque Andreense:

"eles sentiam-se muito importantes em realizar as atividades, principalmente, os maiores, percebíamos o orgulho quando faziam intervenções por conta própria". (2000)

No Jardim Carla houve inicialmente o interesse de vários jovens ligados ao movimento *Hip Hop*, mas eles foram desistindo por terem de participar das atividades com regularidade. Percebemos que algumas intervenções mais gerais e pontuais despertavam a atenção, sobretudo, dos meninos, que não se envolviam nas atividades cotidianas. Apenas algumas meninas deram continuidade ao projeto com regularidade. Este fato despertou nossa atenção, visto que, na faixa etária do grupo (14 a 20 anos) as meninas apresentavam um maior interesse, maturidade, responsabilidade e preocupação com os temas ligados à sexualidade do que os meninos, que não eram assíduos nas atividades programadas semanalmente. Por sua vez, quando as intervenções públicas eram pontuais, sem um processo rígido de continuidade, os meninos participavam, principalmente os adolescentes ligados ao movimento *Hip Hop*.

Em novembro do mesmo ano foram iniciadas ações de multiplicação na Escola Estadual Professor Nelson Pizotti Mendes, cuja direção concordou com a proposta do projeto. As oficinas eram semanais e voltadas para os alunos das 6^ª, 7^ª e 8^ª séries. Cada dia discutia-se com uma turma. Eram três multiplicadoras que trabalhavam juntas, o técnico apenas intervinha quando era solicitado. Houve quatro encontros por turma, sempre deixando como referência para a continuidade do projeto o posto de saúde do Jardim Carla. Lá as multiplicadoras estariam todas as sextas-feiras, onde esclareceriam dúvidas e o jovem ou a jovem poderia retirar preservativos masculinos.

Cabe ressaltar que no Posto de Saúde do Jardim Carla e na Escola Professor Nelson Pizotti Mendes foram realizadas atividades nas quais os multiplicadores utilizaram o *rap* e o Grafite para passar mensagens sobre a importância da prevenção às DST/Aids. A meta era aumentar o número de jovens cadastrados nos postos de saúde para a retirada de preservativos, fortalecendo as parcerias na comunidade, pois, ao contrário do que ocorreu na primeira fase quando o multiplicador atuava em todo município, havia a preocupação com a delimitação da área de atuação, pois dessa forma poderiam atender os jovens do bairro com maior eficácia, garantindo os insumos necessários para a prevenção, ou seja, preservativos masculinos e femininos.

Foi com essa intenção que a coordenadora do projeto buscou parcerias com as unidades de saúde situadas nos bairros Jardim Carla e Parque Andreense. Seu objetivo era o de iniciar a discussão sobre a necessidade de trazer o jovem para dentro do posto:

“Então, o projeto, hoje, tem uma meta, que é aumentar o número de jovens cadastrados nos postos de saúde pra ir retirar preservativos. (...) Então é isso, é fortalecer o projeto na comunidade, então nós temos uma parceria com a saúde que são locais que os jovens vão se encontrar. A idéia é que o grupo dos Jovens Multiplicadores se encontre nos postos de saúde e a partir dali, das necessidades que eles vão detectando, tragam o jovem para o posto de saúde, não só numa necessidade curativa, mas sim numa necessidade de prevenção.(...) Que a gente detectou que dificilmente o jovem procura os postos de saúde, a não ser que eles estejam doentes. (...) Antes de adoecer, porque aí é uma forma deles estarem se preocupando com a sua saúde, com a qualidade de vida, então os Jovens Multiplicadores, a idéia é essa, de fortalecer esse vínculo entre o jovem de sua comunidade e o posto de saúde e que eles possam retirar preservativos”. (M., 2000)

Vale aqui o registro de que a avaliação dos técnicos em relação a essa estratégia foi positiva, pois verificou-se no cotidiano da unidade básica do bairro um aumento da procura dos jovens por preservativos e uma maior sensibilidade dos funcionários no atendimento dessa demanda. O que era altamente salutar, visto que o aumento da disponibilização do preservativo nos levava a supor que o trabalho de prevenção obtinha êxito. Em contrapartida, um ponto altamente negativo foi o relato da constante falta de preservativos na unidade de saúde, além do número reduzido de médicos e demais profissionais para o atendimento.

Não podemos falar em prevenção ao HIV separada do efetivo acesso e garantia da atenção integral à saúde dos adolescentes. Estes necessitam de serviços estruturados para recebê-los de forma a dar respostas satisfatórias às suas demandas de prevenção e de saúde em geral, respeitando as singularidades desta etapa da vida.

Nesse sentido, o que observamos foi a existência de equipamentos públicos de saúde sem infra-estrutura para satisfazer tal demanda, pois o espaço para a juventude em geral, e em especial, para a adolescência, ainda estava para ser construído. Em geral, os jovens buscam essas unidades quando se encontram enfermos e são atendidos ora na pediatria ora na clínica médica. Não há um profissional e nem um lugar específico que o acolha adequadamente, nem para o alívio de seu mal-estar e muito menos para a prevenção e promoção de sua saúde.

Vale ressaltar que nesta fase de trabalho nos bairros terminou o primeiro mandato do governo municipal e as atividades, em função da conjuntura política, foram paralisadas em dezembro de 2000 devido à orientação da Secretaria de Cidadania e Ação Social de avaliar os quatro anos da administração municipal.

Não obstante a reeleição do prefeito Celso Daniel em março de 2001, as atividades com os multiplicadores do Parque Andreense foram suspensas em função do período de planejamento da nova assessoria e do fato de a prefeitura não ter repassado o pagamento para o CES assessorar o projeto.

No final do primeiro semestre de 2001 as ações continuavam esmorecendo e as dificuldades se avolumavam. A verba para o pagamento da ONG ainda não havia sido liberada, acarretando a suspensão da supervisão nos bairros. Ao mesmo tempo, as discussões e propostas para os próximos quatro anos de governo continuavam sendo gestadas, com alguns ajustes.

A Secretaria de Cidadania e Ação Social, sob a coordenação do gabinete do prefeito, passou a chamar-se Secretaria de Participação e Cidadania e Departamento de Defesa dos Direitos de Cidadania, e continuou agregando as diversas assessorias (da mulher, da criança, da idoso, do deficiente, da juventude).

A Assessora da Juventude foi convidada para assumir a Diretoria do Departamento de Cultura de Diadema e aceitou o convite. Assumiu em seu lugar um jovem com larga atuação em Santo André na formulação de políticas para a população juvenil. O novo assessor contava com o apoio de vários grupos juvenis organizados do município, sobretudo os “coletivos” culturais.

Nessa nova fase a Assessoria da Juventude considerou que seu papel fosse a articulação das ações voltadas para a juventude tanto junto aos órgãos públicos

como a toda a sociedade civil. Isso nos pareceu significar a introdução do olhar do jovem nas ações da Assessoria, visto que, o lugar do jovem não estava dado *a priori* e deveria ainda ser estabelecido.

Dessa forma, o assessor aliava dois fatores importantes que contribuíam para a sua legitimação na assessoria: ser jovem e ativista das causas e demandas da juventude no município. A coordenadora do CRJ que também conduzia o Projeto Jovens Multiplicadores alegou acúmulo de tarefas e resolveu ficar à frente apenas do Centro da Juventude, passando a coordenação do Projeto ao recém-empossado Assessor da Juventude.

Naquele momento a proposta para a continuidade do Projeto Jovens Multiplicadores envolvia a parceria com a Fundação de Desenvolvimento de Ensino (FDE), órgão da Secretaria Estadual da Educação que forneceria apoio financeiro e técnico.

As escolas a serem atingidas seriam as estaduais públicas e os multiplicadores seriam selecionados nas próprias escolas. Embora estivessem em fase de negociação, pareceu-nos que a intervenção na instituição escolar não mais seria pontual, seguiria uma seqüência programada de vários meses. Seriam trabalhadas em média três escolas por etapa.

Num primeiro momento haveria a capacitação com os professores em reuniões pedagógicas, com o envolvimento também da delegacia de ensino. Essa fase, que consideramos a terceira, já estava sob a coordenação do Assessor da Juventude e visava a sensibilização dos professores, que numa etapa posterior, selecionariam jovens interessados a fazer as oficinas de capacitação, as quais seriam realizadas pelos jovens multiplicadores contratados para este fim.

A técnica ligada ao CRJ que não participava mais da coordenação do projeto, mas ainda participava do processo nos esclareceu:

“O professor acompanha e discute. É um processo que vem sendo construído com o multiplicador, com o professor, com o coordenador pedagógico e com a Assessoria da Juventude. E o que é legal também, é que o multiplicador está sendo pago”. (Ex-coordenadora – CRJ, 2001)

Entendemos que tais decisões em relação aos rumos tomados pelo Projeto nesta terceira fase foram de responsabilidade desse “coletivo”, ou seja, a Delegacia Regional de Ensino, a Secretaria Municipal da Saúde e a Assessoria da Juventude, com o envolvimento direto dos mais diversos atores ligados a tais órgãos públicos, além da participação ativa de um multiplicador pertencente ao extinto grupo Jamaica. Este último estava iniciando a coordenação das oficinas nas escolas e recebia uma ajuda de custo para a realização dessas atividades e foi esta contratação e garantia de remuneração que viabilizou a sua inserção nas oficinas.

Os grupos que no ano anterior foram capacitados no Jardim Carla e no Parque Andreense estavam desarticulados, pois o afastamento deveu-se, além da mudança de rumos do Programa, ao fato de os jovens estarem trabalhando ou em busca de emprego.

A coordenação do CRJ nos relatou:

“As meninas são maravilhosas. Pois é, infelizmente a gente não tinha condições de pagá-las, e ainda não temos. Quem está fazendo o trabalho no projeto é o Alan, do Jamaica, ele voltou. A Rosane trabalha a tarde na prefeitura, ela estava com interesse de voltar, mas está tentando fazer faculdade. Os jovens do Parque Andreense tiveram um crescimento legal”.

Além do trabalho nas escolas, houve um grande esforço por parte da Assessoria da Juventude, juntamente com o Programa de DST/Aids da Secretaria da Saúde, com professores da rede pública e com alguns jovens multiplicadores do grupo Jamaica e do Jardim Carla em elaborar uma cartilha sobre sexualidade e prevenção em DST/Aids que seria um guia de orientação para os multiplicadores, em particular, e para a população juvenil de Santo André, em geral. Segundo o coordenador do projeto, esse material auxiliaria consideravelmente o trabalho dos jovens que viessem a ser multiplicadores, pois seria elaborada tentando contemplar todas as indagações dos adolescentes.

Mais uma vez o desejo e os esforços dos técnicos em realizar um trabalho que de fato trouxesse resultados positivos quantificáveis no seio da população juvenil, viu-se esvaír quando confrontado com a dura realidade de um processo burocrático que

engessa as iniciativas e paralisa as boas intenções, pois quando do término da elaboração deste material educativo, no momento de ir para a gráfica para ser reproduzido em grande quantidade, as verbas oriundas do Ministério da Saúde foram suspensas, comprometendo assim a confecção desse recurso pedagógico.

A obstrução desse recurso por parte do governo federal comprometeu também as oficinas de formação para os jovens. As atividades de prevenção que continuaram ocorrendo eram pontuais e realizadas de forma voluntária em *shows* musicais e encontros juvenis por alguns multiplicadores ligados ao movimento *Hip Hop* que foram capacitados pelo projeto. Ao perguntarmos sobre os motivos da interrupção da verba por parte do Ministério, não souberam responder com precisão, apenas obtivemos como resposta que não se tratava de cessação das verbas, apenas de atraso por questões burocráticas. Em relação a esse ponto não percebemos nenhuma manifestação de indignação por parte dos técnicos envolvidos, tampouco dos jovens ligados aos movimentos organizados e ao Projeto Jovens Multiplicadores. Não aprofundaremos as razões e motivos dos impasses e dificuldades desta terceira fase por não ser este o objetivo do presente trabalho.

6. Algumas considerações

Após reconstruirmos os caminhos percorridos pelo Projeto Jovens Multiplicadores no período de 1997 a 2000, pudemos ter uma idéia global dos investimentos e das dificuldades surgidas em sua trajetória.

É relevante destacarmos que alguns relatos por parte dos técnicos, no início do projeto em 1997, traziam a preocupação com a necessidade de o multiplicador ter mais clareza quanto aos objetivos do trabalho, suas metas e os resultados que se pretendia atingir. A coordenação do CRJ dizia:

“A reestruturação do projeto apontou a necessidade de se criar, de se ter um objetivo, de se ter uma meta para nortear o trabalho dos jovens, para que eles pudessem entender que a sua ação não é somente uma ação pontual, que ele vai passar informação e acabou”.

Seria importante refletirmos sobre a responsabilidade atribuída aos jovens pela falta de objetivos claros, pois, com essa afirmação, temos a impressão que o adulto, ou seja, o técnico, possuía o domínio das diretrizes, o que não nos pareceu ocorrer. A estes últimos não caberia, então, o papel de buscar estratégias que facilitasse a compreensão do multiplicador, em razão de serem os responsáveis pela capacitação e formação desses adolescentes?

Quanto ao público a ser beneficiado pelas ações de prevenção, no início do processo o foco era a escola pública, pois se acreditava que as lideranças estudantis abririam espaço junto às direções das escolas. Os multiplicadores não ficariam restritos à escola do seu bairro, circulariam por todo o município. Após dois anos a proposta passou a ser o investimento de jovens lideranças em seu bairro de moradia, que atuassem inclusive nas escolas, mas de forma regionalizada. Essa mudança surgiu devido à preocupação dos técnicos em garantir que o multiplicador ficasse o mais próximo dos adolescentes do seu bairro e, talvez, garantir assim a continuidade das ações.

A segunda coordenadora fez a seguinte afirmação:

“a gente acredita que se a comunidade se apropria do projeto fica mais difícil dele deixar de ter continuidade nas mudanças de governo. Então é isso, é fortalecer o projeto na comunidade, preparando jovens, e assim, fortalecendo os vínculos deles na comunidade”. (M, 2000)

As coordenações deixaram claro que a parceria com o Programa Municipal de DST/Aids de Santo André agilizou a proposta, pois no decorrer dos anos foram se fortalecendo e definindo os papéis, objetivos e responsabilidades de cada parte. Outras parcerias foram importantes, como aquelas realizadas com as unidades de saúde, as escolas e os agentes de saúde da família, o que anteriormente destacamos como pontos positivos. Na prática, eram acordos frágeis, na medida em que se davam informalmente, sem uma relação institucional oficial e sem continuidade.

Dentre os entraves para a execução do projeto, a primeira coordenação nos confessou que um dos temas mais complexos e difíceis de trabalhar eram aqueles

de ordem pessoal, ou seja, os tabus e preconceitos do próprio jovem quando discutia sobre sexualidade e quando se referia ao portador do vírus HIV (R., 2000). A relação com o portador aponta para a dificuldade que os multiplicadores teriam em lidar com a diversidade, com o diferente. Ocorre que vivemos numa sociedade com esquemas de valores, numa sociedade que ordena e separa os comportamentos “desejáveis” dos “proibidos”, mas tais códigos, por estarem presentes em nosso meio desde que nascemos, atingindo todas as classes sociais e idades, não seriam exclusivos da juventude, mas em maior ou menor grau de todos os cidadãos.

Outro ponto que prejudicou muito o andamento das oficinas no início, segundo a primeira coordenação, foi a dificuldade de organização do grupo, pois os jovens entraram com muita intensidade no trabalho e no decorrer do processo a intenção deles ia mudando. R. nos conta:

“ao invés de fazer um trabalho autônomo ligado diretamente à Assessoria da Juventude, a intenção deles era na realidade o de formar uma ONG que desse sustentação para o trabalho e que pudesse ampliar a atuação deles na comunidade. Eu acho que a intenção que eles tiveram de formar o próprio Jamaica enquanto grupo organizado e institucionalizado, de certa forma dificultou o trabalho, porque eles colocaram a atenção para essa questão e se retiraram um pouco da inserção deles na vida da comunidade”.

Dois anos depois esse ponto ainda se configurava como um entrave, pois, segundo a coordenadora M., o grupo Jamaica, muito sério e responsável, às vezes tomava atitudes que não condiziam com as diretrizes municipais.

Outros pontos de estrangulamento impediam o bom andamento do projeto, pois não havia indicadores que norteassem os trabalhos, nem instrumentos adequados para mensurar e avaliar o impacto das ações realizadas. Tudo isto, aliado aos escassos recursos, que iam desde a ausência de materiais educativos específicos, falta de passe de ônibus para locomoção dos jovens até o reduzidíssimo quadro de técnicos, começou a inviabilizar o projeto, o que culminou com o esvaziamento do grupo de multiplicadores Jamaica no início de 1999.

Vale ressaltar que esse grupo desenvolveu um papel importante na primeira etapa do projeto e na segunda, participou na coordenação e na assessoria aos jovens que estavam se iniciando como multiplicadores de informações em DST/Aids.

Na segunda fase, as dificuldades persistiram e pudemos observar alguns fatos que mostravam a resistência de alguns serviços ao desenvolvimento do trabalho.³⁸ No Jardim Carla as oficinas eram realizadas nas escolas e o adolescente era encaminhando para o Posto de Saúde mais próximo onde poderia encontrar o multiplicador para maiores esclarecimentos. Ocorre que os funcionários do Posto de Saúde pareciam não encampar a proposta de trabalhar com adolescentes e isso ficou bastante nítido quando observamos a organização interna desse equipamento de saúde. Nele, para que os jovens retirassem preservativos, teriam que passar por um grupo de planejamento familiar com usuários adultos, em grande maioria composto por mulheres que iam em busca de métodos contraceptivos. Logo, como não estavam na fase de pensar na formação de uma família e como não se sentiam à vontade para falar de sua sexualidade em um grupo de mulheres adultas, acabavam não utilizando esse espaço.

Os acordos eram tênues e ficavam a mercê da boa vontade ou sensibilidade dos funcionários. Não havia orientação por parte da Secretaria Municipal de Saúde quanto à importância de grupos de profissionais específicos voltados para essa faixa etária. O espaço que deveria ser um canal aberto para os jovens, passa a ser um local evitado pela juventude.

Tais episódios ilustram tanto a falta de investimento dos serviços de saúde no Projeto Jovens Multiplicadores como a não priorização de políticas para a juventude, pois, apesar das diretrizes propagadas pelo governo municipal, não percebemos nos órgãos públicos um olhar diferenciado para essa parcela da população. Acompanhamos o esforço dos técnicos envolvidos com o projeto para sensibilizar os demais setores municipais em relação à proposta, que não tiveram muito êxito. Mesmo a Secretaria da Saúde nunca investiu em materiais específicos de divulgação, como *folders*, boletins, cartilhas, etc. O mesmo ocorreu com os recursos humanos, que durante todos esses anos não foram ampliados.

³⁸ Por exemplo, no Parque Andreense, a diretora da escola municipal colocou vários obstáculos até concordar em ceder o espaço para os encontros dos multiplicadores, no estágio de formação.

Para finalizar, é importante registrar que a verba destinada ao desenvolvimento dos trabalhos era irrisória frente às reais necessidades do projeto. Não havia orçamento municipal para a realização do trabalho de prevenção. Os técnicos contavam apenas com o repasse do Programa Municipal de DST/Aids de verbas oriundas do Programa Nacional de DST/Aids, ligado ao Ministério da Saúde.

Almeida, em sua análise, confirma o quadro descrito acima:

A indagação que permanece é: por que o governo local, pela ação da Secretaria de Cidadania e Ação Social e Secretaria da Saúde, não assumiu e arcou com as responsabilidades financeiras do projeto Jovens Multiplicadores ou não lançou mão de outros expedientes que redundassem em fontes alternativas de financiamento do Projeto? Nós termos em que a avaliação foi apresentada resta a impressão de que o mais importante na montagem da atividade em tela eram os recursos do Ministério da Saúde e menos os jovens e o trabalho que com eles e para eles seriam desenvolvidos, visando ao esclarecimento e combate à drogadição, às DSTs e à Aids. (Almeida, 2001)

Um dos principais obstáculos, que apareceu reiteradas vezes durante o processo, foi a necessidade que os jovens tinham de trabalhar e possuir uma remuneração, tanto para se sustentar como para aumentar a renda familiar. Como no projeto não havia ajuda de custo, essa restrição acabou por inviabilizar a participação de uma parcela considerável de jovens nas oficinas. Assim, pudemos perceber que muitos deles, embora envolvidos com o projeto e mostrando interesse em dar continuidade às oficinas, tiveram que abandoná-las para trabalhar, na maioria das vezes realizando tarefas muito pouco gratificantes para eles.

Ressaltamos que a quase totalidade dos técnicos envolvidos nesse processo, desde 1997, sempre criticou a falta de investimentos públicos que garantissem a infra-estrutura para a realização de um trabalho que de fato causasse impacto no meio juvenil, diminuindo os riscos, principalmente em relação a Aids, DSTs e gravidez não planejada. Apontavam com clareza os pontos que deveriam ser revistos para uma intervenção mais eficaz. Afinal as ações deveriam consolidar a interface com a

Secretaria da Educação, o Programa de Saúde do Adolescente e o Programa Municipal de DST/Aids, dentre outros órgãos públicos.

Essas reivindicações estiveram presentes em todo o desenvolvimento do Projeto, pois verificamos que por várias vezes os resultados esperados ficaram comprometidos, ou seja, o impacto das ações de prevenção junto a população juvenil foi fraco. Percebemos apenas o esforço pessoal dos envolvidos que definiram metas e, na etapa seguinte, redirecionaram-nas para garantir a continuidade do Projeto, o que não garantia a qualidade do mesmo.

O fato ainda de tal trabalho nunca ter contado com recursos financeiros que saíssem dos cofres municipais denota a fragilidade do Projeto e nos obriga a refletir sobre qual era, de fato, o lugar que ocupava em meio as prioridades governamentais, pois durante o seu funcionamento, caso houvesse algum atraso na liberação dos também poucos recursos vindos do Ministério da Saúde, o projeto se via ameaçado.

Enfim, entendemos que não se faz políticas públicas sem verbas, somente com o investimento e a boa vontade do técnico. Há de se prever nos planos diretores municipais recursos, se de fato for prioridade a contenção das DSTs, da gravidez não planejada e o uso indevido de drogas lícitas e ilícitas entre a população juvenil.

Resta sabermos como o multiplicador foi atingido pelo Projeto, como percebeu essa proposta, como viu sua participação. Essas questões serão examinadas no próximo capítulo.

IV. O JOVEM MULTIPLICADOR: SUA TRAJETÓRIA E PERCEPÇÃO

No capítulo anterior tivemos a oportunidade de acompanhar as ações governamentais referentes à proposta de educação preventiva junto aos jovens de Santo André. Neste capítulo iremos apresentar da ótica do jovem multiplicador sua percepção do projeto, as dificuldades encontradas, os avanços e a avaliação destes sobre o alcance das ações implementadas pelo governo municipal.

Para entendermos esse processo lançaremos um breve olhar sobre as características do jovem andreense.

As cidades que compunham o ABC paulista³⁹ em 1997 contavam com uma população de 2.220.903 habitantes, ⁴⁰deste total 56% eram constituídos de crianças, adolescentes e jovens inseridos na faixa etária entre 0 a 29 anos. Santo André era a segunda cidade mais populosa da região, para o mesmo ano contava com uma população de 625.418 habitantes, destes 52% estavam compreendidos na faixa etária acima, ou seja, eram crianças, adolescentes e jovens.

Em relação à educação na região as oportunidades de acesso ao ensino superior ficavam, em sua maioria, a cargo das instituições privadas, que contabilizavam em 1998 vinte instituições e, neste ano, ofereceram 48.673 vagas. No que se refere ao ensino fundamental, em 1997, Santo André expandiu a rede de ação escolar instituindo o ensino na modalidade suplência profissionalizante. Com a perspectiva da universalização do ensino fundamental, a região do ABC matriculou, em 2000, 357.697 alunos na rede pública estadual e municipal de ensino e Santo André, no mesmo ano, 83.334. Ainda em 2000 foram matriculados 124.363 jovens no ensino médio – 33.020 em Santo André – na rede pública estadual (Almeida, 2001).

Segundo Almeida,

o cruzamento dos dados demográficos da população em idade adequada para o ingresso no sistema de ensino fundamental e médio com aqueles

³⁹ São elas Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra

⁴⁰ Seade, 1997

referentes às matrículas efetuadas nesses mesmos níveis, para o conjunto dos municípios do Grande ABC, permite afirmar que da perspectiva do acesso à escolarização fundamental e média os segmentos juvenis vêm contando com uma cobertura crescente sob perspectiva do acesso à escola. (...) Contudo, pouco ou nada revela sobre a qualidade da escola oferecida e freqüentada pelos diferentes estratos sócio-econômicos da população juvenil do lugar. (Almeida, 2001)

Verificamos ainda nos estudos de Almeida que, em 1998, os índices de desemprego registrados para os jovens entre 15 a 17 anos era de 47,7% e, em 1999, a taxa subiu para 48,5%. Quanto aos que se encontravam na faixa de 18 a 24 anos, em 1998, a taxa era de 27,6% e, em 1999, ela subiu para 30,1% (Almeida, 2001). O autor também comenta que o fenômeno do desemprego juvenil na região se agravava mais entre os jovens que não concluíram o ensino médio. Em 1998, para aqueles que se encontravam nessa situação, a taxa medida era a mais elevada, atingindo o índice de 24,2%; em 1999, expandiu-se para 26,8%.

Do que foi exposto, podemos concluir que a população juvenil das camadas populares na região do ABC encontrava-se desamparada no que se refere à inserção no mercado de trabalho, vivendo ora na dependência do núcleo familiar ora realizando pequenos “bicos” temporários de baixa remuneração.

Em relação ao lazer, pesquisa realizada pelo Instituto Polis nesse município, revelou que os jovens também se sentiam vulneráveis, visto que esta atividade era encarada como de risco em função das freqüentes brigas e atritos entre os grupos juvenis nos espaços de convivência, dentre eles os bailes. Estes percebiam a presença marcante da violência, associada a processos de discriminação em razão de origem social, gênero, raça, idade e local de moradia. A violência estava presente em seu cotidiano, seja através das ações de agressões pela presença do tráfico e do consumo de drogas, seja pela ação da polícia, que aparecia como mais um fator de tensão e não de segurança (Almeida, 2001).

Os dados tratados acima por si só talvez possam dar a impressão ao leitor de uma certa desesperança e imobilismo dessa parcela populacional no município, mas ao nos debruçarmos sobre a trajetória que esta vem percorrendo nos últimos anos,

poderemos perceber que os temas apontados acima vêm sendo debatidos por diferentes grupos juvenis; o que mostra o jovem como ator social, discutindo suas demandas e investindo no processo de construção de políticas públicas para a juventude.

Para garantir a implementação das políticas para a juventude, os militantes juvenis organizados buscavam de 1997 até o final de 1998, nas assembleias, reuniões do Executivo e nas plenárias do Orçamento Participativo, influir na destinação das verbas públicas. Ao longo desse processo foi criado, por parte do poder municipal, o Centro de Referência da Juventude (CRJ), em parceria com a organização não-governamental Ação Educativa. Este seria um espaço de produção de políticas e um canal de participação dos jovens, principais protagonistas na implantação das ações.

É importante destacarmos que as jovens lideranças andreenses não estavam visando apenas a criação dos espaços, mas também sua utilização de modo que contemplasse as reais demandas desta camada populacional. A preocupação das autoridades locais com a falta de recursos públicos voltados para a população juvenil, sua exposição às DSTs e à AIDS sem nenhum trabalho mais efetivo de orientação e prevenção, estavam presentes nas discussões promovidas por essas lideranças.

Quando assumiu o segundo mandato, Celso Daniel propôs uma assessoria ligada à Secretaria da Cidadania e Ação Social juntamente com as demais assessorias (relativas à mulher, à criança, ao idoso e ao portador de deficiência). Almeida não deixa dúvidas ao relatar os embates travados entre os jovens militantes do Movimento Estudantil e do Partido dos Trabalhadores com os chefes do Executivo local: para os primeiros, a decepção inicial deu-se logo no começo do mandato, em 1997, pois viram as promessas da criação de uma Secretaria da Juventude reduzir-se a uma assessoria.

Esse episódio, segundo militantes juvenis da cidade, levou o Fórum da Juventude⁴¹ a seu enfraquecimento e diluição. Atribuía-se este encerramento à inabilidade do próprio governo no descaso com que estava tratando as questões demandadas pela juventude. Em relação ao fato dessas jovens lideranças responsabilizarem o governo pelos seus insucessos, não nos parece de todo verdadeiro, pois conflitos internos, as diferentes visões de mundo e a diversidade dos grupos podem ter sido também fatores

⁴¹ O Fórum da Juventude era um espaço onde os jovens organizados nos movimentos sociais e partidos políticos discutiam suas reivindicações.

importantes para o fim desse espaço de fomentação de políticas para a população juvenil e de lutas para sua real efetivação (Almeida, 2001).

Se, por um lado, acreditamos que o governo não poderia ser culpabilizado pela fragilidade do Fórum, por outro, não podemos deixar de registrar que a relação entre o poder público e o movimento juvenil tornou-se cada vez mais tensa, sobretudo, no momento da criação do Centro de Referência para a Juventude. Almeida registra relatos orais nos quais se percebe que o primeiro quadro de funcionários do CRJ, por ser composto por pessoas com experiências e formação muito diferentes, acabou por comprometer os projetos. A escolha do local também se transformou em problema e a deliberação do governo, de abrigar três programas distintos (Projeto Andrezinho Cidadão, Conselho Tutelar da Criança e Adolescente e o CRJ) num único espaço, fez com que se instalasse a disputa no mesmo. E, novamente, os jovens militantes acusavam o Executivo de não priorizar a população juvenil, pois, segundo estes, a atitude do governo local teria sido apenas burocrática e administrativa (Almeida, 2001).

Sabemos que todo processo que se propõe a reunir, ouvir e chamar a comunidade para tomar decisões não se faz linearmente. As diferentes visões trazem calor aos debates que se traduzem em avanços e retrocessos. E, no bojo dessas discussões, os militantes juvenis buscavam ainda ver aprovadas suas reivindicações presentes no Programa de Governo de 1996. Dentre estas, a necessidade de um trabalho de prevenção em saúde junto ao segmento juvenil surgia, uma vez que as lideranças estavam diante da epidemia da Aids, que vitimizava cada vez mais a população jovem de Santo André, e assim reivindicavam do poder público municipal intervenções com o objetivo de enfrentar este problema.

Nesse sentido, a Administração, via Assessoria da Juventude aliada ao setor da saúde e a alguns jovens da cidade, passou a estudar uma proposta que viesse responder a esse grave problema de Saúde Pública. Esse esforço conjunto culminou com a organização do Projeto Jovens Multiplicadores que visava desencadear uma política de combate à Aids. Este projeto previa a abertura de um amplo debate que difundisse informações sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids, drogas, gravidez não planejada e outros temas de interesse desse

segmento da sociedade; o qual devia ocorrer em vários espaços públicos, com a participação da população jovem – o público-alvo – que seria agente de prevenção.

Vale aqui refletirmos sobre o que vem a ser um agente de prevenção, visto que esta definição nos remete a outra, a do protagonismo juvenil. Apenas desse modo poderemos entender o que se esperava do multiplicador, o seu papel e suas atribuições.

A palavra protagonismo é formada por dois radicais gregos: *proto*, que significa "o primeiro", "o principal", e *agon*, que significa "luta". Agonistes, por sua vez, significa "lutador" (Ferreira, 1996). Portanto, "protagonismo" remete-se à pessoa que desempenha ou ocupa o primeiro lugar num acontecimento. É característica do ator principal. No contexto que estudamos, o protagonismo é uma estratégia de desenvolvimento continuado que envolve os participantes desde o planejamento, capacitação e execução de atividades até a avaliação dos resultados.

O trabalho de prevenção do Projeto Jovem Multiplicador priorizou e investiu na educação em pares, valorizando o indivíduo e investindo em seu potencial não como um sujeito passivo, mas, ao contrário, como um sujeito de direito, um ator social capaz de se posicionar e intervir na vida social, cultural e política, transformando seu cotidiano e melhorando sua condição e o meio em que está inserido.

Esse sujeito social, através da participação ativa, construtiva e solidária, podia trazer soluções concretas a problemas reais na comunidade e na sociedade, pois esta estratégia visava a contenção da epidemia de Aids em franco crescimento no mundo, concomitante à constatação de que as campanhas de prevenção, visando atingir a população em geral, não conseguiam resultados favoráveis.

Cabe ressaltarmos que, embora essa proposta em termos conceituais trate o jovem como um ator social e aqueles que lançam mão dessa estratégia o fazem com a melhor das intenções, temos que estar atentos para os possíveis rumos a que esse conceito pode nos conduzir na prática. Nesse sentido vale a preocupação de Mary Garcia Castro:

De fato há que cuidar sobre o termo protagonista, pois pode ser usado de forma instrumental, como a de deixar que os jovens se virem com os escassos recursos materiais e institucionais que possuem muito deles.
Maria Eugenia Millet, autora de teatro e coordenadora da ONG CRIA,

que se destaca em trabalhos com jovens na área de arte e criação literária, lembra que o conceito de protagonismo, no teatro, é o que está à frente, o que marca textos. (...) nos chamou a atenção para outra figura do teatro grego, o antagonista, o que critica, o que subverte o *script*. (Castro, in Novaes, Porto, Henriques, 2002)

Quando a autora traz para a discussão a figura do antagonista, pretende questionar se de fato o jovem nesses programas de prevenção terão possibilidades de criticar e mudar o que foi instituído pelo adulto.

Como já citado neste trabalho, em 1992 a Coordenação Nacional de DST/Aids passou a priorizar criança, adolescente e adulto jovem, utilizando várias estratégias, dentre elas, o trabalho da educação em pares para o controle e prevenção das DST e da Aids. Estabeleceram-se ações de prevenção a essas populações nos Planos Estaduais, seguidos pelos Municipais e pelas ações de algumas ONGs, ficando para a Coordenação Nacional de DST/Aids a responsabilidade de desencadear esse processo em nível institucional (Ministério da Saúde, 1992).

As ações de prevenção utilizando esse expediente foram desencadeadas no município de Santo André, timidamente, em 1994. Em 1996, o Fórum da Juventude debateu e contribuiu para a criação deste projeto de forma mais sistematizada, discutindo até mesmo sua importância, concepção e objetivos, ressaltando dois eixos fundamentais: a inclusão social e a participação popular.

A seguir tentaremos apreender em que medida essas diretrizes foram efetivadas.

1. O jovem multiplicador

Queremos aqui buscar entender qual foi a importância do projeto para o jovem multiplicador e as repercussões para a sua vida. Nossa intenção é de verificar se projetos desse tipo, que propõem o jovem como protagonista das ações de prevenção, trazem resultados positivos que justifiquem investimentos dos poderes públicos.

Pesquisas mostram que os jovens atualmente possuem informação sobre os meios de contaminação, mas esta se limita à prescrição ao uso de preservativo. Os modelos de prevenção não favorecem a compreensão sobre o desenvolvimento de sua sexualidade, não facilitando que eles tomem decisões, façam escolhas e tampouco a que percebam as situações de risco a que via de regra expõem-se.

Nesse sentido qual seria então a proposta de prevenção que promoveria de fato a saúde do jovem e adolescente, sem lhe tirar as possibilidades de viver sua sexualidade plenamente? Infelizmente não temos a resposta pronta, mas nos propomos a contribuir com esse debate trazendo algumas pistas para os que se preocupam com esse tipo de ação.

Essa primeira indagação busca entender qual é o nível de autonomia que o jovem, em geral e, o adolescente, em especial, terá no momento da elaboração de um projeto dessa ordem.

Há ainda uma discussão por se fazer, ou seja, qual é o limite entre a lei que deixa claro que o adolescente ainda está em fase de conquista de sua autonomia e a ética que orienta para o respeito às decisões dos jovens, sobretudo no cuidado de sua saúde? Nesse sentido o Estatuto da Criança e Adolescente é um grande salto nessa luta pelo respeito à autonomia do jovem e adolescente. A Lei 8.069/90 assegura ambos os direitos à sobrevivência, ao desenvolvimento, à proteção e à participação.

[31] Comentário: Página: 1
O ECA considera adolescente os jovens na faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

No que se refere ao setor da saúde, visando a efetivação do ECA, o Ministério da Saúde passou a elaborar, a partir de 1989, o Programa Saúde do Adolescente (Prosad), que posteriormente foi inserido na estrutura da Secretaria de Projetos Especiais, sob a responsabilidade do Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (Sasad), da Coordenação Materno-Infantil (Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas, 1998).

Esse programa em linhas gerais visou a saúde integral do adolescente, reduzindo “a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais”, trazendo como áreas prioritárias de atuação o crescimento e desenvolvimento; a sexualidade; a saúde bucal, reprodutiva e escolar; a prevenção de acidentes, violência e maus tratos; e a atenção à família.

Se, por um lado, tais iniciativas públicas denotavam a preocupação do governo federal com o jovem mesmo antes da promulgação da lei que instituiu o ECA, por outro, nos vemos às voltas com a pergunta: qual é de fato a intervenção do jovem na elaboração desses programas? Outra questão se faz presente: qual é a postura do adulto – o técnico – ante esse jovem?

Tais indagações nos levam a pensar no estabelecimento de vínculos entre o técnico e esse jovem que demanda serviços de saúde. Esta relação se dá, na maioria das vezes, de forma unilateral por parte do técnico. Ao contrário da postura profissional que prima pela autonomia da pessoa, em cuja relação existe harmonia entre o jovem e o profissional; e na qual o fato deste último possuir informações, conhecimentos especializados e habilidades técnicas, não seja utilizado para anular o jovem, retirando dele a possibilidade de refletir e decidir sobre sua saúde.

No entanto, essa relação torna-se mais tênue quando o jovem traz ao serviço de saúde questões ligadas à sexualidade, pois do princípio de autonomia resulta o direito à privacidade e sigilo. O artigo 103 do Código de Ética Médica veda a revelação de

segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsável legal, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seus problemas e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente. (Sarda, 2002)

O mesmo cuidado deve ter tanto o profissional como o próprio serviço, para não criarem normas que impeçam o adolescente de acessar o equipamento de saúde, pois a exigência do acompanhamento dos pais ou responsáveis para retirada de preservativos, testagens, sobretudo, testes anti-HIV e de gravidez, bem como para outras formas de prevenção, reprimiria essa demanda negando-lhe o acesso à atenção básica, comprometendo assim seu bem-estar.

Foi com essas preocupações e questionamentos que trouxemos algumas falas e impressões de jovens andreenses que participaram da primeira e segunda fase do Projeto Jovem Multiplicador, com o intuito de entendermos esses entraves que não

são explicitados – na maioria dos trabalhos de prevenção ficam obscuros – mas acabam por reger as práticas de serviços públicos, bem como a dos seus profissionais.

Terminada a campanha eleitoral, os jovens andreenses que nela se envolveram aguardavam o momento de colocar em prática as propostas das demandas juvenis que inseriam na pauta governamental. Como o município não tinha tradição de intervenções junto a essa camada populacional, as expectativas estavam voltadas para a forma como seriam desencadeadas as ações, sobretudo, por parte daqueles que reivindicaram ativamente políticas públicas para esse setor.

Como foi dito anteriormente, pretendemos verificar dentre as propostas priorizadas para a juventude pelo Executivo local a que se referiu ao trabalho de prevenção junto aos jovens andreenses visando a diminuição da disseminação das doenças sexualmente transmissíveis, da gravidez não planejada e do abuso de drogas lícitas e ilícitas.

A partir de informações fornecidas pelo Programa Municipal de DST/Aids de Santo André e pelo Centro de Referência da Juventude, elaboramos um roteiro de entrevista e procuramos adolescentes que participaram das duas fases do Projeto Jovens Multiplicadores⁴²

Assim apresentaremos o resumo de doze entrevistas nos dois próximos itens, sendo cinco de jovens multiplicadores (três mulheres e dois homens) que ingressaram no início da proposta, a partir de 1997, e sete (três homens e quatro mulheres) que ingressaram no início de 2000.

O primeiro grupo (que corresponde ao que chamamos de primeira fase do projeto), que foi capacitado para ser agente de prevenção nas escolas públicas do município de Santo André a partir de 1997, era proveniente de bairros localizados na periferia do município; morava com sua família nuclear (pai, mãe e irmãos), possuía em 2001 em média 19 anos⁴³ e havia concluído o ensino médio ou estava terminando-o. Esses jovens participavam de entidades sociais, sobretudo estudantis, e eram militantes

⁴² A primeira fase da proposta foi realizada em escolas públicas e a segunda centrou-se no trabalho junto à comunidade de origem dos jovens adolescentes destas escolas. Vale ressaltarmos ainda que há jovens que participaram da primeira fase e que continuam no projeto, inclusive como supervisores, mas a maioria se afastou.

⁴³ No momento da participação no projeto eles tinham em média 16 anos.

de partidos de esquerda (PT e PC do B). Com exceção de uma jovem multiplicadora, que já vinha de uma experiência de trabalho com adolescentes na Unidade Básica de Saúde de Vila Guiomar, desde 1995, os outros começaram a participar do projeto por volta de 1997-1998.

A segunda fase do trabalho, com os novos adolescentes que estavam ingressando no projeto, deu-se no início de 2000, após um período de seis meses de reestruturação, no qual a coordenação e os envolvidos neste trabalho inclinaram-se a fortalecer o projeto devido às dificuldades que vinha enfrentando, como já assinalamos no capítulo anterior. O enfoque nesta fase buscava jovens multiplicadores no próprio bairro de moradia, visando a sua atuação nos amplos espaços de convivência juvenil.

Esse grupo que estava iniciando era composto por adolescentes que foram selecionados em suas comunidades de origem – eram moradores dos bairros Parque Andreense e Jardim Carla. Estes bairros estavam localizados na periferia de Santo André e contavam com infra-estrutura muito precária: boa parte das ruas sem asfalto e iluminação, e com moradias, na sua grande maioria, em construção.

Os jovens multiplicadores: Fase I

A seguir passaremos a acompanhar a análise que os jovens fizeram desse processo.

Carolina, em 2000, quando a entrevistamos, estava com 18 anos, cursava o terceiro colegial no período da manhã e nos demais períodos trabalhava num mercadinho próximo à sua casa exercendo a função de caixa. Também ajudava a mãe a confeccionar trabalhos manuais para sustentar a família e participava do Centro Comunitário do bairro Jardim Progresso onde fazia aulas de dança. Sua família era composta pelos pais e três irmãos mais novos. O pai estava desempregado e a família enfrentava dificuldades financeiras, o que fez com que ela deixasse de freqüentar as reuniões do Projeto Jovens Multiplicadores, pois não contava nem com o dinheiro do transporte para ir aos encontros realizados nos finais de semana.

Participava do Projeto há uns dois anos e nos contou que seu primeiro contato com este trabalho foi no Centro Comunitário de sua vila, pois a coordenadora e demais técnicos no início realizavam, neste local, palestras sobre sexualidade e DST/Aids e depois organizavam oficinas. Desde o início, o que a mobilizava era a vontade de tirar suas próprias dúvidas.

Segundo Carolina, o modo como foram passados os conteúdos facilitou muito, pois a equipe era muito sensível e as informações transmitidas foram ao encontro de suas necessidades. Lembrou que o início de sua capacitação achava muito ruim, pois ficava com vontade de fazer perguntas e não conseguia porque se sentia retraída, mas aos poucos foi se soltando ao longo de um processo que durou mais de um ano.

Em relação às ações de multiplicação, o que mais gostou foi da idéia de passar para os jovens as informações que recebia. Ela disse não querer que as informações servissem apenas para ela e avaliou a importância de passar esses aprendizados também para seus colegas.

Carolina, quando começou a realizar as ações de multiplicação, ficava muito nervosa e nos disse que na primeira oficina esqueceu tudo na hora, e o que facilitou foi o fato de estar dividindo a coordenação com uma outra multiplicadora. Na segunda e terceira oficina já se sentia mais segura e os adolescentes também prestavam mais atenção e faziam muitas perguntas sem embaraço, e quando ela não sabia responder, os técnicos da Assessoria da Juventude que a acompanhavam auxiliavam-na.

Realizou três oficinas na mesma escola e avaliou que os adolescentes ficavam mais soltos com ela e sua amiga do que com os assessores adultos no momento do trabalho, mas, por serem poucas as intervenções junto aos alunos, ela não soube dizer se esse momento mais descontraído favoreceu reflexões sobre as temáticas trabalhadas, facilitando aos adolescentes a adoção de práticas sexuais mais seguras. Esse foi o entrave que dificultou um trabalho mais efetivo na escola, pois nos disse que aprendeu mais do que repassou e concluiu referindo-se que a falta de continuidade do trabalho na escola provocou a interrupção do projeto.

Percebemos que havia por parte de Carolina um grande interesse no Projeto e, se recebesse uma bolsa-auxílio, teria insistido na continuidade do trabalho na

escola de seu bairro, já que pudemos verificar que contava inclusive com o apoio de sua família que entendia a proposta e a importância deste projeto junto aos jovens.

Rosângela estava com 20 anos quando a entrevistamos em 2000. Morava num bairro periférico de Santo André, numa casa ainda em construção. Quando nasceu já tinha seis irmãos adolescentes. Caçula, ainda morava com os pais. Relatou que o relacionamento com os irmãos foi sempre muito bom, muito importante, mas disse que, por eles terem estudado pouco, encontravam dificuldades em responder suas dúvidas sobre sexualidade, ainda que lhe tivessem ensinado muitas outras coisas. Dentre os irmãos, apenas ela havia concluído o segundo grau, e seu sonho era entrar na faculdade. Nessa época trabalhava com *telemarketing* meio período.

Iniciou o trabalho de prevenção em 1995 na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Guiomar, equipamento estadual que era referência no tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e que atendia indivíduos portadores do vírus da Aids. Na área de prevenção havia um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, intitulado "AIDS que lance é esse?", que visava o trabalho junto à população juvenil e Rosângela foi uma das pioneiras, aos 15 anos, a desenvolvê-lo nas escolas da cidade de Santo André.

A jovem disse ter se interessado pelo trabalho de prevenção ao tomar conhecimento de que Santo André era a 4ª cidade no estado de São Paulo em casos de Aids e que a maioria dos doentes de Aids haviam contraído o vírus na adolescência. Nesse momento foi até a UBS Vila Guiomar para buscar informações e se inteirar de como deveria proceder para se capacitar e passar a desenvolver oficinas. Assim foi treinada em 1996 pelos técnicos que faziam o trabalho de prevenção nesse serviço, iniciando logo em seguida o trabalho de multiplicação em escolas.

Essa Unidade de Saúde fez contato com a 1ª Delegacia de Ensino que reuniu vinte escolas, sendo dez do 1º subdistrito e as outras dez do 2º. Lembrou-se de que ficou com uma dessas escolas para desenvolver oficinas de sexo seguro com o auxílio de professores e alunos da mesma. Na época, estava cursando o 1º colegial. No entanto esse trabalho, sob a coordenação da UBS Vila Guiomar, foi interrompido, sendo retomado, segundo Rosângela, pela administração municipal eleita em 1997 com a recém-criada Assessoria da Juventude.

Seu treinamento, já com novos parceiros, foi retomado em 1998 com vários profissionais da área da saúde. A partir dessa primeira etapa de capacitação, iniciou oficinas-piloto em uma escola municipal de Santo André.

Ela e outros multiplicadores, que participaram das oficinas de formação, criaram um grupo e lhe deram o nome de Jamaica (Jovens Agindo e Multiplicando Informações sobre DST/Aids), que no início contava com vinte jovens na faixa de 14 a 20 anos. Rosângela disse com orgulho pertencer a esse grupo:

"Eu aprendi muito sobre sexualidade, sobre o meu próprio corpo, para poder passar para os outros sobre o HIV. Existe um sério problema: talvez eu teria sido uma adolescente rebelde, uma louca da vida, não teria acesso fácil à camisinha, talvez eu nunca tivesse usado, entendeu? Mas por causa do projeto Aids eu tive muita consciência disso, eu e uns outros adolescentes do projeto, pois a gente conversava muito disso, né?".

Com relação às oficinas de multiplicação apontou que os conteúdos trabalhados e as dinâmicas utilizadas eram realizadas da seguinte forma:

"Nós fazíamos as reuniões e discutíamos as dinâmicas. A gente abordava temas como sexualidade e drogadição. A sexualidade mais para o lado emocional e, no caso, DST, AIDS inevitavelmente entravam em todas as oficinas, com reunião ou não, com planejamento ou não".

Rosângela ainda comentou:

"Em cada oficina a gente fazia o planejamento antes e aplicava, mas havia um problema sério, eu, o A. a M. e o S., nós, temos um sério problema: assim, por mais que a gente faça reunião a gente chega no local, a gente pode ter um papel com roteiro, mas a gente vê a necessidade do grupo, o que eles estão pedindo, daí modificamos".

Nas oficinas, participavam adolescentes de 12 a 18 anos; eram a 6ª, 7ª e 8ª série e o primeiro colegial.

Com relação à experiência de coordenação das oficinas, Rosângela contou-nos que os alunos ficavam tão retraídos que tinham medo de ir para as atividades, pois não sabiam o que ia acontecer, aguardavam palestras, mas aos poucos iam descontraindo e participando.

"Assim, o que a gente percebe só de olhometro é que às vezes uma pessoa só assimilou muito bem as idéias e isso pra gente já é vitória, porque, tipo assim, quando você consegue uma, de uma, você puxa mais uma. Mas algumas pessoas aderiram à camisinha porque viram que ela tem acesso mais fácil. Muito adolescente vem falar com a gente: 'Puts!! Posto de saúde dá camisinha de graça'? Então o jovem aceita mais, porque você não vai usar uma coisa só porque falam na televisão aquelas propagandas de carnaval com camisinha colorida. Aquilo lá é a coisa que a gente mais abomina. A gente pega, abre e põe na boca, a gente quebra muita coisa, quebra tabu. Então eles aceitam muito."

Quanto à supervisão, Rosângela contou-nos que as técnicas ficavam perto dela lhe dando suporte, mas as oficinas quem coordenava eram sempre eles, os adolescentes.

Em sua entrevista pudemos perceber certa autonomia e segurança, talvez por já vir de experiências anteriores, o que lhe dava maior mobilidade na condução do grupo nas oficinas e tranquilidade para promover alterações no que já havia sido planejado⁴⁴. Tais iniciativas colocavam os multiplicadores como agentes e atores de fato, na medida em que, com o suporte do adulto "técnico", eram capazes de criar e trabalhar do seu jeito as informações e assim vincular-se aos adolescentes nas oficinas.

Outro aspecto importante, citado por essa multiplicadora na entrevista, refere-se à proposta de prevenção com a garantia de insumos disponíveis amplamente, sem restrições por parte da rede pública. Estamos falando dos preservativos masculinos

⁴⁴ Em alguns momentos essa autonomia aparecia como entrave na relação entre o multiplicador e o técnico.

e femininos, bem como de materiais instrucionais e educativos. Sabemos que, sem tais insumos, qualquer trabalho dessa natureza estaria comprometido. Ressaltamos ainda que a surpresa do público envolvido nas oficinas, ao ser informado que os postos de saúde naquele momento forneciam o preservativo, indica o quanto essa prática não era rotineira para o jovem.

Renato, em 2000, estava com 15 anos e cursava o primeiro colegial. Morava com os pais e mais três irmãos. O pai estava desempregado e era a mãe, no momento, quem sustentava a casa. A família passava por dificuldades financeiras. Participava do grêmio da escola organizando campeonatos e atividades culturais. Gostava de organizar festas, mas nos falou que a diretora do seu colégio era muito rígida e não era sempre que permitia estas atividades.

Ingressou em 1998 no projeto aos 13 anos.

“Eu comecei a participar desse projeto quando minha irmã me incentivou a ir aprender um pouco e porque eu estava interessado nesses assuntos.”

Renato, que era o mais jovem multiplicador, afirmou-nos que a família era também um espaço privilegiado para o jovem tirar suas dúvidas em relação à sexualidade:

“A minha mãe sempre conversou comigo, mas ficava dúvida ainda, então consegui entender quase tudo”.

Quanto a seu treinamento, relatou que os temas vinham ao encontro das suas expectativas, pois falavam de sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, Aids, drogas e preconceitos com as pessoas diferentes da maioria.

Na fase de multiplicação, com o que aprendeu, sentia-se preparado, mas tinha um pouco de medo e insegurança. Ele próprio considerou normal uma certa insegurança no início, pois seu receio era não saber responder alguma pergunta feita pelos adolescentes. Atuava num grupo de três multiplicadores, o que o deixava mais tranquilo. A supervisão técnica presente também auxiliava nas dificuldades que surgiam.

Comentou que o assunto que os adolescentes mais perguntavam eram as drogas e seus efeitos. Questões referentes à intimidade eram feitas ao término das oficinas, uma vez que os jovens, de acordo com Renato, eram muito cruéis uns com os outros. Dependendo da pergunta que algum adolescente fazia, os outros riam e debochavam, não da dúvida do colega, mas do próprio colega, deixando-o constrangido no grupo. Relatou-nos:

"Eles são preconceituosos. Não dá para bobear, sempre pegam um para Cristo por um tempo até arrumarem outro para massacrar".

Em relação às drogas nos falou:

"Eu conheço muito pessoal aqui por onde eu moro e tem muito tráfico de droga e eu conheço todo mundo. Tem gente rica que quer assaltar, quer fazer isso, só pra fazer gracinha. E eu conheço todos daqui e é muita coisa que rola assim de droga, é muita coisa que rola e, sei lá, pelo que tá acontecendo agora o pessoal não se toca. (...) Eles justificam muito que têm problema na família, sabe? (...) Sempre eles associam entrar no problema, e eu falo se isso fosse problema... a dificuldade que a gente tá passando, né? (...) Tem um colega nosso que a mãe se separou, ela usava droga, morreu de Aids, o J., e até hoje vê se ele está usando droga por problema na família. (...) Não é isso que justifica, que só por causa, tipo assim, que eu briguei com a minha mãe, que eu discuti com a minha mãe, que eu vou começar a usar droga, que eu vou esquecer disso. Eu vou tá piorando as coisas mais ainda, porque usando droga eu vou evitar de conversar com a minha mãe, porque daí minha mãe vai me ver drogado, alguma coisa assim, quer dizer, não vai ser legal, quer dizer, vai piorar o relacionamento mais ainda".

Relatou também que as oficinas foram muitas boas tanto para ele como para a população participante, mas ressaltou que estas atingiram um número muito reduzido de jovens, pois realizaram-se poucas. Acreditava que esse fato deveu-se ao

afastamento dos jovens multiplicadores por questões financeiras: até certo momento, eles contavam com vale-transporte para ir às escolas e – não soube dizer por qual motivo – depois os vales foram suspensos, o que inviabilizou a viagem deles até as escolas, uma vez que não possuíam dinheiro para a passagem.

Outro problema sério foi o fato de, após as oficinas, não possuírem o preservativo para distribuir entre os alunos.

"Tem vez que a gente deu palestra e não tinha camisinha pra gente distribuir, e todo mundo: "por que, por que". Então fica chato, né?"

Outro ponto importante que levantou foi o modo como, nos grandes encontros de jovens multiplicadores para planejamento e avaliação, emergiram os preconceitos entre os grupos juvenis.

"Tinha um pessoal que era esquetista da Vila Lusita, parecia um pessoal drogado, eles ficavam te encarando. O pessoal do RAP, do grafite ficavam te olhando de cima para baixo. Falava besteira, gritava. Eu pensava: não vou ficar com este pessoal, eles não vão levar o encontro a sério. Mas no final percebi que eram legais, ficamos superunidos e voltamos juntos no ônibus."

Renato mais uma vez aqui nos apontou como os preconceitos interferiam nas relações. Ressaltou como era prejudicial quando eles emergiam no grupo e nas oficinas, e como apareciam também nos encontros entre os multiplicadores, causando ruídos de comunicação e dificuldades no relacionamento⁴⁵.

Pedro, em 2000, estava com 20 anos e cursava o terceiro colegial. Disse estar atrasado nos estudos por causa das eleições municipais para a prefeitura de Santo André, período em que não frequentou a escola. Nessa época era militante do

⁴⁵ Destacamos o fato dessa entrevista ter sido realizada na casa desse multiplicador, por opção dele, contando com a presença dos pais e irmãos, num clima descontraído, onde não se sentiu embaraçado para se posicionar.

movimento estudantil, iniciando sua participação no grêmio da escola. Já havia atuado em várias entidades estudantis e no momento era dirigente da União Paulista dos Estudantes Secundaristas (Upes).

Morava na Vila Lusita, bairro que, segundo ele, abrigava tanto pessoas de classe média como moradores de favelas. Nas escolas todos os segmentos se encontravam.

“É um bairro muito engraçado porque, assim, em volta da avenida surgiu a classe média-média e a classe média-baixa, mas pra cima tem uma favela, uma favela organizada, mas ainda tem muito de uma favela. E as escolas que têm perto da minha casa é para todo esse público que mora, então é uma mistura muito grande, quem mora perto da avenida e quem desce do morro pra estudar.”

Ele explicou como ingressou no Projeto Jovens Multiplicadores:

“Eu era da Umes (União Municipal de Estudantes Secundaristas) e aí a prefeitura me procurou, através da Assessoria da Juventude, dizendo que era um projeto de capacitação de jovens de vários segmentos, com o objetivo que estes jovens retornassem para os grupos e trabalhassem a prevenção da Aids. Fui mais querendo me formar, depois percebi como isto seria importante para trabalhar nas entidades estudantis. Eu como um dirigente poderia trabalhar estes temas, dificilmente o cara que vai conversar com o Grêmio de outras cidades trata sobre esse assunto. Depois que eu fiz o curso para ser um multiplicador, sempre dei uma atenção mais legal pra isso. E depois eu vi que a gente podia começar a combater de fato a questão do vírus em Santo André. Comecei a me envolver bastante, comecei inclusive até a abrir mão de algumas coisas da Umes em função do projeto”.

Pedro comentou que achou interessante a proposta do projeto e em 1998 iniciou o curso de formação. Contou-nos:

“A gente passou por um curso de formação de base de mais ou menos um ano, um ano e pouco. E começamos a dar algumas oficinas em escolas, a gente até aproveitou o contato com os Grêmios”.

As informações técnicas eram passadas através de encontros e palestras com pessoas especializadas, onde com o intermédio de várias dinâmicas grupais eram discutidos temas ligados à sexualidade e drogas.

Assim relatou:

“Fomos visitar quase todos os espaços públicos que trabalhavam com essa questão. A gente foi visitar, conhecer como funcionava, como eles atendiam, até para poder indicar também. Bem prático ao mesmo tempo em que tinha a questão teórica”.

Pedro disse que, apesar de ser uma liderança estudantil e estar acostumado a falar com os estudantes, ficou muito inseguro nas oficinas. Ressaltou:

"Eu me senti muito inseguro quando a gente foi para dentro das escolas. Principalmente quando eu vi que a técnica que a gente estava incrementando não fazia as pessoas falarem e raciocinarem em cima do que a gente estava querendo discutir. O grupo me deixou bastante aflito, não tinha retorno. Só eu que falava. Eu via como a R. conseguia fazer a galera falar. Eu acho que não consegui desenvolver bem a metodologia para as pessoas interagirem. Acho também que o adolescente odeia receber ordens, eu também odeio”.

Pedro acreditava que a informação passada pelo adulto não repercutia de modo positivo na vida do adolescente:

"Por exemplo, um médico formado que vai para dentro da escola passar seus conhecimentos. Ele sempre vai ser um cara chato, pois vai estar

falando em uma linguagem que ele é acostumado dentro da universidade, dentro dos estudos dele, que é muito diferente da população que é a maioria. Até por diferença da cultura, do acesso à informação, então ele coloca em uma linguagem que o jovem não entende. Na verdade não é que ele não entende, ele entende muito bem o que o cara fala, a importância de usar camisinha, mas ele não entende dentro da vidinha dele ali, como tem que se usar camisinha e qual que é a real importância. Então se você perguntar para ele, ele sabe qual que é a questão da prevenção: o que é usar camisinha, quais são os riscos. Ele pode até não saber por completo, mas ele sabe o grosso de como prevenir a Aids. Mas ele não aplica exatamente por isso... porque acho que o médico não sabe a forma de convencê-lo”.

Pedro disse que o suporte dado pelos técnicos ligados ao Projeto e pela ONG GTPOS era proveitoso, uma vez que na supervisão eles podiam tirar a dúvida e melhorar a atuação na oficina. Avaliou também que esse processo durou pouco, pois houve uma série de mudanças na Assessoria da Juventude e o projeto ficou parado.

“Não estou na administração, então eu não tenho as informações completas, mas até onde eu sei não tem um projeto de continuidade de médio prazo, que é de dar subsídio pro cara da Umes voltar e continuar a dar as oficinas dentro do grêmio, né? Era muito solto.”

Comentou que acabou envolvendo-se com as atividades do movimento estudantil e distanciou-se. Mas ressaltou que a formação obtida no projeto ampliou sua visão na atuação como líder estudantil. Disse que antes, nas suas discussões com os grêmios do estado de São Paulo, não falava em questões como gravidez, aborto e prevenção:

“Eu sou da Upes e acompanho grêmios em vários lugares, outros municípios, e o cara que vai conversar com o grêmio nunca trata de assuntos sobre sexualidade. A gente fala muito na questão política, social,

mas a questão do dia a dia do jovem, da gravidez, a gente não fala. Deixa para resolver depois, enquanto isto a menina vai ficando grávida".

Salientou que tanto ele como os técnicos envolvidos no trabalho falharam, na medida em que reproduziram muito pouco as ações. De acordo com sua entrevista, faltou um planejamento a curto, médio e longo prazo, e faltou também subsídio para o dirigente estudantil desenvolver as oficinas nos grêmios.

"Então eu falhei junto com todo projeto na questão de reproduzir as informações adequadamente, mas para minha própria formação foi ótimo, muito bom. Se a gente conseguisse estender isso para um monte de jovens a gente conseguiria a longo e médio prazo reduzir os índices da Aids e incrementar a camisinha na relação sexual, né?"

Pedro acreditava que seria um trabalho árduo, de formiguinha, tratava-se de criar uma relação de confiança com o jovem.

"Sensibilizamos algumas pessoas, mas na minha opinião se fosse mais bem planejado, organizado, estruturado e priorizado teria um efeito de formiga maior."

Essa entrevista nos mostrou a importância que o projeto teve na vida desse multiplicador, um líder estudantil cujas preocupações se limitavam, segundo ele, a questões sócio-econômicas. Ficou evidente sua mudança de postura em face da juventude depois dessa experiência, de modo que outros temas passaram a fazer parte de sua agenda nos encontros com os grêmios.

Suas críticas em relação ao projeto são pertinentes, e talvez elas tenham sido o motivo que fez com que esse jovem acabasse por se afastar, o que em nossa avaliação foi uma grande perda, pois ele apontava para o rompimento de alguns "preconceitos" fortemente enraizados no movimento estudantil: de que esse espaço seria o da luta política e reservado apenas para a discussão referente às questões sócio-

econômicas, deixando para um momento posterior outras questões que também afligem e fazem parte do cotidiano da juventude.

Marina, em 2000, tinha 19 anos, e morava no Jardim Ana Maria. Esse bairro faz divisa com Mauá e São Paulo, é próximo ao Pólo Petroquímico. Ela tinha terminado o magistério e estava trabalhando na Prefeitura de Mauá como professora de pré-escola. Gostava de dar aula e, desde que tinha envolvido-se com o movimento estudantil, percebera que uma das armas para mudar o mundo seria o próprio trabalho, ao dar aulas, através da educação. Gostaria de trabalhar como educadora de rua. No momento da entrevista, estava envolvido com várias atividades ligadas à arte, movimento estudantil e partido político.

Relatou do seguinte modo seu ingresso no projeto:

"Vi que este projeto era uma forma de atingir o público adolescente. São jovens como eu. Seria um espaço onde eu poderia falar também do Estatuto da Criança e do Adolescente, do movimento estudantil e sobre prevenção às DST e Aids, além de informações sobre cidadania e cultura".

Para Marina o convite para ser uma jovem multiplicadora veio em função da sua forte atuação no movimento estudantil em Santo André. Assim descreveu sua atuação à época:

"Em 98 para fazer a capacitação, eu fazia o movimento estudantil, estava totalmente assim, envolvida nisso dia e noite, noite e dia. E ainda em 98 eu estava totalmente ligada à questão do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e com a Umes (União Municipal dos Estudantes). Eu me envolvi com isso, eu e um amigo meu, o É. Então a gente fez o encontro regional e municipal da criança e do adolescente, então por causa disso, do trabalho que eu estava fazendo acabaram me chamando".

Em relação à sua capacitação, disse tê-la iniciado em 1998, aos 17 anos, a qual durou um ano aproximadamente.

“Eu fiz o trabalho de capacitação, adorei, achei muito legal, tudo que eu fiz, gostei demais e vi que é outra forma de eu estar atingindo meu público, que é o grupo que eu gosto de trabalhar, né? Que é um grupo de jovens, que é como eu também. Que é assim: eu poderia estar falando do Estatuto da Criança e do Adolescente, ou poderia estar falando de movimento estudantil, e poderia estar falando sobre a prevenção da Aids e DST, e não só isso, trazendo mais informações sobre cidadania e cultura, né? Que é assim, as oficinas que eu faço, que eu aprendi a fazer não é aquela coisa sistemática de falar ‘tem que usar camisinha’, é... ‘não façam sexo sem camisinha’, ‘não use drogas. É bate-papo mesmo, é conversa, troca de informação, numa boa, que eu não tenho que sentar alguém na cadeira e falar faça isso e não faça aquilo. As pessoas vão entendendo, vão captando a mensagem.”

Marina comentou que o processo de formação para trabalhar com prevenção em DST/Aids foi muito intenso, pois foram realizadas oficinas de sensibilização e preparação nas quais se discutiram temas como fisiologia humana, sexualidade (namoro, “ficar”, casar etc.), doenças sexualmente transmissíveis, Aids, gravidez na adolescência, drogas e outros que surgiram a partir destes temas. Esse processo de formação foi contínuo, com encontros semanais, num período de um ano.

Na primeira oficina foi pega de surpresa, pois a pessoa que ia coordená-la não pôde ir e, na última hora, pediram para que ela assumisse. Mariana nos contou como foi sua reação:

“Tá bom, mas não garanto nada.’ Estava morrendo de medo. E fomos eu e o É. Eram vinte moleques de mais ou menos 14 anos. Achei que não ia conseguir. Sei que a gente fez a dinâmica, brincamos pra caramba com a molecada e no final das contas as pessoas agradeceram e eu até chorei de emoção”.

Nesse mesmo ano Marina coordenou algumas oficinas em escolas, ampliando sua atuação em 1999. Nas oficinas trabalhava questões ligadas aos cuidados que o adolescente deve ter com o seu corpo. Ressaltou:

"Olha, quando a gente fazia a capacitação eu percebi pouco a pouco a queda dos preconceitos, né? Eu tenho pudores como qualquer outra pessoa, mas quando eu comecei a fazer o curso de capacitação ainda tinha muitos pudores. Na questão da virgindade. Eu não enxergava muito bem isso, o próprio conhecimento do corpo, a masturbação feminina, a masculina e todo mundo fica super assim: 'o que é isso?'. É coisa simples, mas eu tinha muito preconceito. Mas, assim, a sensibilização foi muito bem-feita e as pessoas começaram a enxergar de uma outra maneira, com uma outra forma de olhar, enxergar isso. E é fantástico essa queda de preconceitos, tanto pra mim quanto pra outras pessoas".

Essa multiplicadora também é integrante do grupo Jamaica e se posicionou criticamente no que se refere aos roteiros e à forma de alguns técnicos passarem os conteúdos das oficinas:

"Eu acho assim, que hoje em dia o que falta mesmo, por mais explícitas que estejam as informações, as propagandas da televisão, eu acho que falta muita coisa pra alcançar o público adolescente no combate contra Aids, DST. Por que usar uma camisinha, né? Muitos jovens acham: 'aí se é comigo não acontece nada'. Isso é muito por causa da prepotência, não da onipotência, que cerca os jovens, que não sabem o que vai acontecer."

(...) "Alguém tem que dar as informações para ele, alguém tem que estar trocando uma conversinha, você tem que se sensibilizar, entender as razões: "você está com dor de cabeça? Você está tão chata hoje, está com TPM? Vamos conversar?". Acho assim, a gente entra com mais facilidade pra conversar com os jovens, por isso que eu sou uma Jovem Multiplicadora e gosto muito do projeto que eu participo. Me esforço para

ter jogo de cintura e saber qual dinâmica usar e como, ouvindo o outro sem tom de palestra, pois é muito chato."

(...) "A nossa sociedade é muito moralista. Falso moralismo, pura hipocrisia. Quanto menos hipócritas forem as pessoas, mais fácil vai ser para mudar o mundo. Se o cara for machão e não quiser usar camisinha não serve para mim. As mulheres são mais responsáveis que os homens, apesar que tenho muitas amigas que tomam anticoncepcionais para não engravidar e no entanto não se previnem quanto às DST. Acho que o preservativo feminino vai ajudar bastante".

Marina avaliou que o projeto teve grande impacto na vida dos jovens coordenadores abrindo portas que lhes possibilitaram refletir sobre seus preconceitos e tabus. Disse que não entendeu os motivos que levaram as pessoas a se desestimularem, pois sentiu que começou a esfriar e as pessoas ficaram perdidas.

Assim finalizou sua entrevista:

"Muita gente foi se distanciando e assim foi tendo uma seleção natural. Várias se afastaram, outras pessoas continuam, mas assim, muita gente desanimou e perdeu a graça, foi indo embora, aí foi ficando difícil pra gente fazer reunião, a gente fez planejamento estratégico, mas não foi cumprido, né?".

A multiplicadora não entendeu os motivos que levaram o projeto ao esvaziamento, talvez por estar naquela época envolvida com várias atividades ao mesmo tempo e não ter sido possível acompanhar o desenrolar dos fatos de modo mais próximo. Mas é interessante destacarmos que ela apostava no projeto não apenas para a discussão de temas ligados à sexualidade. Pois em sua entrevista ficou evidente seu interesse em cruzar a prevenção às DST com outros temas, como a importância da organização do movimento estudantil, os grêmios, o aprofundamento das discussões sobre o ECA, dentre outros.

Entendemos que nas oficinas de educação preventiva há de se discutir cidadania, pois o exercício pleno e saudável da sexualidade envolve direitos e responsabilidades: como já dissemos reiteradas vezes, é o sujeito como ator social que está em cena. Mas o que questionamos é se realmente o espaço reivindicado no Fórum da Juventude, e aberto pela Assessoria da Juventude, para a discussão sobre como prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, a Aids e tirar dúvidas sobre a sexualidade na adolescência, daria conta da ampliação para esses outros temas. Talvez o adolescente que viesse a procurar uma oficina de sexualidade não tivesse no momento demanda para a discussão de outros assuntos.

Os jovens multiplicadores: Fase II

A partir da avaliação da primeira fase do projeto, a Assessoria e o Centro de Referência da Juventude retomaram a discussão em 1999 apontando para a reestruturação do Projeto Jovens Multiplicador.

Relataremos a seguir essa reestruturação da ótica dos jovens que iniciaram sua participação no Projeto nesta fase.

Como já mencionamos anteriormente, a coordenação do Centro de Referência da Juventude (CRJ), nessa nova fase do projeto, começou um trabalho de sensibilização com os moradores dos bairros Jardim Carla e Parque Andreense, chamando-lhes a atenção para a necessidade de se iniciar, de forma mais planejada e sistemática, discussões com a juventude local tendo como recorte reflexões sobre os riscos a que se expõem em seu cotidiano e sobre as formas de minimizá-los.

Esse processo foi desencadeado, ainda no primeiro semestre de 2000, ao mesmo tempo nos dois bairros selecionados e os adolescentes interessados em serem multiplicadores passaram a se encontrar semanalmente com os técnicos do CRJ e da organização não-governamental Centro de Educação e Saúde (CES), entidade contratada para dar assessoria ao Projeto, acompanhando os jovens em todas as atividades.

No Jardim Carla, as reuniões eram às terças-feiras e, no Parque Andreense, às quartas-feiras. Um ponto importante a destacarmos neste segundo bloco de entrevistas⁴⁶ é a heterogeneidade do grupo, pois nele encontramos jovens no início e no final da adolescência, o que gerou diferenças significativas na condução dos trabalhos nos bairros. Os jovens apresentavam as seguintes características: moravam com a família nuclear (pai, mãe e irmãos), estavam na faixa etária entre 13 e 20 anos, a maioria cursava o ensino fundamental e pertencia a famílias com baixo poder aquisitivo.

Vânia estava com 20 anos, era moradora do Jardim Carla. Disse que não participava de nenhum grupo organizado, apenas freqüentava esporadicamente uma igreja evangélica. Havia terminado o ensino médio e, por falta de condições financeiras, não podia cursar uma universidade (mas nos disse que não abandonaria este sonho).

Entrou em contato com o projeto no posto de saúde próximo a sua casa, em abril de 2000, pois a coordenadora do Centro de Referência da Juventude e do Projeto Jovens Multiplicadores fez a divulgação neste equipamento de saúde convidando os jovens do bairro a participarem dos debates que o CRJ estava promovendo.

Vânia interessou-se, foi para as discussões, convidou outros jovens e, em seguida, participou de um grande encontro com todos os jovens multiplicadores de Santo André. Disse que se envolveu com o trabalho por perceber que este se propunha a lidar com os problemas do jovem, que, ressaltou, era muito mal informado, e desse modo ela poderia ajudá-lo.

Vânia relatou:

“Foi uma oficina que a M. foi dar no posto de saúde próximo à minha casa e depois teve o primeiro encontro dos Jovens Multiplicadores. Aí me convidaram pra ir e eu peguei as inscrições pra quem queria fazer parte do projeto, me inscrevi e comecei a fazer o projeto de capacitação, pois eu acho que o jovem tem dificuldades em falar sobre sexualidade, e está

⁴⁶ Todas as entrevistas da segunda fase foram realizadas durante o ano de 2000.

muito mal informado sobre essas coisas. Eu era bem alienada, então eu acho que, o que falta na educação do jovem a respeito disso, o projeto aumenta o conhecimento do jovem”.

Começou o processo de capacitação em maio de 2000, com encontros semanais no posto de saúde e mensais no CRJ. Ela e os outros jovens discutiam os temas ligados à sexualidade e às melhores formas de abordar o adolescente com o apoio do Centro de Educação e Saúde.

“Eu participei de capacitações e a primeira foi em dois fins de semana, dois sábados e domingos e depois teve as capacitações que eram uma vez por semana no posto de saúde do bairro e também a geral mensal no CRJ”.

Vânia iniciou a multiplicação das ações na Escola Estadual Professor Nelson Pizotti Mendes no Jardim Carla. As reuniões realizavam-se toda terça-feira com os alunos da 7ª e 8ª série. Cada dia discutia com uma turma, sempre deixando como referência, para continuidade das oficinas, o posto de saúde do Jardim Carla, todas as sextas-feiras. Lá também poderiam retirar preservativos masculinos.

A entrevistada comentou que percebia diferenças entre a orientação sexual que teve na escola e a forma como ela própria passava estes conteúdos aos adolescentes.

"Eu acho que por nós sermos jovens eles ficam mais soltos, pois quando a gente dá uma oficina em uma sala de aula, que tem o professor presente, eles se comportam de uma maneira, quando o professor sai ou não está presente, eles se comportam de outra maneira: eles falam mais, eles colocam as dúvidas deles, eles acabam se soltando”.

Vânia nos descreveu como coordenava as oficinas:

"A gente aplica dinâmica, passa vídeo, faz grupinhos, monta cenas de teatro, tudo para que eles se envolvam, se integrem na ação, pois não

adianta chegar lá e começar a falar porque eles não vão prestar atenção. Com as dinâmicas eles vão se soltando e a gente vê as dificuldades que eles têm e aí sim temos o que falar”.

Disse que o projeto foi realmente inovador, pois o pessoal estava interessado em aprender. Apontou também que a melhor parte do trabalho era ter espaço, chegar à escola e instruir o jovem, embora tenha ressaltado a necessidade do multiplicador em estar atento para saber em que momento e como abordar os assuntos.

Vânia comentou:

"Eles se preocupam mais hoje em dia com a violência do que com a sexualidade, então acho que se deveria trabalhar mais esse tema e de uma forma leve, a sexualidade. A gente começa assim: 'vamos falar mesmo sobre sexualidade', só que conversando com o diretor, com os professores que dão aula para eles, a gente viu que deveria ir para um outro tema, porque eles não estavam pegando muita coisa, eles eram muito novos para estar discutindo sexualidade, então a gente começou a falar sobre violência, através desses temas começamos discutir responsabilidade na primeira relação sexual, que eles tem que ter respeito um pelo outro. Então a gente optou por violência, pois eles vivem em um bairro de periferia muito violento, para chegarmos nas questões ligadas à sexualidade”.

Essa multiplicadora também nos falou de sua percepção no que se refere aos resultados do seu trabalho:

“Percebo diferença quando eles dão sugestões de como pode se levar a vida mais saudável e não estar tão assim vulnerável a isso tudo. Estão se envolvendo e participando. Alguns jovens eu encontro na rua e eles perguntam alguma coisa que querem saber, encontro adolescentes com quem eu fiz a oficina e eles dizem que acharam muito legal e falaram para os amigos deles, mas eu não sei assim pessoalmente o que tem sido para cada um, o que mudou na vida deles, eu não sei mesmo”.

Vânia ressaltou que embora houvesse um grande esforço, por parte das duas técnicas (da prefeitura e da ONG), em acompanhar e supervisionar os trabalhos, o tempo de permanência em cada sala de aula era insuficiente para o aprofundamento dos temas.

“Eles têm muita curiosidade, querem saber sobre várias coisas e para você trabalhar uma vez só por semana com uma turma fica difícil, se fosse a mesma turma daria para continuar”.

Um grande obstáculo para o desenvolvimento do projeto foi a falta de interesse das instituições – sobretudo a escola – e da resistência delas em abrir, de fato, suas portas para a participação do jovem. Vânia contou também que o posto de saúde criou entraves, embora não explícitos, ou seja, esta estrutura organizacional impôs barreiras que acabaram por afastar o adolescente do posto.

“As maiores dificuldades que eu acho seria a falta de vontade das instituições, né? A gente tem muita força de vontade, o jovem tem muita força de vontade de ir lá e estar participando da capacitação, mas as vezes a gente chega em lugar e encontra aquela barreira. A gente está começando uma oficina em uma escola, foi lá umas três vezes, já entrou em reunião e tudo (...) é uma burocracia, a gente tem que ir na Delegacia do Ensino e eles não dão autorização. Eu acho que a maior dificuldade do projeto continuar é isso, está faltando algum incentivo das autoridades de tentarem mesmo continuar com o projeto, dar apoio, pois é um projeto bom, legal, mas falta alguma coisa para ele andar direito.”

Vânia finalizou a entrevista deixando o seguinte registro:

"Eu acho que não vou continuar no projeto, pois tenho que arranjar um emprego, mas o tempo que tiver disponível com certeza eu vou me

dedicar. Gostaria muito que cada vez mais jovens se interessassem, porque somos poucos para levar isso para muitos".

Aline estava com 14 anos e cursava a 8ª série. Morava no Parque Andreense com os pais e mais três irmãos. Não tinha experiência de participação em nenhuma entidade e nem em atividades coletivas até aquele momento. Ficara sabendo do projeto por uma amiga e interessou-se por achar muito triste que os jovens do seu próprio bairro usassem drogas e engravidassem.

Entrou em contato com a proposta no encontro organizado pelo CRJ e pela Assessoria da Juventude, num final de semana, no Clube de Campo do município, e ficou sabendo deste encontro pelas pessoas da prefeitura que foram a sua escola convidar os alunos. Esse encontro visava apresentar a proposta do Projeto Jovens Multiplicadores, ampliando nos bairros a participação desses jovens para a posterior atuação deles nos trabalhos de prevenção. Na época em que realizamos a entrevista, ela já participava do Projeto há mais de um ano, mas apenas dos encontros de capacitação. Aline relatou que nesse período o Projeto era sua única atividade, além de freqüentar a 7ª série do ensino fundamental.

Na fase de capacitação, nos encontros semanais, discutiam-se as formas de abordar os adolescentes e aprofundavam-se os temas ligados à prevenção, como sexualidade e drogas. Dos encontros gerais, a adolescente participava e gostava muito.

"A gente ia para muitos lugares, a gente foi até para Paranapiacaba. Eram vários jovens, a gente participava, todo mundo junto. Era aquela zona, conversava, brincava. Era uma diversão".

No início estava desconfiada e nos disse:

"Eu vim uma primeira vez e pensei: primeiro vou ver se me interessa, entendeu? Comecei a observar bem e a ver que era importante (...). Eles

explicavam sobre gravidez, aborto, uso de camisinha. (...) Eles traziam os cartazes, pegavam o aparelho que a escola tem do corpo humano, mostravam as partes, como que era, o que acontecia”.

Aline nos relatou que se sentia muito insegura em relação à temática trabalhada, pois, ainda que tivesse muito interesse, era a primeira vez que discutia esse assunto, assim havia muitas dúvidas e dificuldades:

”Antes eu tinha muita vergonha, eu queria saber de uma coisa e tinha vergonha. Mas eu tinha que parar com essa vergonha, porque eu quero saber, aí eu fui perguntando. (...) porque eu sou uma menina muito brincalhona, entendeu?

Em relação às ações de multiplicação, disse-nos que, apesar da vergonha, ia para a sala de aula e respondia junto a seus colegas as perguntas. Ficava encoberta quando demonstrava com o pênis de borracha a colocação correta do preservativo. Essas intervenções eram realizadas na Escola Municipal Professora Miquelina Pedroso Magnani e o público eram os adolescentes da 7ª e 8ª série. Ressaltou também que, nesses encontros de multiplicação, quando não sabia responder uma pergunta um outro multiplicador ou técnico sempre a auxiliava, o que a deixava um pouco mais tranqüila.

Para ela a supervisão era o momento de tirar dúvidas e foi de suma importância:

“pois os técnicos explicavam várias vezes, sempre respeitando as dúvidas de cada um”.

Avaliou, então, que o projeto estava sendo muito importante em sua vida, pois era a oportunidade de que precisava para elucidar uma série de dúvidas pessoais.

Quando lhe perguntamos quais pontos identificava como entraves para a execução do projeto, referiu-se ao espaço no bairro em que havia o encontro para as

reuniões de capacitação, planejamento das atividades e supervisão. Pois as oficinas de capacitação eram realizadas em uma escola municipal, mas a direção não facilitava a utilização do equipamento, e sempre que necessitava do espaço cedido não hesitava em utilizá-lo, às vezes ficando o grupo sem alternativa para realizar os trabalhos. A adolescente ressaltou ainda que as instalações eram muito precárias: as salas de madeira comprometiam a acústica, havendo muito barulho das crianças que cursavam da 1ª a 4ª série.

Posteriormente, visando entender melhor o andamento do trabalho de prevenção no Parque Andreense, fomos ao encontro de Aline em 2002, quando já estava com 16 anos, para sabermos como estava sua relação com o Projeto Jovens Multiplicadores naquele momento⁴⁷. Ela nos relatou que o projeto não mais se realizava e que gostaria de ter continuado. Na última vez em que técnicos do Projeto estiveram no bairro, disseram-lhe que teriam um encontro para discutir sua continuidade e Aline preencheu uma ficha na qual demonstrava interesse em continuar. Mas, depois, não obteve resposta dos envolvidos na organização.

Finalizou avaliando que trabalhos dessa natureza eram muito importantes e deveriam ser estendidos a todos os jovens, pois, segundo ela, há pais que não conseguem falar com seus filhos, e por falta de informação as meninas estão engravidando e muitos adolescentes contraindo doenças sexualmente transmissíveis. Acrescentou ainda que os conteúdos trabalhados tanto na capacitação como na multiplicação foram adequados e que, caso o projeto prossiguisse, apenas deveriam ser acrescentados mais encontros nas oficinas de multiplicação e uma real articulação com o posto de saúde do bairro, porque os jovens continuavam sem ter acesso ao preservativo.

Relatou que:

“no posto onde a gente mora, só pode pegar camisinha os homens de maior, e tem que ter carteirinha. (...) nos nossos encontros durante o projeto eram fornecidas as camisinhas, mas aqui onde moro, eles não tão nem aí, entendeu? A gente acha absurdo isso. Porque tem que dar”.

⁴⁷ Estava trabalhando de babá meio período e recebendo um salário de cinquenta reais mensais, que dava todo para a mãe para ajudar nas despesas da casa

Nós a questionamos por que a maioria dos adolescentes teria desistido e ela nos respondeu:

“É por causa de preguiça, falta de interesse. Às vezes iam também só para participar das partes boas, entendeu? Que era comer mesmo”.

Ao discorrermos por essa entrevista observamos que Aline não responsabilizou o poder público pela desorganização e falta de infra-estrutura adequada para o funcionamento do trabalho de prevenção no bairro. Uma articulação entre as Secretarias da Saúde e da Educação, que poderia garantir não apenas espaços mais adequados para o desenvolvimento das atividades, mas também infra-estrutura logística, não existia e em nenhum momento esta ausência foi apontada, por ela, como fator para a paralisação do projeto. Por outro lado, o que percebemos em sua fala foi certa tendência em culpabilizar o jovem multiplicador pelo projeto não ter alcançado a população juvenil andreense, até mesmo penalizando-o por ele gostar de comer e passear. Aline demonstrou assim uma postura dura e crítica em relação a seus pares, não conseguindo perceber os entraves institucionais.

Breno estava com 14 anos, cursava a 7ª série. Era morador do Parque Andreense e participava do projeto de educação ambiental Gerenciamento Participativo em Áreas de Mananciais (Gepam)⁴⁸. Ficou sabendo do projeto pelos cartazes de divulgação que o CRJ e a Assessoria da Juventude espalharam pelo bairro, inclusive nas escolas. Participou, em seguida, do encontro municipal de Jovens Multiplicadores, no Clube de Campo do município.

Morava com a família e, fora os momentos que passava com os amigos, suas atividades se limitavam a estudar na escola pública municipal do seu bairro,

⁴⁸ Órgão governamental que atuava no bairro realizando atividades voltadas ao meio ambiente.

freqüentar esporadicamente o centro comunitário e ir às reuniões de formação ministradas pelas duas técnicas que coordenavam as oficinas.

Sua entrada no projeto era recente e nos contou como foi:

“Fiquei sabendo do projeto com a M., eu vim na reunião, aí ela veio e se apresentou para gente, fez umas dinâmicas e disse que ia ter uma excursão ao Clube de Campo para discutirmos o trabalho sobre Jovens Multiplicadores. Aí a gente deu o nome e fomos para o Clube de Campo, onde ficamos sabendo de várias coisas, né? Várias dúvidas eu tirei lá nesse encontro. Aí ela pediu para quem quisesse participar e ser um jovem multiplicador dar o nome”.

Ele interessou-se e começou a participar toda quarta-feira na escola onde se desenvolviam as atividades de formação. Nessas oficinas, ele e outros adolescentes, através de dinâmicas grupais, discutiam temas ligados à sexualidade. O desejo de Breno era o de contribuir passando para outros adolescentes as informações que estava adquirindo nos encontros, pois acreditava que suas dúvidas eram as mesmas que as dos seus colegas, assim se esforçava em aprender.

Seguiu dizendo:

"o pessoal daqui é desinformado sobre essas coisas. Não quer muito saber. Estamos discutindo sobre DST e Aids, sobre prevenção, sobre relacionamento e vamos passar para frente”.

Ele e os outros adolescentes inseridos no Projeto estavam iniciando gradualmente atividades pontuais na comunidade, com o objetivo de repassar o que já haviam aprendido sobre sexualidade, DST e prevenção. Participaram de algumas atividades culturais do bairro e de algumas intervenções, nas quais transmitiram suas mensagens através do *rap*, mas ainda de forma muito tímida.

Em relação ao acompanhamento das ações coletivas junto aos jovens do bairro, por estar ainda muito pouco seguro para este tipo de trabalho preventivo, contava

com a presença das técnicas que o auxiliavam e com a supervisão das mesmas nos momentos posteriores à avaliação das ações. Breno disse como se sentia:

"Eu, como o nosso grupo não estamos muito bem preparados para isso, eu acho que trabalhando mais um pouco já dá para dar mais algumas oficinas".

Relatou que o projeto havia ajudado a ele e a seus amigos a aprender a se prevenir, pois foram se informando e tirando suas dúvidas. Acreditava mesmo que os jovens não estavam se prevenindo por não ter informações adequadas e que sem estas não poderiam se proteger. Breno assim resumiu:

"Sem informações, os adolescentes acham que fazer sexo com camisinha é o mesmo que chupar bala com papel".

Constatamos que os efeitos desse trabalho sobre Breno, ainda que ele afirmasse o quanto lhe fora importante e contribuía para uma melhor compreensão sobre questões ligadas à sexualidade, ainda não se apresentavam como uma necessidade vivida por ele. Parece-nos que ele falava de algo que não havia experienciado ainda e que estava por acontecer. Sua fala era de alguém que valorizava uma informação e esperava o momento de colocá-la em prática.

Cláudio estava com 14 anos e cursava a 7ª série. Era morador do Parque Andreense. Nunca havia tido nenhuma participação coletiva comunitária. Foi por intermédio do seu amigo Breno que ele conheceu o Projeto Jovens Multiplicadores.

No momento em que o entrevistamos, ele nos falou do processo que estava vivenciando naquela ocasião, pois tudo era novo desde seu ingresso no Projeto, que era bem recente, até a época da entrevista.

Sua capacitação estava proporcionando-lhe muitas coisas que não conhecia. O uso do preservativo para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis era ressaltado por ele como de suma importância. Esta e outras

informações eram novas para ele, como deveriam ser também para outros jovens de sua idade.

Fez a primeira apresentação no Dia Nacional de Vacinação no posto de saúde do Jardim Carla, na qual se sentiu muito nervoso e com vergonha. Os adolescentes não prestaram muita atenção, segundo ele. Disse que carecia ainda de um maior amadurecimento e segurança para as intervenções públicas.

Outro ponto que trouxe insegurança a esse multiplicador em processo foi o fato de entender que ainda não dominava as questões ligadas à sexualidade e receava não saber responder às perguntas, pois sua trajetória rumo a uma formação mais consistente ainda não havia sido concluída, o que justificava seus limites para iniciar as oficinas de multiplicação junto a seus pares no bairro.

Mas, embora reconhecesse suas dificuldades, ressaltou a importância das oficinas de prevenção serem coordenadas pelos próprios jovens, pois, em sua avaliação, as informações seriam veiculadas de forma mais satisfatória, já que o multiplicador, quando preparado, possuiria habilidades de comunicação que ajudariam seus colegas a sentirem-se mais a vontade para se posicionarem e tirar as dúvidas.

É procedente ressaltarmos que nessa entrevista buscamos conhecer a opinião desse adolescente sobre o alcance do Projeto junto aos jovens de seu bairro, mas percebemos que não possuía subsídios ainda para uma avaliação mais criteriosa. Ao lhe perguntarmos sobre as razões que levariam os jovens a não se prevenir, respondeu-nos:

“Eu acho que para alguns adolescentes falta informação e para outros falta juízo”.

O que é falta de juízo? – indagamos. Ao que Cláudio nos respondeu:

“Eles sabem como se previne e não querem se prevenir, pois eles acham que não vão pegar Aids e nem doenças”.

Percebemos que apesar das respostas evasivas e sem muita reflexão havia um certo interesse em ampliar os conhecimentos por parte desse jovem, uma vez que sempre aparecia nos encontros de formação, nos quais buscava sanar suas dúvidas junto às técnicas que coordenavam o grupo de adolescentes. Talvez esse entusiasmo das descobertas, aliado a pouca experiência, não tenha permitido que Cláudio fizesse uma avaliação mais crítica desse processo, pois ao perguntarmos o que ele acrescentaria ou o que deveria ser mudado no Projeto, ele nos respondeu que nada, tudo estava bom. Mas acrescentou que necessitavam de espaços mais adequados para a realização das oficinas de capacitação e concluiu:

"Aprendi a importância de usar a camisinha. E o que mais me motiva é saber que vão vir outros jovens".

Antonio estava com 15 anos e cursava o 1º colegial. Conheceu o projeto por intermédio de sua irmã mais velha, que o convidou a participar. Era morador do Parque Andreense e residia com os irmãos e os pais. Relatou-nos não possuir nenhuma experiência em participação coletiva, o projeto teria sido sua primeira e estava na fase inicial naquele momento.

Ele não nos pareceu muito entusiasmado com os encontros semanais de capacitação, destacou que nestes discutiam-se temas ligados à sexualidade, sobretudo, às DSTs e à Aids, mas afirmou que não dominava os conteúdos e sentia-se despreparado. Nesse sentido, não vislumbrava a curto prazo sua participação nas intervenções junto a outros jovens no bairro, ou seja, a etapa de multiplicação das ações ficaria para um momento posterior.

Em relação à supervisão, embora não tenha falado, pudemos perceber, acompanhando alguns encontros de formação, que esse adolescente pouco solicitava esclarecimentos técnicos. Quando lhe perguntamos o que o projeto significava para ele, respondeu-nos que estava aprendendo bastante, mas que não conseguiria repassar as ações por conta de sua principal dificuldade: superar a vergonha e a timidez. Nosso contato foi breve, porque Antonio mostrou-se muito reticente em suas respostas, dando-nos a impressão de que não dominava a proposta do projeto.

Vale lembrarmos que no capítulo anterior descrevemos as características que um jovem deveria possuir para ser protagonista de ações visando a educação preventiva entre seus pares da mesma faixa etária. Tal perfil, traçado pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, sugeria, dentre outros pontos, a importância de o jovem possuir facilidade de comunicação e desenvoltura para tratar dos assuntos ligados à sexualidade; discutindo com o grupo tanto as demandas deste como as formas de aumentar a percepção deste dos riscos, propiciando-lhe assim possibilidades de vir adotar medidas de autoproteção.

Nesse sentido, não nos pareceu que esse jovem preenchesse tais requisitos, excetuando-se o fato de não termos conseguido um clima descontraído no momento da entrevista, o que talvez tenha dificultado seu resultado. De qualquer maneira, ficou a impressão de que Antonio havia estabelecido pouca identificação com o projeto.

Renata, 16 anos, cursava o primeiro colegial e era moradora do Parque Andreense. Morava com a mãe e mais quatro irmãos. Participava do projeto de educação ambiental Gepam. Ficou sabendo do Projeto pelos cartazes de divulgação que o CRJ e a Assessoria da Juventude espalharam pelo bairro, inclusive nas escolas. Participou, em seguida, do encontro municipal de Jovens Multiplicadores, no Clube de Campo do município. No momento em que a entrevistamos, estava há um ano participando das atividades de formação. Perguntamos com o que se ocupava quando começou a participar do projeto e ela nos disse que sua atuação era circunscrita ao bairro e estava terminando a 8ª série.

Começou a freqüentar os encontros de formação onde gostava de discutir e tirar dúvidas, principalmente sobre como evitar as doenças sexualmente transmissíveis. Comentou que gostava muito da forma como eram trabalhados os conteúdos, as dinâmicas, que, para ela, eram como brincadeiras, muito divertidas. Além disso, destacou como de suma importância o fato de ter conhecido muitos jovens nesse processo, sobretudo, nas reuniões gerais e nas excursões promovidas pelo CRJ. Conheceu coisas diferentes, como o teatro, por exemplo. Assim definiu esse momento:

“eu participava de várias coisas, participava de shows de *Hip Hop*, grafite e *break*. Eu gosto de dançar. (...) Levavam a gente para excursões para discutir o assunto, faziam reuniões aqui na escola no Parque Andreense”.

Disse-nos que no início o principal obstáculo era sua própria timidez, pois nos grupos de formação tinha dificuldades de esclarecer suas dúvidas, mas, na medida em que a coordenação foi estimulando a participação, ela foi sentido-se segura e à vontade, momento em que começou a aprender de fato.

Em relação às ações de multiplicação, ela disse tê-las iniciado na regional do Parque Andreense. Lá o grupo transmitiu as informações sobre DST e Aids, em forma de jogral. Comentou que, embora tivesse ficado nervosa, acreditava ter se saído bem, pois as pessoas ouviram as mensagens e fizeram algumas perguntas. Os multiplicadores nesse dia distribuíram materiais educativos que foram confeccionados rapidamente para esse evento em pouca quantidade, esgotando-se rapidamente.

Em seguida Renata iniciou as oficinas de prevenção nas 5ª séries na escola municipal do bairro. A opção por essa série deveu-se ao fato dos envolvidos no Projeto e a direção da escola avaliarem que essa faixa etária juvenil estaria começando pensar nesses assuntos e seria um momento privilegiado para iniciar as discussões de temas ligados à sexualidade com ela.

Este era seu entendimento:

“Nas 5ª séries estão começando agora, estão com a cabecinha livre. (...) Sempre têm os brincalhões, né? Mas se interessavam sim, ainda mais os pequeninhos”.

Disse que contava sempre com o apoio de seus colegas multiplicadores nas intervenções, o que era fundamental para dar segurança a todos:

“Quando um cara não sabia, ficava meio enalhado, eu falava. Quando não sabia, meus parceiros respondiam”.

Para ela a supervisão técnica era excelente e só não aprendia quem não queria, porque tudo era explicado várias vezes e de diversas formas.

Renata nos relatou que não possuía até o momento nenhum dado concreto sobre a eficácia desse trabalho preventivo no bairro dela, mas tinha a impressão de que a linguagem do multiplicador jovem seria mais apropriada, favorecendo um vínculo maior com os grupos juvenis.

Finalizou a entrevista afirmando dois pontos: primeiro que o projeto foi uma luz em sua vida, pois seu pensamento depois das oficinas era outro, afirmando que não transaria de forma alguma sem camisinha, nem que estivesse apaixonada. O segundo referia-se à participação do adulto no trabalho de prevenção junto aos jovens, ou seja, afirmou que jamais descartaria a ajuda e contribuição do adulto.

“Pra mim é melhor porque é uma pessoa mais experiente do que eu”.

Em março de 2002 voltamos a conversar com Renata para saber como estava o Projeto. Ela nos disse que estava parado, responsabilizando tanto a prefeitura como os jovens pela estagnação. Assim nos explicou:

“houve um desestímulo da parte dos jovens que vinham para os encontros semanais e às vezes não acontecia por vários motivos, dentre eles, a falta de transporte para os técnicos se locomoverem. Outras vezes o pessoal da prefeitura estava no local marcado e os jovens não apareciam.”

Perguntamos por que a maioria dos jovens desistiu e ela respondeu:

“Relaxo, para mim é relaxo mesmo. Ou até porque achava muito trabalhoso, pois a gente vinha cedo. Uns não vinham por preguiça mesmo. A. J., que coordenava as oficinas de formação, até buscava em casa. Ela incentivava os alunos mesmo. Se falasse que ia ter show, ia dar lanche, aí, meu, o ônibus enchia, todo mundo queria ir. Mas dava raiva. Porque teve

uma vez que ia ter show, aí participaram, né? Eu quase não fui. A maioria vem se tem comida, se tem festa. Nos dias que tem reunião não vem. Tem coisa de comer? 'Tinha que falar: 'vai ter'. Tinha que falar que tinha porque se não ninguém vinha não”.

Gostaríamos de frisar alguns pontos dessa entrevista. Um deles refere-se às oportunidades que o Projeto Jovens Multiplicadores ofereceu para essa jovem, não apenas quanto à mudança de comportamento em relação a sua sexualidade. Ela afirmou a adoção de práticas sexuais seguras, mas percebemos o quanto as atividades culturais e o contato com outros grupos foram importantes para sua formação, ampliando sua sociabilidade. No entanto, sobre essa questão, ela afirmou com convicção que os jovens só queriam saber de shows, festas e comidas, não se dando conta de que estes foram fatores que serviram de atrativo para ela ter se envolvido nas atividades, ou seja, sua análise em relação a seus pares nos pareceu um tanto severa.

Por fim também nos chamou a atenção a importância que ela dispensou à presença do adulto, cuja experiência foi fundamental para a realização de um trabalho de prevenção dessa natureza, ao mesmo tempo em que destacou que a linguagem juvenil poderia facilitar um vínculo mais efetivo entre os jovens. Assim Renata apontou para um trabalho conjunto em que ambas as gerações teriam papéis específicos a preencher .

Ana Claudia tinha 20 anos e havia terminado o segundo grau. Desejava fazer faculdade, mas não via possibilidades naquele momento por falta de condições financeiras. Morava no Jardim Carla e resumiu do seguinte modo seu bairro:

“É um pouco afastado e violento, resolveram colocar lá a oficina de grafite para o jovem estar indo. Como eu gostava mesmo de grafite eu fui e comecei a participar com Ícaro dos Traços, que também é um grupo de grafites”.

Ela integrou-se ao *Hip Hop* e participava de um grupo de grafites só com mulheres. Disse participar ativamente do movimento, organizando eventos, encontros,

reuniões, enfim, estava totalmente engajada. Como consequência dessa atuação, entrou no Projeto Jovens Multiplicadores, uma vez que já estava inserida na comunidade, especialmente junto aos jovens. Desse modo a coordenadora do projeto procurou o pessoal do movimento e explicou-lhe a proposta convidando-o para as oficinas de capacitação.

Ana Claudia interessou-se pela proposta e começou a participar dos encontros de capacitação. No momento da entrevista já freqüentava há cinco meses e disse que estava aprendendo muito nos encontros de formação, mas avaliava a necessidade de receber mais informações, pois, segundo ela, a cada nova oficina que realizava com os adolescentes surgiam mais perguntas:

"A gente já está atuando no bairro Jardim Carla, a gente está dando oficina na escola, porque percebemos que os jovens estão concentrados na escola e por isso estamos começando a dar as oficinas para este pessoal estar conhecendo a gente e estar indo para o próprio posto, onde ficamos lá toda sexta-feira discutindo e falando sobre sexualidade e DST/Aids".

Disse que o conteúdo que transmitia era a realidade, não apenas teoria e sim seus sentimentos. Acreditava que só dessa forma os jovens se conscientizariam e este foi o modo que encontrou para fazer com que o jovem absorvesse a informação. Ana Claudia nos esclareceu como passava as mensagens para os jovens:

"O que o professor passa é maçante, é entediante, a professora está ali explicando e eles ali olhando sem ter nada para falar e a gente faz o contrário, pois damos a oportunidade de eles estarem falando, a gente estimula este lado de eles estarem falando, de eles estarem participando, o alvo é o jovem. São brincadeiras descontraídas, mas são brincadeiras que têm uma finalidade, têm um porquê, o porquê daquilo que estamos fazendo, sensibilizar eles. Pois chegar em um grupo de jovens é se integrar a eles e estimular eles a estarem falando. Estão dando várias opiniões legais, embora tenham muitas dúvidas, pois apesar de na escola

estar sendo muito trabalhado esse negócio de Aids, eles ainda não sabiam completamente sobre Aids, nem como se contamina direito, como que é, se tem grupo de risco, é mais ou menos por aí”

A supervisão técnica para a realização desse trabalho era fundamental e a jovem assim nos explicou:

”Eu acho que a gente tem sempre que estar recebendo novas informações, nas oficinas vão aparecendo as perguntas e a gente vai vendo o que está faltando, e o que está faltando eu passo para elas [a supervisão] e elas passam para mim, porque eu tenho que saber, né?”.

Na avaliação de Ana Claudia o projeto deveria ser ampliado, pois ainda ficava muito colado à escola e havia muitos jovens que não a freqüentavam mais. Em relação às oficinas na escola, apontou que por estas serem realizadas no horário de aula também ficavam um pouco comprometidas, pois o tempo era limitado. Desse modo acreditava que se os adolescentes fossem para o posto de saúde do bairro para a continuidade do trabalho preventivo seria o ideal, mas isso não estava ocorrendo porque, segundo suas palavras, as estratégias adequadas para sensibilizar os adolescentes não estavam sendo utilizadas.

Quando lhe perguntamos se eles estavam indo ao posto, ela respondeu-nos:

“Não, eles não estão indo no posto justamente, eu acho, pelo cartaz, entendeu? Eles têm até interesse, mas um cartaz escrito "Projeto Jovens Multiplicadores" não atrai. Eu acho que o jovem quer saber sobre sexo, não tem jeito, se falar "vai ter aula de sexo", no caso, como eles dizem: "ah vamos correndo para saber o que que é, como vai ser ", porque eles querem saber isso”.

A principal vantagem do projeto, segundo ela, era:

“Estar informada e estar sendo útil, participando de tudo isto já é uma gratificação pra mim”.

Percebemos ao final dessa entrevista um firme propósito dessa jovem em continuar investindo nesse projeto, que era muito importante para ela como agente social: havia todo um esforço pessoal no sentido de melhorar sua atuação junto a seus pares. Porém o impacto do projeto em sua vida era minimizado em suas palavras, visto que seu envolvimento e investimento se davam o tempo todo para fora, ou seja, ela valorizava naquele momento sua intervenção no coletivo.

Para concluir não podemos deixar de destacar o quanto Ana Claudia nos passou a convicção da eficácia desse tipo de trabalho de prevenção junto aos jovens. Pois, para ela, todo jovem teria vontade de participar, bastaria apenas ser estimulado e ter um espaço em que confiasse para poder falar e tirar suas dúvidas e acreditava que as oficinas de multiplicação seriam esse espaço.

2. Um olhar sobre os depoimentos

Neste item comentaremos, não exaustivamente, avanços e percalços do Projeto Jovens Multiplicadores, com a intenção de contribuirmos para a reflexão da importância e pertinência de os gestores públicos investirem em projetos dessa natureza junto à população juvenil.

Uma proposta de prevenção para essa população nos obriga a pensar nos parâmetros em que está ancorada, ou seja, não são os resultados numéricos apenas que darão a dimensão do impacto, visto que estamos convencidos de que uma proposta dessa natureza vai muito além do uso do preservativo. Discutir prevenção às DST e à Aids com qualquer população que queiramos atingir significa trazer à tona questões ligadas à subjetividade de cada ser humano, ou seja, questões extremamente complexas que regem suas atitudes e tomadas de decisão. Seguramente afirmamos que, em relação à juventude em geral e à adolescência em particular, tratar de tais temas não é menos complicado.

Voltemos à questão primeira, qual seja, as diretrizes e concepções que podem fundamentar um programa que vise à diminuição de riscos da qual a juventude, tão heterogênea, pode ser alvo. Talvez todo investimento passe pela necessidade de facilitar a construção de uma identidade condizente com atitudes que busquem o fortalecimento da auto-estima e a garantia dos direitos de cidadania.

Desse modo podemos pensar em dois caminhos para se atingir os objetivos propostos acima. Num deles essa parcela populacional será simples objeto de políticas externas, tratada de modo passivo, sem ser chamada em nenhum momento para se posicionar. O outro nos leva a pensar numa proposta em que o jovem seja envolvido ativamente. Nessa, poderíamos supor que os programas de prevenção contemplariam com maior êxito os problemas, as crenças e necessidades de informação dos jovens, nos quais a meta principal seria o desenvolvimento da capacidade deles de resolver conflitos, de defender suas idéias e de tomar decisões.

Esse jovem, em tese, teria recursos internos para originar mudanças de atitudes e práticas e adquirir conhecimentos, teria forte auto-estima e, por fim, seria solidário com seu grupo e capaz de promover e incentivar a valorização da vida dos demais jovens. Seria esse o caminho mais curto e eficaz para contermos a epidemia do HIV no seio de nossa juventude?

Supomos que sim, ou melhor, propomo-nos aqui resgatar esse caminho para podermos pensar a prevenção junto à juventude, observando que esse trabalho de educação preventiva tem como seu ponto alto, e isso é o que mais nos interessa, a educação em pares.

A crença na participação dos jovens no planejamento, realização e avaliação de ações nas oficinas de educação preventiva nos mobilizou quando decidimos acompanhar o Projeto Jovens Multiplicadores. Nossa intenção era a de localizar o real papel do multiplicador nesta proposta a partir da sua percepção.

As observações que se seguem estarão sempre norteadas pelas características de cada grupo, pois a trajetória e a atuação de cada um deles foram muito distintas: os primeiros multiplicadores quando iniciaram no projeto possuíam certa participação no movimento social, sobretudo o movimento estudantil; enquanto os do segundo bloco tinham pouca ou quase nenhuma experiência de participação social.

Esse dado nos chama atenção pois se, por um lado, acreditamos que facilitou o desempenho inicial dos multiplicadores do primeiro bloco nas oficinas de multiplicação, por outro, parece-nos que um dos motivos da dispersão destes jovens foi o excesso de atividades em várias frentes e em todo município.

A fala de uma multiplicadora refletiu a composição desse grupo:

“Eu sempre fui muito cara-de-pau mesmo, melhorou muito por causa do movimento estudantil, porque a gente tinha que montar grêmio e o grêmio tinha: aí a assembléia geral, você está no meio de um monte de estudantes que você nunca viu na vida, falando um monte de coisa pra eles”.

Comparando os dois blocos de entrevistas, pudemos notar que os jovens do primeiro grupo, Jamaica, tinham um perfil mais homogêneo e nele havia pouca variação de idade. Eram mais descontraídos e participativos. Posicionavam-se criticamente em relação aos temas que envolviam as oficinas e mostravam um grau maior de autonomia. Não raro lançavam-se a campo com posicionamentos próprios a ponto de entrarem em choque com os técnicos. O mesmo não percebemos no segundo grupo, como vimos anteriormente, com jovens no início e no final da adolescência, o que se traduziu em vivências e atuações diferenciadas. Os mais jovens, embora mostrassem interesse em participar, apresentavam muitas dificuldades e limitações, sentiam-se inseguros e com vergonha de falar em público. Eram muito dependentes dos técnicos que os assessoravam. Em suas entrevistas observamos que a maioria não possuía opinião formada sobre os temas trabalhados nas oficinas e suas respostas eram superficiais. Essa dificuldade era mais acentuada nos multiplicadores do Parque Andreense.

Ambos os grupos relataram que a capacitação foi muito bem-feita e os temas foram sempre bem explorados, favorecendo uma reflexão que, segundo os adolescentes envolvidos, ajudou a mudar a forma de pensar, pois aprenderam coisas novas e modificaram concepções errôneas nas quais acreditavam anteriormente.

Uma multiplicadora assim define a capacitação que recebeu:

"Se os jovens que passaram pela capacitação transam sem camisinha é porque não querem mesmo, pois informação e preparo eles têm hoje".

Sabemos que a informação é fundamental, mas ela é parte de um processo, como pudemos verificar no presente trabalho, ou seja, todos os dados apontam para o fato de que os adolescentes possuem o mínimo de informação para os cuidados necessários para sua auto-proteção no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis. Porém há outros fatores envolvidos na tomada de decisão.

Acompanhando as ações de multiplicação, verificamos que no Parque Andreense a inserção de alguns multiplicadores no bairro não era efetiva, pois estes se sentiam muitas vezes acanhados e sem muito preparo no desenvolvimento das tarefas. Podemos supor que a idade reduzida dos adolescentes, na maioria entre 13 e 14 anos, possa ter contribuído para o fraco desempenho deles, o mesmo não ocorrendo com as jovens do Jardim Carla que possuíam um bom trânsito com a camada juvenil do bairro.

O grupo Jamaica, embora tenha sido formado dentro do Projeto Jovens Multiplicadores, também realizou oficinas de forma autônoma, independente da Prefeitura, segundo relato de uma multiplicadora. Essa autonomia e o maior preparo ficaram evidentes inclusive quando este grupo avaliou o comportamento dos jovens que participavam das oficinas: apontou que os adolescentes apresentavam os mesmos preconceitos que os adultos em relação à sexualidade.

Enfim, acreditamos que esse melhor desempenho demonstrado pelo grupo Jamaica deve-se também à atenção dispensada pelos técnicos no processo de capacitação, pois nesta fase o Programa Municipal de DST/Aids assumiu o curso de formação desses jovens num longo processo que envolveu os profissionais das mais diversas áreas do setor da saúde, tanto da Prefeitura como da Faculdade de Medicina do município.

Esse grupo teve oportunidade de tratar os temas da perspectiva das diferentes disciplinas, dando-lhes um enfoque multidisciplinar amplo, planejado, que durou vários meses. Esse planejamento contemplava também atividades externas, como visitas aos serviços especializados de atendimento ao adolescente, a serviços de prevenção, e a organizações não-governamentais que trabalhavam com essa temática. Nessa programação foi reservado espaço até mesmo para intervenções junto à

população juvenil andreense, que foram ensaios para os multiplicadores se familiarizarem com as ações coletivas públicas.

Na segunda fase não houve tal investimento do Programa Municipal DST/Aids, a responsabilidade pela formação ficou a cargo de duas técnicas: a assistente social da organização não-governamental CES e a psicóloga que acumulava a coordenação do Projeto Jovens Multiplicadores e do Centro de Referência da Juventude.

Em relação à supervisão, ambos os grupos referiram que foi de suma importância. Mas o Grupo Jamaica fez referência a uma supervisão cujo papel era o de resolver as dúvidas, mas não tirar a autonomia e as possibilidades do multiplicador conduzir o processo com segurança. Ao passo que os multiplicadores da segunda fase não fizeram nenhuma observação desse tipo, apenas reafirmaram o quanto esse trabalho de acompanhamento foi necessário. Disseram também que se sentiram respeitados por parte das técnicas, pois elas acompanharam o ritmo de cada elemento do grupo, auxiliando-o na superação das dificuldades.

É procedente ressaltarmos que ambos os grupos, ao atribuírem um valor positivo à presença da supervisão, estão deixando nas entrelinhas que, embora a proposta fosse a educação entre os pares da mesma idade, não seria possível abrir mão do apoio do adulto. Ainda que o Grupo Jamaica não explicitasse essa demanda, o segundo grupo não deixou dúvidas: os entrevistados afirmaram que a presença do adulto nesse processo de formação de agentes jovens de prevenção foi fundamental. Pois, segundo eles, sem a experiência deste não teriam conseguido enxergar as questões relativas à sexualidade da forma como a vêem hoje, não saberiam a importância do sexo seguro e não conheceriam seu corpo.

Ao mesmo tempo, o pessoal do Grupo Jamaica avaliou que os adolescentes ficavam mais soltos com ele do que com os assessores adultos. Esses multiplicadores propunham dinâmicas, mudavam a ordem das atividades planejadas que, de acordo com eles, se adequavam às necessidades da população-alvo. Já o segundo grupo necessitava mais da presença do adulto nas atividades de multiplicação, pois esbarrava nas dificuldades de quem está em processo de formação, sentindo-se muitas vezes inseguro para a realização das oficinas. A forma que buscou para se fortalecer foi permanecer em duplas ou trios nas oficinas de multiplicação.

Em face dessa questão surgiu a seguinte pergunta: qual seria o lugar do jovem e o lugar do adulto nesse Projeto?

Em alguns momentos, a iniciativa juvenil não era bem-aceita pelo adulto, em outros, a intervenção do adulto era imprescindível. Houve situações em que prevaleceu a vontade do adulto, como podemos verificar na fala dessa jovem:

"Eles se preocupam mais hoje em dia com a violência do que com a sexualidade, então acho que se deveria trabalhar mais esse tema e de uma forma leve, a sexualidade. A gente começa assim: 'vamos falar mesmo sobre sexualidade', só que conversando com o diretor, com os professores que dão aula para eles, a gente viu que deveria ir para um outro tema, porque eles não estavam pegando muita coisa, eles eram muito novos para estar discutindo sexualidade, então a gente começou a falar sobre violência, através desses temas começamos discutir responsabilidade na primeira relação sexual, que eles tem que ter respeito um pelo outro. Então a gente optou por violência, pois eles vivem em um bairro de periferia muito violento, para chegarmos nas questões ligadas à sexualidade".

Essa situação ilustra nosso questionamento, pois entendemos que, embora não houvesse um engessamento na proposta do Projeto e que esta, dependendo do contexto, era passível de ajustes que pudessem facilitar o alcance dos objetivos, o deslocamento do tema nos pareceu um pouco distante do que se pretendia com o Projeto, além dessa mudança ter sido realizada pela orientação do adulto – diretor e professor.

Esse dilema talvez possa ser resolvido com o reconhecimento da importância do adulto e do jovem no planejamento e na organização das ações de prevenção, com o objetivo de que elas fossem bem-sucedidas. A linguagem e as formas de expressão juvenis talvez favorecessem o estabelecimento de um vínculo mais efetivo e promissor. Mas voltemos a perguntar: seria esse o papel do jovem, o de repassar

informações? O adulto perderia a capacidade de dialogar e vincular-se com a população juvenil de forma satisfatória? ⁴⁹

Sayão, preocupada com o trabalho de prevenção com jovens e adolescentes, alerta-nos para algumas estratégias de intervenção nessa área que, embora muito bem-intencionadas, não vêem o jovem:

usar a linguagem como instrumento. Não apenas a linguagem das palavras. Uma linguagem que fale não de órgãos e funções do organismo, objeto de estudo da ciência, mas de um corpo que tem, quer e faz sexo. Um corpo que se desenvolve, que está submetido a excitações. Um corpo que tem limites, que dá prazer e que sofre. Um corpo que é suporte de desejos. Um corpo adulto em uma cabeça que não é mais de criança e que ainda será de adulto. (Sayão, 1997)

Paiva, após vários anos de trabalhos preventivos junto à juventude, afirma que propostas como essas serão multiplicadas pelos jovens e terão resultados positivos sempre que estiverem calcadas em programas interativos que chamem de fato o adolescente para dialogar, avaliar, comentar, inventar e re-inventar o seu cotidiano (Paiva, 2000).

Felizmente, o acompanhamento dessa proposta nos mostrou que o jovem como agente social é capaz de formular políticas públicas que viessem ao encontro das necessidades dessa parcela da população, em todas as áreas. Mostrou-nos também que o adulto poderia atuar junto a esses jovens, obtendo resultados promissores. E ressaltamos que todo o investimento de capacitação foi realizado por adultos especializados que lograram êxito nesse intento.

⁴⁹ O “Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à Aids” publicado por Healthlink Worldwide e ABIA, em sua 40ª edição listou os pontos que poderiam levar a intervenções bem-sucedidas nesse campo com os nossos jovens. Consta desse Boletim que, nos países onde os programas de prevenção de DST/Aids e drogas tiveram impacto no meio juvenil, todos tinham pontos em comum, ou seja, seus projetos envolviam os destinatários da ação desde o planejamento até a implantação.

Percebemos isso quando os multiplicadores falaram da contribuição das oficinas na formação pessoal deles. Ambos os grupos relataram descobertas que os ajudaram a tomar decisões com mais segurança e maturidade. No Parque Andreense os multiplicadores avaliaram que tiraram suas dúvidas e aprenderam muito, ou seja, houve um crescimento que não se limitou apenas a efeitos individuais. Afinal, todos relataram que os grandes encontros, passeios, shows e atividades culturais em geral, que faziam parte das atividades programadas do projeto, eram muito satisfatórios. Nessas dinâmicas planejadas eram muito alegres e possibilitavam a quebra de preconceitos em relação às formas de expressão dos vários agrupamentos que participavam, favorecendo assim o convívio entre eles e o aumento da sociabilidade.

Eis o depoimento de uma multiplicadora desse bairro:

“Em mim mudou muita coisa, fiquei sabendo como me prevenir. Eu já sabia o básico do conhecimento, pois minha mãe sempre chegava em mim e conversava. Estou namorando há dois anos e converso muito com meu namorado. Acho que não está na hora de transar, mas quando acontecer tem que ser de camisinha”.

Outra multiplicadora nos falou que os encontros promovidos pela Assessoria da Juventude e pelo CRJ tinham jovens de todo o município e era uma grande diversão, pois conversavam, brincavam e riam muito.

Os multiplicadores avaliaram a dimensão dos pontos positivos do projeto, mas também enxergaram o outro lado, ou seja, as dificuldades que essa proposta enfrentou para se efetivar. Traziam também a certeza de que, se os entraves não fossem tantos, o alcance dessas ações seria maior e com resultados mais efetivos.

Com entendimentos variados, todos nos passaram a mensagem de que a falta de infra-estrutura, que cercou o Projeto desde o início, deixou-o a todo instante em estado de alerta. Apesar do esforço pessoal de alguns técnicos, o Projeto esteve ameaçado diversas vezes, tendo sido até paralisado em algumas ocasiões.

Os envolvidos apontaram dificuldades de toda ordem, que iam desde a ausência de espaços públicos voltados para esses jovens até a falta de materiais educativos específicos, para essa faixa etária, que respondessem suas questões e

dúvidas – no caso sobre a prevenção às DST, à AIDS e à gravidez, nunca houve constância na oferta dos métodos contraceptivos, sobretudo, preservativos femininos e masculinos.

Outro aspecto que apontaram como obstáculo, e que pudemos verificar, foi o isolamento do projeto diante do restante dos órgãos públicos, não havendo articulação entre as diversas secretarias no sentido de se adaptarem visando o acolhimento da juventude andreense. As tentativas eram regionais e, não raro, esbarravam na falta de interesse do gestor local. Como exemplo, podemos citar as dificuldades encontradas para o estabelecimento de parceria com algumas Unidades Básicas de Saúde. Não havia espaço para o adolescente que, para retirar preservativos nesses equipamentos teria, segundo relato dos jovens, que freqüentar o planejamento familiar ou deveria ser maior de 18 anos. As normas por si só já apontavam para a não-inclusão dessa parcela populacional nesses equipamentos mesmo que a inclusão social constituísse o principal eixo da Assessoria da Juventude, do CRJ e do Projeto Jovens Multiplicadores.

Quando perguntamos a uma multiplicadora se estava aumentando a procura de jovens em uma das Unidade de Saúde, ela nos respondeu:

“Eu não sei, porque a gente não está tendo os dados, mas é porque o jovem lá também é muito complicado. Porque se precisa de preservativo tem que fazer planejamento familiar, então ele fica com vergonha de procurar aquele posto de saúde por causa disso, porque as moças que trabalham nesse posto de saúde moram na vila. Então acho que eles ficam com receio de procurar o posto de saúde por causa disso. Ele tem que fazer planejamento familiar, então isso assusta o jovem de 15 ou 16 anos. Ele não vai fazer planejamento familiar pra ir pegar preservativo. É um direito que ele tem, e deixa de ir porque eles acabam assustando o jovem”.

Percebemos a mesma dificuldade em compreender a relevância de um projeto dessa natureza em algumas escolas públicas. Talvez isto se deveu, como citamos acima, à falta de uma orientação vinda da Secretaria Municipal da Educação, o que acarretou resistências locais na atenção ao jovem.

Uma multiplicadora do Jardim Carla nos disse que neste bairro o principal obstáculo para o desenvolvimento do projeto foi a falta de interesse e resistência das instituições em abrirem, de fato, suas portas para a participação do jovem, sobretudo a instituição escolar. Os multiplicadores também acreditavam que os adolescentes tinham curiosidade e queriam saber sobre várias coisas, mas trabalhar apenas uma vez por semana com uma turma dificultava o processo, já que não havia continuidade, pois a cada semana as turmas mudavam.

Vários depoimentos apontaram esse problema:

“As oficinas de capacitação, o tempo, era o que a diretora deixava, entendeu? Às vezes a gente falava assim: ‘Vamos ficar mais, vamos conversar mais, mas não dava’. Outras vezes era no pátio, aí dava a hora do recreio, a gente não podia fazer”.

Este depoimento traduziu o sentimento dos dois grupos:

“Que nem a gente tem muita força de vontade, o jovem tem muita força de vontade de ir lá e estar participando da capacitação mas, às vezes, a gente chega em um lugar e encontra aquela barreira, né? A gente está começando uma oficina em uma escola, foi lá umas três vezes, já entrou em reunião e tudo, e a gente precisa ir umas três vezes lá para tentar conversar, porque é uma burocracia. A gente tem que ir na Delegacia do Ensino, e eles não dão autorização. Eu acho que a maior dificuldade do projeto continuar é isso, está faltando algum incentivo das autoridades de tentarem continuar com o Projeto, dar apoio mesmo para esse Projeto, é um Projeto bom, legal, mas falta alguma coisa para ele andar direito”.

Aliado à falta de recursos e à desarticulação dos órgãos públicos, percebemos que um fator decisivo que comprometeu o curso do projeto durante todo o período foi a falta de ajuda de custo para o multiplicador permanecer no mesmo. Podemos afirmar que esse foi um entrave que afastou a grande maioria dos interessados, pois eram jovens de camadas baixas e médias do município, que se

desligaram para ir a busca de um trabalho remunerado que os auxiliassem tanto em seu sustento como no de sua família.

Enfim, os depoimentos apontaram os entraves inerentes à ação dos órgãos públicos que impedem a efetivação das propostas. Evidenciaram, também, as dificuldades de constituição dos sujeitos jovens como parceiros atuantes, sobretudo em decorrência de dois focos de tensão e ambigüidade nas ações: o primeiro refere-se ao que consiste de fato o grau de autonomia e a participação dos jovens nesse processo e o segundo refere-se ao caráter das relações intergeracionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS DESAFIOS DE UM PROCESSO

Reservamos este espaço para uma reflexão sobre o Projeto Jovens Multiplicadores, buscando pensar estratégias mais eficazes com o objetivo de contribuir para o debate sobre a prevenção entre os jovens. Elencamos alguns pontos que, entendemos, devam ser considerados no momento da elaboração e planejamento de programas educativos junto à juventude.

Nesse sentido procuramos algumas experiências que nos pudessem auxiliar no entendimento de qual seria a melhor forma de envolver os jovens, para além da informação, e garantir uma reflexão que pudesse facilitar a percepção do risco, portanto, acarretar mudanças em suas condutas diárias. Encontramos algumas possibilidades de intervenções na experiência realizada pelo Nepaids (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Aids da Universidade de São Paulo). Percebemos que, nos primeiros ensaios do grupo, era indicado como seriam realizadas as intervenções, pois pretendia-se que o investimento visasse a promoção da cidadania. Paiva assim resume: “os grupos para educação libertadora ou de ação cultural são muito diferentes das abordagens que começam com o grupo focal e acabam num folheto ou filmete. A questão principal passa a ser: que consciência queremos incentivar? Como não adestrar mas criar sujeitos conscientes que escolhem? Como mudar cultura sem colonizar?” (Paiva, 2000).

Essas e outras questões que permearam nossas reflexões e inquietações durante o acompanhamento da pesquisa em São André, como grifou Paiva, eram perguntas e respostas que não estavam apenas no campo da técnica, mas, principalmente, no campo da ética e da política. Com base nessa afirmação, podemos entender que esse tipo de intervenção envolveria necessariamente não apenas problematizações teóricas, mas outras variáveis ligadas à subjetividade de cada indivíduo, a forma como concebe o mundo e nele posiciona-se.

Lembramos neste momento de Paulo Freire, quando traz à tona as implicações da Aids em nosso meio:

O cara tem de conhecer o discurso do conhecimento, o discurso médico no caso, e a partir daí tem de assumir esse corpo consciente (...). E o corpo consciente tem que ser o sujeito que lida, que trata, que discute, que decide, que opera em função inclusive do risco da Aids. Não posso ser puramente adestrado para a Aids. (Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à Aids, 1993)

Assim Freire sinaliza para a autonomia do ser humano, ou seja, as pessoas agem de acordo com suas motivações, desejos e interesses, e nós técnicos não somos “donos de corpos”, temos de aprender a lidar com o fato que não somos onipotentes e que as pessoas têm vontade própria.

Essa constatação ficou evidente logo no início da Aids, no momento em que a comunidade científica viu-se obrigada a curvar-se ao fato de que a epidemia não estava circunscrita apenas a fatores biomédicos, estava visivelmente associada a padrões culturais e sociais fortemente arraigados no meio da população.

Aí se instalou a pergunta: as estratégias de se trabalhar em grupo com os jovens em oficinas daria conta dessa árdua tarefa? Qual seria o alcance das oficinas, por si só garantiriam mudanças no comportamento, tão complexo, do ser humano? Para Paiva, as mudanças no campo da sexualidade e de gênero não se deram pela intervenção técnica, ao contrário, foram fruto de décadas de lutas no seio do movimento social – ativistas que atuaram nos sindicatos, nos movimentos de mulheres e de saúde.

Segundo a autora, não foram as palestras e oficinas isoladamente que deram conta das transformações no comportamento do brasileiro (Paiva, 2000).

Paiva relata ainda que em seu trabalho com a juventude as intervenções e mudanças ocorridas se deram ao longo de um processo. A autora refere-se aos grupos de conscientização no “estilo freireano” ou de grupos de vivência, nos quais os envolvidos compartilhavam, através de encenações, as dificuldades e recursos para se conseguir fazer sexo seguro. Assim na medida em que o próprio grupo realizava suas cenas sexuais e de risco, esse conteúdo tornava-se instrumento de reflexão da realidade na qual os jovens estavam inseridos (Paiva, 2000).

No entanto, a qualidade dos programas de prevenção não se esgota em oficinas e treinamentos. Esses são apenas uma etapa necessária num trabalho com a comunidade (Paiva, 2000). Paiva assim define:

(...) projetos que pretendem apenas modelar nos indivíduos habilidades que não têm, que enxergam os jovens como portadores de deficiências individuais corrigíveis por processos tradicionais de ensino e repressão, apenas arranham os desafios que a sexualidade dos jovens enfrenta no Brasil em tempos de Aids. Estaremos sendo até injustos com a maioria dos jovens se pararmos nas palestras e na propaganda da camisinha e do sexo que focalizam apenas a vontade individual sem conscientizá-los dos fatores estruturais e culturais que fazem parte necessariamente de cada cena sexual. (Paiva, 2000)

Na experiência de Paiva, as tentativas entre erros e acertos construíram o percurso. A soma, ou melhor, a complementaridade entre os ensinamentos de Paulo Freire, e dos construtivistas, e os materiais educativos sobre sexualidade e direitos reprodutivos retirados da experiência dos movimentos de mulheres e, por último, a adaptação do psicodrama de Moreno e do teatro espontâneo foi propiciando a realização das oficinas.

Outro ponto que cabe destacarmos refere-se ao isolamento que a maioria dos programas de prevenção às DST/Aids sofrem. As ações para o enfrentamento da epidemia não podem ficar centralizadas e ser de responsabilidade apenas da Saúde

Pública, há de se desenvolver ações multissetoriais envolvendo áreas como educação, justiça, bem-estar social, ou seja, o envolvimento de fato dos demais ministérios e secretarias se faz fundamental sob pena desses programas estarem condenados ao fracasso.

Observamos durante a pesquisa em Santo André a falta de integração do Projeto com as demais áreas públicas em todos os níveis de governo. Esse isolamento, até mesmo dentro da Secretaria Municipal da Saúde, foi ressaltado durante todo o processo pelos técnicos e pelos jovens envolvidos. Tal fato evidenciava-se na falta de recursos e investimentos de toda ordem para o desenvolvimento das atividades de multiplicação, e a situação agravava-se ainda mais devido às trocas de coordenações, seja no próprio projeto ou na Assessoria da Juventude. Não percebemos continuidade no planejamento proposto, ao contrário, a trajetória percorrida era desconsiderada e se iniciava uma “nova fase”, acarretando interrupção nas intervenções até o término de um novo planejamento. Outro aspecto dessa desestruturação relevante era falta de acesso da população juvenil aos serviços de saúde, reduzindo desse modo as possibilidades de uma orientação mais criteriosa e da retirada de preservativo.

Assim, acreditamos que para um trabalho de prevenção que vise a formação do jovem com liberdade, garantindo suas necessidades e o encare como cidadão, é necessária uma estrutura social organizada que proporcione os meios para que essa existência se efetive plenamente, com formação e capacitação de recursos humanos contínuos, acompanhados de programas de avaliação. Camargo Jr. assim resume: “Educação, cidadania, serviços públicos de qualidade são recursos fundamentais à prevenção não apenas do HIV/Aids mas de toda sorte de problemas de saúde” (Camargo Jr., 1999).

Vale ressaltarmos que a prevenção das DST/Aids demanda outras questões, tão importantes como os recursos para o desenvolvimento do Projeto, uma delas é a relação que se estabelece entre o técnico e o jovem multiplicador. Nesse âmbito não podemos deixar de destacar qual é o perfil, geralmente, do técnico envolvido nesses projetos – o que não foi diferente no município de Santo André. A maioria eram mulheres (professoras, psicólogas, assistentes sociais, pedagogas), que trazem submersas na sua prática as características do que se espera nas relações de gênero do

papel da figura feminina, ou seja, são as profissões cuidadoras, que protegem e zelam pelo bem-estar do outro. Desse modo, atrás do técnico há o feminino. E qual seria o papel do jovem nesse contexto em que mulheres educadoras coordenam o processo? As relações seriam de tutela ou autonomia? Isso nos remete a uma outra reflexão: qual é o lugar do jovem e qual é o lugar do adulto dentro do trabalho de prevenção? As intervenções do multiplicador são mais elucidativas e efetivas que as do adulto sobre os jovens? É verdadeiro que o jovem consegue vincular-se melhor a outro jovem em função de ambos pertencerem à mesma faixa etária, e, portanto, estarem experienciando situações semelhantes? Esse jovem estaria preparado o suficiente a ponto de prescindir da experiência do adulto? Qual seria o papel do adulto na formação dos jovens?

A experiência que acompanhamos nos permite dizer que, num trabalho com a juventude no qual pretende-se obter impacto no seio desta população, não há como prescindir de sua participação e ao mesmo tempo da presença do adulto que, com sua bagagem e acúmulo, é de fundamental importância para a formação desse jovem. A experiência dessa relação – adulto x jovem – muitas vezes é tensa e o limite torna-se muito tênue. O adulto muitas vezes torna-se o “dono da situação”, planeja e propõe ao jovem. Este último desenvolve apenas o que já foi determinado *a priori*. Outras vezes a autonomia e independência dos multiplicadores acarretam dificuldades para o andamento das atividades, visto que esbarram na “onipotência” do adulto que sente sua autoridade ameaçada. Em nossa pesquisa, o processo se deu numa trajetória em que a relação oscilou entre a harmonia e o tensionamento, deixando-nos com a impressão de que nas entrelinhas muitas vezes atribuiu-se ao multiplicador a responsabilidade pela descontinuidade do Projeto.

Pudemos constatar também que a autonomia do multiplicador aparecia relacionada à idade deste; pois um posicionamento mais presente nas oficinas, com posturas próprias e questionamentos mais críticos, aliado a uma maior segurança e independência do técnico, observamos no grupo onde haviam jovens com mais de 16 anos. Em contrapartida, o grupo na faixa etária entre 14 e 15 anos apresentava maior dependência do técnico e se atinha mais às determinações dele. Talvez essa diferenciação do primeiro grupo para o segundo não seja explicada apenas pelo fator etário, uma vez que existe um componente a mais para análise: todos os primeiros

multiplicadores tinham inserção no movimento social e experiência de participação em entidades estudantis e partidos políticos. Isso nos levou a supor que essa trajetória tenha facilitado e contribuído para um maior preparo e, portanto, melhor desempenho nas oficinas do primeiro grupo.

Temos de considerar todos esses elementos quando pensamos em prevenção junto à população juvenil. Paiva assim resume o essencial que uma intervenção desse tipo deve conter:

Os modelos de prevenção mais eficazes, segundo estudos, são aqueles que descrevem bem seus objetivos estão baseados em teorias sociais da aprendizagem e levam em conta o contexto social, considerando que os jovens são diferentes entre si. São claros sobre os riscos de cada prática e não usam meias palavras para ensinar como se proteger, alimentando a franqueza na comunicação sobre o sexo. (Paiva, 2000)

As diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes do Ministério da Saúde, no Programa Nacional de DST/Aids, têm como um dos princípios norteadores o acompanhamento e a avaliação, que são componentes essenciais das atividades de treinamento. “O acompanhamento do trabalho dos multiplicadores é fundamental para a promoção da motivação e a continuidade e o êxito das ações” (Ministério da Saúde, 1999).

Paiva reforça essa parceria:

A partir das cenas podemos criar um laboratório onde eles se experimentam como sujeitos sexuais e criam soluções para cada obstáculo. É um exercício que facilita a colaboração dos educadores – em oposição à pregação, modelagem ou ao receituário – porque a participação é sempre muito espontânea (...). Como educadores e promotores de saúde não devemos “vender” mais ilusões sem indicarmos o caminho factível da cidadania sexual. (Paiva, 2000)

Paiva avalia que os jovens têm muito a contribuir com o adulto nessa empreitada, numa relação que seria fundamental para a continuidade e permanência de um trabalho de prevenção, pois os jovens estimulam e otimizam os efeitos de qualquer programa como multiplicadores. Todos, professores, monitores e multiplicadores podem reinventar e inovar no trabalho de prevenção. Também os pais são referências importantes para esses jovens (Paiva, 2000).

Resta, ainda, refletirmos sobre duas questões que, no nosso entendimento, se não forem aprofundadas nos trabalhos de prevenção tanto com a juventude como com a população em geral, nenhum investimento nessa área terá êxito. Quais são os papéis sociais que se espera de homens e mulheres em nossa sociedade e como esses se refletem nos papéis sexuais? Como se estabelecem as relações de gênero?

A sexualidade é mutável de acordo com o processo de cada indivíduo, e pode ser exercida por ambos os sexos. No entanto, as instituições tentam "sexuar" com o conceito de feminino e masculino os limites e espaços que dão acesso ou permissão a homens e mulheres exercerem sua sexualidade, de acordo com regras e normas impostas socialmente.

Heilborn diz:

(...) cada cultura organiza a vida social usando os vetores do tempo, do espaço e da diferença entre os sexos (homens e mulheres) num domínio de idéia e valores que permanece como uma realidade coletiva, autônoma e parcialmente inconsciente para os membros de cada grupo. As categorias de gênero (masculino e feminino) estão sempre presentes e singularmente concretizadas em cada contexto social. (Heilborn, 1993)

Para entendermos o adolescente e sua trajetória no exercício da sexualidade, temos de remontar não apenas ao modo como a sexualidade no Brasil vem sendo construída no último século, mas ao modo como as relações sociais em geral vão

se estabelecendo e reservando, para essa área da vida, atitudes, reações e posturas conforme as normas vigentes e o momento histórico.

Assim, a herança da socialização de nosso povo irá refletir em suas condutas mais singulares e íntimas, ou seja, a tradição patriarcal, a forma de expressão corporal e o sistema de classificações sexuais serão cruciais na estruturação da experiência sexual do cidadão no Brasil. (Parker, 1991)

Passa-se a idéia de que os papéis sexuais são naturais, ou seja, que a maturação sexual está intimamente ligada às mudanças fisiológicas aliadas ao exercício do aprendizado do que vem a ser homem ou mulher. O potencial sexual feminino, por ser considerado "obra da natureza", precisa ser culturalmente moldado e controlado, garantindo a passividade e submissão que são as marcas da feminilidade no Brasil. No que se refere à identidade masculina, esta é marcada pela virilidade e atuação que precisam ser construídas e moldadas, através de um processo de masculinização que também se inicia na infância (Parker, 1991).

Para Parker, a estrutura da hierarquia do gênero acompanha a forma mais geral das demais regras e normas encontradas no mundo em uma enorme variedade de cenários sociais e culturais, pois carrega sua bagagem histórica,

sua emergência no conflito das distintas tradições sociais e culturais, seu desenvolvimento dentro do contexto de uma sociedade proprietária de escravos estruturada em volta dos absolutos de dominância e submissão, e seu passado mais recente como parte de uma ordem social que muda rapidamente, na qual as estruturas tradicionais de hierarquia e dominação sofreram choques dos quais talvez nunca se recuperem. (Parker, 1991)

Enfatizamos que nenhuma conduta é natural, o corpo é constituído de símbolos e significados de acordo com a cultura, ele é um objeto de desejo e fonte de prazer, é o que podemos chamar de corpo erótico. No Brasil as

configurações culturais, que modelam o corpo erótico, caracterizam-no em termos de sua beleza e sensualidade, e o prazer e satisfação estão muito localizados na genitália (Parker, 1991).

Para Parker,

a relação entre poder e erotismo só é entendida situando-se o erótico em relação aos outros sistemas. Se tanto gênero como sexualidade são definidos através da diferenciação, distinção e hierarquia, o erótico subverte suas ordens. Destruindo as separações da vida diária nos fugazes momentos de desejo, prazer e paixão, o erótico oferece uma alternativa anárquica à ordem estabelecida do universo sexual: uma alternativa na qual a única regra absoluta é a transgressão das proibições. (Parker,1991)

Como já frisamos anteriormente, embora atribua-se ao adolescente muitos conflitos nesta fase da vida, sobretudo em torno da sexualidade, não podemos perder de vista que eles estarão presentes em todas as fases da vida de um indivíduo, talvez de forma mais acirrada na adolescência. Mas não podemos compactuar com a idéia de que todas as dúvidas e dificuldades se diluirão "como encanto" ao se atingir a fase adulta.

Os chamados "papéis sexuais" acabam definindo na maioria das vezes as relações entre os indivíduos, ou seja, são predeterminados e, por maiores que tenham sido as mudanças nas últimas décadas, a educação continua diferenciada para cada sexo. O menino ainda é estimulado a comportamentos agressivos, competitivos e as meninas a serem delicadas e submissas. Na adolescência, a liberdade da garota é mais controlada que a do rapaz. Na vida sexual, as diferenças se acirram ainda mais. O rapaz é incentivado a várias experiências sexuais e a menina, apesar da pseudo-superação do tabu da virgindade, ainda é preparada para conter ao máximo seus impulsos sexuais.

As responsabilidades atribuídas a cada um são diferenciadas: desde muito cedo exige-se das mulheres condutas "maduras e corretas", sem deslizes, ao passo que ao homem é permitido o deixar-se levar pelos impulsos e, socialmente, dele

não se espera tanta dedicação. Esse dado talvez justifique, em nossa pesquisa, o maior empenho e investimento no Projeto por parte das multiplicadoras, seja na constante presença nos encontros de formação e supervisão, seja na maior preocupação com o desempenho das oficinas.

Os papéis sociais de homem e mulher não são complementares, ao contrário, são hierarquizados, pois há a valorização da figura masculina em detrimento da constante inferiorização da mulher em nossa sociedade. E o uso do preservativo relaciona-se a esse aspecto, ou seja, dependerá do consentimento do parceiro, visto que é este quem “veste a camisinha”, o que dificulta muita vezes a adoção do sexo seguro, principalmente em relações estáveis nas quais a mulher tem de apresentar justificativas para o uso do preservativo – que servem normalmente ou para anticoncepção ou para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Daí percebermos resistências, uma vez que entram outros fatores em jogo. O não uso do preservativo primeiro justifica-se porque há outros métodos contraceptivos que são eficazes para o controle da natalidade ou, no segundo caso, ainda mais constrangedor e de difícil negociação, usar o preservativo implica instalar a desconfiança em torno da fidelidade, assim o melhor é não fazê-lo.

Guimarães assim descreve essa complexa relação entre os gêneros em nossa sociedade:

(...) não é tão simples pedir que seja vestida a camisinha, como as campanhas de prevenção fazem parecer. Para as mulheres, entra em jogo um risco mais imediato – o da discriminação, da perda do parceiro e de *status* – tão concreto que nem o medo da Aids consegue alterar. Antes de exigir mudanças em comportamentos sexuais e sociais arraigados, temos de conhecer o significado simbólico dessas medidas e a possibilidade prática de adotá-las, levando em conta as diferenças entre as relações de gênero nos diversos segmentos da população. (Guimarães, 1994)

Paiva assim descreve os papéis sexuais em nossa sociedade:

As noções de masculino e feminino (os gêneros) permanecem como a chave mais importante para interpretarmos nossos desejos e pensamentos sexuais, para antever como os atores se portarão no campo da sexualidade. (Paiva, 2000).

Percebemos que há muitos preconceitos envolvidos que podem levar o jovem a fracassos nas primeiras incursões na prática sexual a dois, ou seja, questões que permeiam a educação sexual para cada gênero. Por exemplo, as meninas são educadas a supervalorizar esse momento, e acreditar que necessariamente será uma experiência fantástica, para os meninos, a responsabilidade pelo sucesso do ato sexual. Esses são alguns dos fatores que os adolescentes trazem muito arraigados e com os quais apresentam dificuldades de lidar.

Assim descreve Figueiredo:

(...) nossa sociedade procura rotular os padrões de comportamento humano ideais, não só com relação à opção sexual (devemos ser heterossexuais), mas também na forma de praticar tal opção: devemos ser monogâmicos e, de preferência, termos relações estáveis e duradouras. Acima de tudo, as práticas sexuais são percebidas como intimamente ligadas à reprodução, portanto, uma relação sexual 'normal' e "sadia" deve se realizar com penetração via vaginal, entre indivíduos interligados amorosamente. Existem práticas que, há milênios, são freqüentes nas sociedades: a homossexualidade, a poligamia, a prostituição, a rotatividade de parceiros sexuais, o uso de substâncias tóxicas, etc. Não cabe ao profissional de saúde julgá-las. Podemos, no entanto, contribuir para a prevenção da proliferação da Aids e de outras DSTs no interior da nossa sociedade, onde tais condutas realmente existem. (Figueiredo, 1998)

Rouco faz a seguinte interpretação:

No modelo da ação racional, o sujeito da prática educativa se vê intimado a abstrair-se de sua própria situação social, de sua trajetória pessoal, desfazendo-se da rede de significados e relações sociais e iniciando um processo lógico que o afaste do risco. A-histórico – sem contingência – a-social – sem sentidos nem conflitos –, amputado em sua singularidade e em sua espessura social, o sujeito deve, através da vontade racional, dominar essas *perturbationes animi*, instintos, paixões, desejos. (Heilborn, 1999)

Parker aponta que:

(...) grande parte da discussão a respeito da educação sobre a Aids concentra-se, naturalmente, na questão da redução do risco de infecção pelo HIV, e as perspectivas e os obstáculos enfrentados pelos programas educativos, bem como a definição de sucesso e fracasso, têm sido analisados e interpretados nesse sentido (...) ao mesmo tempo precisa ser associada a um conjunto mais amplo de questões que, dentro de uma definição mais completa da epidemia de Aids, também precisa ser abordado (...) tanto a conscientização da Aids de forma mais genérica quanto as questões específicas do preconceito e da discriminação devem ser abordadas, juntamente com a redução do risco. (Parker, 1994)

Levantamos essas questões com a certeza de que a conclusão desse trabalho nos mostrou que tabus e preconceitos permeiam a sociedade e estamos submetidos a estes desde que nascemos. Cabe a nós professores, profissionais da saúde e jovens, ressignificarmos e recriarmos essas normas de modo que possamos enfrentar as discussões sobre a relação de gênero e os papéis sexuais predeterminados, muito além do simples uso do preservativo. Visto que esse insumo é o final de um processo de reeducação, no qual homens e mulheres, jovens ou adultos, terão de rever a si mesmos e auto-reconstruir-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, H. W. *Cenas juvenis: punks e darks no espetáculo urbano*. São Paulo: ANPOCS/Scritta, 1994.
- AÇÃO ANTI-AIDS. *Boletim Internacional sobre Prevenção e Assistência à AIDS*, n.37, jul. 1997.
- ALMEIDA, E. *Política pública para a juventude*. Proposta para uma moderna condição juvenil. São Paulo, USP, 2001. Dissertação.
- ANISTIA INTERNACIONAL. Cartilha de denúncias de violação de direitos humanos. Rio de Janeiro, 2 dez. 1996.
- AYRES, J. R. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e Aids entre crianças e adolescentes. In: Tozzi, D. et al. (org.) *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/Aids*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996.
- _____. *Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. *Cidadania, vulnerabilidade e prevenção de HIV/Aids*. s.d.
- AYRES et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Parker, R. e Barbosa, R. (org.) *Sexualidade pelo avesso*. São Paulo: 34 1999.
- AQUINO, J.G. (org.). *Sexualidade na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1997.
- BARBOSA, R. E PARKER, R. (org.) *Sexualidade pelo avesso*. Rio de Janeiro/São Paulo: UERJ/34, 1999.
- BERER, M. *Mulheres e HIV/Aids*. São Paulo: Brasiliense, 1997.
- BERGER, P. *A construção social da realidade*. Tratado de Sociologia do Conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1974.
- BÉRIA, J. *Ficar, transar...: a sexualidade do adolescente em tempos de Aids*. Porto Alegre: Tomo, 1998.

- BOLETIM INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À AIDS, n.20, jul.-ago. 1993. Rio de Janeiro: Healthlink Worldwide/Abia.
- CALAZANS, G. J. *O discurso científico sobre gravidez na adolescência: uma produção ideológica*. São Paulo: PUC, 2000.
- CAMARGO Jr., K. R. Políticas públicas e prevenção em HIV/Aids. In: Parker, R.; Galvão, J.; Bessa, M. S. (org.) *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente a Aids no Brasil*. Rio de Janeiro/São Paulo: Abia/34, 1999.
- CASTILHO, G. e SWARCWALD, C. L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a Aids. In: *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Op. cit.
- COMISSÃO ESPECIAL DE ESTUDOS SOBRE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE NA CIDADE DE SÃO PAULO. Relatório Final. São Paulo: Câmara Municipal, 1996.
- CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. São Paulo, 1997.
- COSTA, A. C. G. da. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. São Paulo: Fundação Odebrecht, 1996.
- COTRIM, B. H. R. S. C. *A escola e as drogas*. Volume I: realidade brasileira e contexto internacional. São Paulo: Depto. de Psicologia Social/PUC, 1992. Tese.
- DANIEL, C. As administrações democráticas e populares em questão. In: *Espaços e debates. Governo local e democracia*. Local: Editora, Ano?
- DIÓGENES, G. *Cartografia da cultura e da violência: gangues, galeras e o movimento hip hop*. São Paulo/Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto/Annablume, 1998.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE. Brasília, 1990.
- ERIKSON, E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.
- FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

- FIGUEIREDO, R. M. D. Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação. São Paulo: Nepaids, 1998.
- FONSECA, J. L.C.L. Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção: São Paulo, 1997. São Paulo: Depto.de Psicologia/PUC. Dissertação.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1974.
- GALLATIN, J. *Adolescência e individualidade: uma abordagem conceitual da Psicologia da Adolescência*. São Paulo: Harper & Row, 1978.
- GALVÃO, J. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro/São Paulo: Abia/34, 2000.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade*, São Paulo, Editora da UNESP 1992. _____ . *Modernidade e identidade pessoal*. Portugal, Celta, 1994.
- GRUPO DE TRABALHO PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO SEXUAL. Vulnerabilidade. São Paulo, 1999. _____ . Os dez anos do GTPOS. São Paulo, 2000.
- GRUPO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS DE POLÍTICAS PARA ADOLESCENTES DE BAIXA ESCOLARIDADE E BAIXA RENDA. Adolescência: escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridade e baixa renda. Dez. 2002.
- GUIMARÃES, C. D. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: Parker, R. et al. (org.) *A Aids no Brasil 1982-1992*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abia/Relume-Dumará, 1994.
- HEILBORN, M. B. Ä. A costela de Adão revisitada, *Estudos Feministas*. Rio de Janeiro, 1993.
- HEILBORN, M. L. (org.) *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- INSTITUTO KAPLAN. Viver positivamente: manual de atenção a educação sexual de crianças adolescentes portadoras do HIV. São Paulo, 1998.
- JOVENS ACONTECENDO NA TRILHA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS. Brasília, Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. v.1.

- LEGISLAÇÃO E DIREITOS HUMANOS. Compêndio para legisladores sobre HIV/Aids. Brasília: Unesco/Unaid/Inter-Parliamentary Union, 2000.
- LEVISKY, D. L. et al. *Adolescência e violência: conseqüências da realidade brasileira*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MANN, J. (org.) *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABIA/Relume-Dumará, 1993.
- MELLUCCI, A. Juventude, tempo e movimentos sociais. *Revista Brasileira de Educação*, n.5-6, dez. 1997. Número especial: Juventude e contemporaneidade.
- MESQUITA, F. *A luta contra a Aids no Brasil*. Nov. 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do multiplicador adolescente. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1992.
- _____. Um projeto de prevenção de DST/Aids e drogas na escola: proposta pedagógica. In: *Prevenir é sempre Melhor*. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1996.
- _____. Aids. Que lance é esse? Brasília: Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 1996.
- _____. Criança, adolescente e adulto jovem. Documento de referência para trabalho de prevenção das DST, Aids e drogas. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1997.
- _____. Aids no Brasil: um esforço conjunto governo-sociedade. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1998.
- _____. Avaliação do grau de conhecimento e uso de preservativo em conscritos do Exército Brasileiro. Ano de apresentação 1997. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1998.
- _____. Conhecimentos sobre os meios de transmissão da Aids: uma avaliação com conscritos do Exército. Ano de apresentação 1996. Brasília: Coordenação Nacional de DST /Aids, 1998.
- _____. *Boletim Epidemiológico Aids*, ano I, n.1. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999.

- _____. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*, v.I, ago. 1999. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.
- _____. Diretrizes e ações em sexualidade. Prevenção das DST/Aids e do uso indevido de drogas para crianças e adolescentes. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids, 1999.
- _____. O protagonismo juvenil no desenho e realização de ações de combate à epidemia. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids, 1999.
- _____. Proposta de ação para crianças e adolescentes escolarizados. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids, 1999.
- _____. Relatório de Implementação do Empréstimo Bird 4.392/BR – Aids II, 2000.
- _____. Sexualidade, Prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas. Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes. Brasília: Programa Nacional de DST/Aids, 1999.
- NOVAES, R. R.; PORTO, M. e HENRIQUES, R. (org.) Juventude, cultura e cidadania. Comunicação do ISER, ano 21, 2002.
- PAIS, J. M. *Culturas juvenis*. Portugal: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1993.
- PAIVA, V. *Em tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 1992.
- _____. *Fazendo arte com a camisinha: sexualidades jovens em tempos de Aids*. São Paulo: Summus, 2000.
- PARKER, R. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Nova Cultural/Bestseller, 1991.
- _____. *A construção da solidariedade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- _____. Desafios para o futuro: questões-chave para a política de HIV/Aids no Brasil. In: *Políticas, instituições e Aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- PARKER, R. e GALVÃO, J. (org.) Seminário políticas públicas de saúde: marco de referência. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abia, 1995.
- PARTIDO DOS TRABALADORES. Proposta de Governo, 1996.

- PICK, S. *Planeando tu vida: programa de educación sexual y para la vida dirigido a las jóvenes: manual para el instructor*. 7.ed. México: Planeta, 1998.
- PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTO ANDRÉ. Projeto Curso de Multiplicadores. Santo André: Secretaria de Cidadania e Ação Social, 1997.
- _____. Planejamento do segundo semestre para jovens multiplicadores. Santo André: Secretaria de Cidadania e Ação Social, 1998.
- _____. Cenário para um futuro desejado. Texto aprovado pela Conferência da Cidade em 29 abr. 2000.
- _____. Programa Municipal DST/Aids, Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- _____. Projeto Jovens Multiplicadores. Santo André: Secretaria de Cidadania e Ação Social, 2000.
- _____. Seminário Juventude mostra tua cara. 7 mai. 2000.
- _____. Dados preliminares sobre as políticas públicas para a juventude desenvolvidas pela administração local de Santo André. Santo André: Secretaria de Cidadania e Ação Social, s.d.
- RIBEIRO, M. *O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde*. São Paulo: Gente, 1999. v. 1 e 2.
- ROUCO, J. J. M. Sexualidade e mudanças de comportamentos: uma estratégia lúdica de prevenção da Aids. In: Heilborn, M. L. (org.) *Sexualidade: o olhar das Ciências Sociais*. Op. cit.
- RUA, M. e ABRAMOVAY, M. Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de droga nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2001.
- SAYÃO, R. Saber o sexo? Os problemas da informação sexual e o papel da escola. In: Aquino, J.G. (org.) *Sexualidade na Escola: Alternativas Teóricas e Práticas*, São Paulo: SUMMUS, 1997.
- SALLES, L. M. F. *A representação social do adolescente e da adolescência: um discurso contrastante entre o genérico e o particular*. (Um estudo em

- escolas públicas do Estado de São Paulo). São Paulo: Depto. de Psicologia da Educação/PUC-S,1997. Tese.
- SANTOS, C. E. A formação profissional de saúde para o trabalho educativo com adolescentes. In: *O prazer e o pensar: orientação sexual para educadores e profissionais de saúde*. Op. cit. v. 2
- SANTOS, V. L. e SANTOS, C. E. Unidade de Prevenção da Coordenação Nacional de DST/Aids. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*. Brasília, 1999
- _____. *Adolescentes, jovens e Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- SARDA, S. Crianças e adolescentes: a efetivação de direitos e a participação social como estratégia de prevenção da epidemia de HIV/Aids. In: Câmara e Carneiro (org.) *O outro como um semelhante: direitos humanos e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- SOARES, C. B. *Adolescentes, drogas e Aids: avaliando a prevenção e levantando necessidades*: São Paulo: Faculdade de Educação/USP, 1997. Tese.
- SOUZA, M. C. *A formulação das políticas destinadas à Aids: contra-senso entre a extensão dos problemas e as ações implementadas*. Brasília: Departamento de Serviço Social/UnB, 1999. Dissertação.
- SPÓSITO, M. Estudos sobre a juventude em educação. *Revista Brasileira de Educação*, n.5-6, dez. 1997. Número especial: Juventude e Contemporaneidade.
- _____. *Educação e juventude*. São Paulo: Faculdade de Educação/USP, 1998.
- TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em Aids. In: Parker, R. (org.) *Políticas, instituições e Aids*. Op. cit.
- UNAIDS. Ouçam, aprendam, vivam! Campanha Mundial de Aids com crianças e jovens. 24 fev. 1999.
- UNAIDS. Fatos e números: Campanha Mundial da Aids 1999. In: *Listen, Learn, Live! World Aids Campaign with children and young people*. Genebra, 1999.

- UNAIDS. Os jovens e o HIV/Aids. In: *Listen, Learn, Live! World Aids Campaign with children and young people*. Genebra, 1999.
- UNICEF. Indicadores sobre crianças e adolescentes. Brasília, 1991.
- WAIDEMAN, M.C. *Sexualidade, AIDS e adolescência no espaço escolar contemporâneo: a família não fala, o adolescente pede, e a escola...* Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências de Marília/UNESP, 1997. Tese.
- WEISS, S. P. e VARGAS-TRUIGILLO, E. *Yo, adolescente: respuestas claras a mis grandes dudas*. 10.ed. México: Ariel Escolar, 1998.
- ZAGURY, T. *O adolescente por ele mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1996.