



BROCHURA 1

ADOLESCÊNCIA, VULNERABILIDADE E SEXUALIDADE

Responsáveis pela produção do texto:

Teo Weingrill Araujo e Gabriela Calazans – Coordenação Estadual de DST/aids, Secretaria Estadual de Saúde – SP

Colaboradores:

Regina Figueiredo (Instituto de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde – SP) e Edna P. Kahhale (Conselho Regional de Psicologia – 6º região)

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informação
Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Coordenadoria de Controle de Doenças
Coordenação Estadual de DST/aids
Rua Santa Cruz, 81
Vila Mariana
CEP: 04121-000 - São Paulo, SP
Tel: (11) 5087-9902
Fax: (11) 5084-0777
E-mail: vulneraveis@crt.saude.sp.gov.br

Secretário Estadual de Saúde
Luiz Roberto Barradas Barata

Coordenadoria de Controle de Doenças
Carlos Magno Castelo Branco Fortaleza

Coordenação Estadual de DST/aids
Centro de Referência e Treinamento de DST/aids de São Paulo
Maria Clara Gianna
Artur Kalichmann

Área de Prevenção
Naila Janilde Seabra Santos
Elvira Ventura Filipe dos Santos

Núcleo de Populações Mais Vulneráveis
Caio Westin

Organização das Brochuras:
Teo Weingrill Araujo - Coordenação Estadual de DST/aids
Gabriela Calazans - Coordenação Estadual de DST/aids

Revisão final das Brochuras
Naila Janilde Seabra Santos – Coordenação Estadual de DST/aids

Material elaborado em parceria com o Grupo Juventudes & Vulnerabilidades do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.
Regina Figueiredo
Marisa Feffermann
Jacqueline Serafim de Freitas

Agradecimentos

Dulcimara Darré, Dulce Ferraz, Márcia Giovanetti e Alexandre Yamaçake (Coordenação Estadual de DST/aids), Raul José de Felice (Juiz de Direito em São Paulo), Haraldo César Saletti Filho (Centro de Saúde Escola Butantã), Marcos Veltri (Área Temática de DST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), Andréia C. Moura (COREN – São Paulo), Ieda Marília de Pádua (Movimento de Adolescentes Brasileiros), Francisco Cabral (Reprolatina), Maria Sylvia Vitall (UNIFESP), Regina Guise de Almeida (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo), Edna Kakhale (CRP - 6ª região), Maria Eduarda Hasselmann (Coordenadoria da Juventude do Município de São Paulo), Rodrigo Correia (Movimento de Adolescentes Brasileiros).

APRESENTAÇÃO

Dos 138.341 casos de aids notificados no Estado de São Paulo desde o início da epidemia, 16.154 casos referem-se a adolescentes e jovens, o que representa uma proporção de 12% do total¹. Estas informações demonstram que adolescentes e jovens têm grande risco (probabilidade) de se infectarem. Corroborando tal proposição, a análise dos dados referentes às doenças sexualmente transmissíveis (DST) no estado nos mostra que 36,1% dos casos notificados concentram-se nas faixas etárias de 13 a 24 anos.

Há, ainda, outros dados sobre a população jovem no país que nos desafiam:

- As principais causas de mortalidade de adolescentes e jovens são as causas externas (segundo pesquisa divulgada pela UNESCO, em 2002 a taxa de homicídios na população jovem foi de 54,5 para cada 100 mil habitantes, contra 21,7 para o restante da população);
- Jovens de 15 a 24 anos representam 47% do total de desempregados do país;
- Mais de metade dos jovens brasileiros entre 15 e 24 anos não estudavam em 2001.

Tais informações nos mostram que a suscetibilidade de adolescentes e jovens ao HIV é a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger.

A Coordenação Estadual de DST/Aids de São Paulo tem como um dos objetivos prioritários garantir que as pessoas, sobretudo aquelas que são consideradas mais vulneráveis, tenham, nos serviços de saúde e, em especial, nos serviços da rede básica, acesso à orientação e aconselhamento relacionado às DST/Aids, teste anti-HIV, preservativos e materiais educativos, dentre outras ações de prevenção.

Os adolescentes são um dos segmentos populacionais que a Coordenação Estadual elegeu como foco prioritário das ações de prevenção. Para que os serviços de saúde possam contribuir efetivamente para reduzir a vulnerabilidade as DST/aids deste grupo populacional, é preciso que os profissionais da rede pública de saúde recebam subsídios e orientações que os ajudem a promover o acesso dos adolescentes e jovens aos serviços e a incorporar as ações de prevenção na rotina de trabalho.

Em vista disso, a Coordenação Estadual está lançando uma série de **7 brochuras** que pretende fornecer subsídios técnicos, conceituais e legais para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/Aids para adolescentes e jovens nos serviços de saúde. O conjunto de temas e

¹ Fonte: SINAN- Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual DST/Aids-SP. Total de casos notificados até 30/06/2005.

discussões feitas nas brochuras procura mapear os diversos aspectos da vulnerabilidade deste grupo populacional e, ao mesmo tempo, propor ações por parte dos serviços de saúde para reduzir esta vulnerabilidade.

Tradicionalmente, os serviços de saúde não estão organizados para dar conta de questões e demandas específicas de adolescentes e jovens. Entretanto, é possível afirmar que estas faixas etárias são especialmente importantes para o longo percurso de construção da autonomia.

Abaixo, estão especificados os títulos de cada uma das brochuras.

Brochura 1 – Adolescência, vulnerabilidade e sexualidade.

Brochura 2 – Subsídios legais para o atendimento de adolescentes e jovens nos serviços de saúde.

Brochura 3 – Promoção do acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde.

Brochura 4 – O serviço de saúde na comunidade: o trabalho em rede.

Brochura 5 – A comunidade nos serviços de saúde: adolescentes multiplicadores.

Brochura 6 – Uso de drogas e vulnerabilidade às DST/aids.

Brochura 7 – Guia prático para o desenvolvimento de ações de prevenção às DST/aids voltadas a adolescentes e jovens.

Dra. Maria Clara Gianna

Dr. Artur Kalichman

Coordenação do Programa Estadual de DST/aids de São Paulo

Introdução

É razoavelmente consensual, em nossa sociedade, a importância de desenvolver ações de prevenção das DST/Aids para adolescentes. Há, no entanto, duas questões com as quais nos deparamos ao propor discussão sobre o tema:

- Qual a concepção de adolescência que nos orienta no desenvolvimento de nossas práticas?
- Qual a concepção de sexualidade que nos orienta no desenvolvimento das ações de prevenção?

Tendo em vista a importância de tais questões, parece-nos um bom começo para a série de brochuras que aqui se inicia que, de cara, enfrentemos-nas explicitando porque estão sendo propostas ações de prevenção dirigidas a adolescentes e jovens e qual o entendimento atual que orienta as ações de prevenção propostas pela Coordenação Estadual de DST/Aids.

Quando começa e quando termina a adolescência?

A discussão sobre as faixas etárias que delimitam a adolescência e a juventude é central para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas profissionais voltadas a esses grupos populacionais. No que tange ao desenvolvimento de ações de prevenção das DST/Aids não é diferente. Questiona-se a partir de que idade as ações de prevenção devem ser desenvolvidas, qual a sua pertinência e como isso deve ocorrer nas diferentes idades da vida. É importante considerar, no entanto, que diferentes recortes etários têm sido utilizados neste campo de práticas.

A legislação brasileira considera crianças, as pessoas de 0 a 11 anos de idade, sendo adolescentes as pessoas entre 12 e 18 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), que antes considerava como o período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, propôs mais recentemente como população jovem a ampla faixa de 10 a 24 anos. A OMS recomenda, porém, para efeitos práticos de análise e de proposição de ações, uma divisão dessa categoria em três subgrupos (OMS, 1986, p. 12):

- Pré-adolescentes: 10-14 anos
- Adolescentes: 15-19 anos
- Jovens: 20-24 anos

De acordo com a estratégia nacional de ações de prevenção das DST/Aids para a população de adolescentes e jovens, trabalharemos aqui com a proposição de ações voltadas a ampla faixa de 10 a 24 anos, entendendo, como a OMS, que seja necessário diferenciar as especificidades de pré-adolescentes, adolescentes e jovens.

Adolescência e Juventude

É fundamental explicitar, nesta discussão, que os conteúdos, a duração e a atribuição de significados sociais aos diferentes momentos do

ciclo de vida são culturais e históricos. Não foi sempre, nem em qualquer lugar ou cultura, que se dividiu a vida da maneira como estamos acostumados a dividir. Nesse sentido, a idéia de que existem períodos na vida de uma pessoa denominados de infância, adolescência e idade adulta é construção social e não um fenômeno “natural”.

E, ainda, os atributos de cada um dos momentos de vida mudam em diferentes momentos históricos e culturas. É a isso que nos referimos quando usamos a expressão: “em meu tempo não era assim”. Realmente muda o que se considera aceitável, ou não, para uma criança, para um jovem ou para um adulto, tanto em termos de comportamentos, como em relação aos significados das práticas sociais – as roupas, os gestos, as formas de se portar, ter ou não filhos, poder ou não trabalhar, etc.

Em nossa sociedade, a adolescência e a juventude são compreendidas como momentos de transição entre a infância e a vida adulta. Muitas vezes, portanto, torna-se difícil entender o que significam estes momentos sem entender o momento anterior – a infância – e o momento posterior – a vida adulta. Até porque esse caráter transitório é muitas vezes caracterizado por grande indeterminação: o adolescente é aquele que não é mais criança, mas ainda não é adulto.

A infância é o tempo da primeira fase do desenvolvimento – físico, emocional e intelectual – e da primeira socialização. É um momento caracterizado pela transição gradual da total dependência e heteronomia² para uma independência e autonomia relativas, o que demanda proteção e tutela.

A idade adulta é, por sua vez, em tese, o momento do ápice do desenvolvimento – físico, emocional e intelectual – e da plena cidadania. O que implica na capacidade de exercer as dimensões de:

- produção - *sustentar a si e a outros*;
- reprodução - *gerar e cuidar dos filhos*;
- e participação - *nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade*.

(Abramo, 2005)

Assim, a adolescência e a juventude têm sido compreendidas em nossa sociedade como momentos do ciclo de vida de transição entre a heteronomia da infância e a completa autonomia que, em tese, caracteriza a situação do adulto na sociedade. A singularidade da experiência juvenil se dá por ser a fase da vida em que se inicia a busca dessa autonomia, marcada tanto por uma atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade – pessoal e coletiva (Sposito, 2005). É preciso, no entanto, compreender que tais processos são vividos de formas muito diferentes pelos jovens, de acordo com seu sexo e inserção social.

² Condição da pessoa que recebe de outra pessoa as regras a que se deve submeter. Em nosso contexto, entendemos que as crianças têm sua vida regada por adultos, usualmente os pais ou seus responsáveis.

Um breve resgate histórico

A esfera do trabalho se torna mais complexa e as relações sociais, mais sofisticadas, sobretudo, a partir do final do século XIX. Com isso, a adolescência e a juventude passam a se caracterizar como momentos de socialização e de preparação para o ingresso na esfera da produção. Essa preparação passa a acontecer em instituições especializadas - as escolas - e faz com que o ingresso no mundo do trabalho e o momento de ter filhos sejam adiados. Neste sentido, duas situações se tornam centrais para compreendermos as concepções de adolescência e juventude vigentes em nossa sociedade: ficar livre das obrigações do trabalho e dedicar-se ao estudo numa instituição escolar.

Este momento de preparação e socialização cria um descompasso. De um lado, os adolescentes e jovens já têm as capacidades físicas para produzir e ter filhos. De outro, afirma-se que eles ainda não têm maturidade emocional e social para isso. Desse modo, é possível afirmar que a sociedade define a adolescência e a juventude como momentos de "moratória", compreendida como um adiamento dos deveres e direitos da produção, reprodução e participação. Um tempo socialmente legitimado para a dedicação exclusiva à formação para o exercício futuro dessas dimensões da cidadania. Isso pode nos ajudar a compreender o porquê das noções modernas de adolescência e juventude aparecerem como períodos de interregno, de transição, de ambigüidade, de tensão potencial (Abramo, 2005).

Tradicionalmente, esperava-se que a finalização da transição para a vida adulta se desse a partir dos seguintes marcos: deixar a escola; começar a trabalhar; sair da família de origem, casar e formar um novo lar (e ter filhos). Exatamente nesta ordem, sempre. As pessoas se tornavam adultas quando se inseriam no mercado de trabalho, passavam a exercer a sexualidade adulta e constituíam família para a procriação.

As concepções mais recentes sobre juventude, no Brasil e no mundo, têm nos mostrado que se algum dia existiu esta transição linear e escalonada, isso não se dá sempre e em todos os grupos sociais. Estudos mais recentes têm mostrado que há muitas possibilidades e padrões de inserção no "mundo adulto". Uma característica importante do momento atual é o que se chamou **descronologização** do percurso das idades, o que significa que vivemos um processo de desconexão entre a idade das pessoas e aquilo que tradicionalmente se esperaria delas.

As transformações que vêm ocorrendo na sociedade permitem percebermos que a passagem para a maturidade não se dá de forma simultânea. Pelo contrário, o acesso aos atributos da maturidade ocorre de

maneira heterogênea. *Assim, o exercício da sexualidade adulta, por exemplo, não implica necessariamente a reprodução; nem ela, a formação de uma nova família, dentro dos padrões tradicionais; o que não significa obrigatoriamente a ausência de responsabilidade na experiência do acesso a tais atributos.*

Estas transformações dão-se em dois sentidos:

- No prolongamento de experiências características da juventude como, por exemplo, a escolarização e do período de viver com a família de origem. No que concerne à modificação da relação entre os jovens e a família, podemos destacar a tendência de adiar o casamento e a reprodução. É possível supor que estes adiamentos permitem uma maior flexibilidade de planos de vida.
- A essas experiências de retardamento e adiamento ao acesso a determinados atributos da maturidade, podemos contrapor experiências de ascensão mais precoce a determinados atributos, entre eles o avanço da puberdade, o avanço da idade da maioridade civil e da responsabilidade penal e, podemos dizer, o avanço da idade de início da sexualidade adulta.

Nesse sentido, podemos dizer que há uma certa autonomia entre os diversos campos institucionais em que se desenrolam as trajetórias biográficas, entre eles os sistemas escolar, produtivo e familiar. Assim, não se pode considerar que esteja acontecendo um simples prolongamento da fase da adolescência ou da juventude. O que há é a modificação e a definição de novas formas de “ser jovem”.

Na contemporaneidade, os jovens mantêm-se por mais tempo vinculados às suas famílias de origem para completar sua escolarização e, também, em virtude das dificuldades de inserção profissional. Junto a isso, passam a exercer sua sexualidade, muitas vezes independentemente da reprodução e da possibilidade de formação de um novo núcleo familiar. Em outras situações, ainda, apesar de terem filhos, mantêm-se junto a suas famílias de origem, configurando núcleos familiares em que se observa uma dupla hierarquia parental: jovens pais vivem sob o mesmo teto que seus pais, onde têm de submeter-se, ainda, a suas normas, apesar de imporem a seus filhos novas normas. A esse processo de transformação sociocultural das especificidades das idades da vida, damos o nome de **descristalização**.

Diante da atual compreensão sobre adolescência e juventude, como se entende a relação entre jovens e adultos? E, particularmente, no âmbito da proposição e execução de políticas públicas de saúde, como podemos compreender o papel de profissionais de saúde em relação aos adolescentes e jovens?

Se o que caracteriza a nossa compreensão sobre a experiência juvenil é o início da busca da autonomia, marcada tanto pela atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade –

pessoal e coletiva, qual o sentido das políticas públicas e da atuação de profissionais de saúde?

Em primeiro lugar, a partir da perspectiva que estamos apresentando, deixa de ser possível definir uma ordem cronológica “tradicional” para a aquisição dos atributos da idade adulta. Com isso, passa a ser necessário rever constantemente as nossas próprias concepções, enquanto profissionais de saúde, sobre o que se considera adequado ou inadequado para as pessoas das diferentes faixas etárias.

Em segundo lugar, a inexistência de uma ordem cronológica tradicional traz novas questões para os adolescentes e jovens. Não há mais roteiros pré-estabelecidos que imponham uma seqüência padronizada de acontecimentos. Com isso, as pessoas passam a estar às voltas com a necessidade de construir percursos singulares rumo a autonomia. Ganha importância, portanto, a necessidade de se estabelecer um projeto de vida individual.

Nesse contexto, os profissionais de saúde, junto com profissionais da área de educação e de outros setores, podem assumir o papel de fornecer suporte para que os adolescentes e jovens possam constituir um projeto de vida de maneira autônoma.

O que é vulnerabilidade?

Muitas vezes, é veiculado o discurso de que atualmente os adolescentes e jovens são irresponsáveis, imediatistas, individualistas, incapazes de estabelecer planos para o futuro. Outras vezes, afirma-se de modo genérico que as pessoas dessas faixas etárias estão às voltas com um turbilhão hormonal que as torna mais impulsivas, rebeldes e irresponsáveis. Todos esses discursos têm em comum o fato de ‘individualizarem’ os problemas, isto é, atribuírem-nos a características e comportamentos individuais e, mais grave do que isso, produzirem rótulos danosos. Quantas vezes não ouvimos afirmações que lançam mão de rótulos para explicar a maior susceptibilidade de adolescentes e jovens às DST/aids, à gravidez indesejada e ao uso abusivo de drogas?

Entretanto, tais rótulos não nos dão instrumentos para lidar com o problema. Além disso, retiram a responsabilidade dos diferentes setores da sociedade em relação a essa questão.

A maior ou menor **vulnerabilidade** dos diferentes segmentos populacionais só pode ser compreendida se levarmos em conta um conjunto amplo de aspectos que poderíamos agrupar em três esferas:

1. Esfera individual
2. Esfera programática
3. Esfera social

1. Na **esfera individual**, podem ser incluídos os **aspectos cognitivos**, isto é, a capacidade para processar informações – sobre hiv/aids, sexualidade e serviços e os **aspectos comportamentais** que dizem

respeito à possibilidade de transformar as informações processadas em comportamentos. Só podemos compreender os aspectos comportamentais se levarmos em conta:

1.a) As características pessoais, que são construídas ao longo da história do indivíduo. Dentre as características pessoais, destaca-se aquilo que as pessoas costumam denominar de **auto-estima (Vide BOX)**. É importante ressaltar que a história de um indivíduo se desenrola em um determinado contexto familiar, cultural e social que dá significado e, ao mesmo tempo, constitui as características pessoais. Assim, por exemplo, uma mulher negra se depara com um contexto de discriminação, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e desigualdade de gênero. As atitudes pessoais frente ao sexo e à sexualidade e a percepção de risco dela, aspectos que estão diretamente relacionados à susceptibilidade dos indivíduos as DST/aids, se constituem nesse contexto. Por sua vez, uma pessoa que foi abusada sexualmente na infância teve sua história de vida marcada por este episódio. Suas atitudes pessoais frente ao sexo e a sexualidade se constroem às voltas com essa história de vida.

Auto-estima

É bastante comum o discurso que atribui a maior vulnerabilidade de um indivíduo a sua baixa auto-estima. Nesse caso, diz-se que a vulnerabilidade está relacionada ao fato de que o indivíduo deixou de perceber motivos para cuidar de si. Em outro caso, a maior vulnerabilidade pode estar relacionada com uma auto-estima elevada, com uma sensação de onipotência. Se determinada pessoa sente-se invulnerável e onipotente, ela pode adotar certas atitudes que criam situações de exposição as DST/aids. Entretanto, há algumas ressalvas importantes que precisamos fazer a esse uso indiscriminado da noção de auto-estima:

- ❖ Em primeiro lugar, trata-se de uma noção muito ampla, que abrange uma quantidade tão grande de questões que às vezes acaba por não designar nada. É um paradoxo, se uma palavra quer dizer muita coisa, ela corre o risco de não dizer mais nada.
- ❖ Em segundo lugar, por ser algo assim tão amplo, acaba funcionando como uma panacéia universal, ou seja, se eu não sei explicar uma coisa eu lanço mão dessas palavrinhas mágicas porque, afinal, elas são capazes de explicar tudo. Desde o indivíduo que tenta suicídio até a adolescente que engravida, todos sofrem da mesma falta de auto-estima.
- ❖ O terceiro grande problema da idéia de auto-estima é que ela serve para descrever e, ao mesmo tempo, explicar. Isto é, eu sei que alguém tem a auto-estima muito baixa porque faz uso indiscriminado de bebidas alcoólicas, mas eu sei também que esse alguém bebe muito porque tem a auto-estima muito baixa.
- ❖ Finalmente, a palavra auto que precede a palavra estima nos dá a impressão de que a auto-estima é algo que brota do âmago dos indivíduos **e que não tem relação nenhuma com o contexto**. Assim, na noção de auto-estima está embutida a crença de que a postura de um indivíduo diante da vida está relacionada unicamente com a sua força de vontade.

A partir disso, é possível afirmar que as características pessoais têm relação com o que se costuma chamar de auto-estima. Entretanto, ao mesmo tempo, é preciso considerar que as características pessoais são muito complexas e não podem ser definidas a partir de uma única expressão.

1.b) As habilidades individuais também fazem parte dos aspectos comportamentais da vulnerabilidade individual. As práticas sexuais, quando envolvem mais do que uma pessoa, exigem diversos tipos de negociação entre os parceiros. Os parceiros negociam a frequência das relações sexuais, os tipos de prática (anal, oral, vaginal), as posições, os ritmos, os locais em que vão acontecer. Dentre os aspectos que são negociados, estão o tipo de método contraceptivo que vai ser ou deixar de ser utilizado e o tipo de método preventivo. Isso significa que o indivíduo que tem mais habilidade para negociar o uso de preservativo com o parceiro está menos vulnerável às DST/aids do que um outro indivíduo que não tem essa habilidade. Vale ressaltar que as habilidades de negociação estão relacionadas com o contexto em que se desenrola a história de vida das pessoas. Alguém que faça parte de um grupo historicamente estigmatizado e excluído tenderá a ter menos habilidade para negociar o uso do preservativo, por exemplo. Em relação às habilidades, é preciso considerar também um aspecto aparentemente banal, mas que pode ter repercussões importantes. Um indivíduo que não saiba colocar o preservativo de maneira adequada pode se colocar em risco por conta disso. Então, além das habilidades para negociar o uso do preservativo, há as habilidades para usar o preservativo de maneira adequada.

2. A outra esfera a ser considerada numa análise da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/aids poderia ser denominada de **programática**. Essa esfera da vulnerabilidade está mais diretamente relacionada com as políticas de saúde e com a maneira como estão organizadas as instituições na comunidade. Expliquemos melhor.

Se os serviços de saúde de uma determinada comunidade não atendem os adolescentes que chegam ao serviço sem os pais, está sendo criado um obstáculo programático para que os adolescentes possam cuidar de si. Se um outro serviço não distribui preservativos para adolescentes menores de idade ou se torna a distribuição muito burocrática podemos afirmar a mesma coisa. O mesmo vale para uma escola que não cria espaços para discutir sexualidade e prevenção das DST/aids.

Por outro lado, quando os serviços de saúde estão desenvolvendo ações de maneira articulada com outras organizações da comunidade e quando estão estruturados de maneira a promover o acesso dos adolescentes e jovens é possível afirmar que está sendo construída uma resposta programática adequada de enfrentamento da vulnerabilidade de adolescentes às DST/aids.

O mesmo raciocínio vale para todos os níveis de gestão. Isto é, a vulnerabilidade programática também está relacionada com o modo como os governos federal, estadual e municipal estabelecem diretrizes e prioridades, destinam ou não destinam recursos para determinadas ações

e investem ou deixam de investir na formação continuada dos profissionais.

3. Finalmente, temos a **esfera social** das análises de vulnerabilidade. Trata-se, certamente da dimensão mais complexa e heterogênea. O pressuposto básico é o de que fatores coletivos, sociais, influenciam fortemente na vulnerabilidade individual e programática. Incluem-se nesta dimensão de análise:

- Aspectos econômicos – em contextos de desigualdade, há grande contingente de pessoas sem acesso aos recursos mínimos para a sobrevivência.
- Violência – em contextos muito violentos, em que a morte por causas externas é muito expressiva, as atitudes de autocuidado perdem sentido, já que se está permanentemente ameaçado pela perspectiva de morrer repentinamente.
- Acesso à educação – em contextos em que o índice de evasão escolar é muito grande, não se criam condições para o exercício efetivo da cidadania.
- Desigualdades de gênero, de raça e outras - criam grupos com menor poder de negociação e de voz.
- Ausência de participação coletiva nas decisões políticas da comunidade.

A partir da perspectiva que estamos adotando, torna-se claro que a construção de uma resposta social para as necessidades de adolescentes e jovens e, mais especificamente, uma resposta social à prevenção das DST/aids, depende da ampliação do acesso dos indivíduos à informação e aos recursos para se proteger, da construção de respostas por parte das instituições que acolhem adolescentes e jovens e de transformações sociais mais profundas, que diminuam as desigualdades na maneira como o poder é distribuído em nossa sociedade.

Qual a concepção de sexualidade que nos orienta no desenvolvimento das ações de prevenção?

O indivíduo vem ao mundo com um corpo biológico, atravessado por impulsos e necessidades. Esse ser humano não existe sozinho. No início, sua existência depende, de maneira muito concreta, dos cuidados de alguém, que pode ser a mãe, o pai, o avô ou um profissional de um abrigo. Repare, todos nós já vivemos uma experiência tão profunda de dependência que a nossa sobrevivência esteve nas mãos de outras pessoas. Literalmente nas mãos, porque esse cuidado assumia a forma de carregar no colo, trocar as fraldas, amamentar, fazer carinho. Tudo isso foi constituindo maneiras de sentir prazer, de demonstrar afeto, de se comunicar, enfim de ser. Crescemos um pouco e percebemos que as pessoas das quais dependíamos estavam inseridas em um mundo amplo,

feito de aspectos materiais e da falta de coisas materiais, de linguagens, de silêncios. As formas de comunicar/não-comunicar e de se relacionar com os outros foram se tornando mais complexas.

Estamos propondo uma compreensão da sexualidade que pode ser resumida da seguinte maneira. O indivíduo é constituído por um corpo biológico, vive atormentado por impulsos e vai se constituindo na relação com outros. As formas de expressar a sexualidade estão relacionadas com tudo isso. Assim, se conseguirmos ancorar a nossa prática profissional na crença de que o outro é um ser humano que foi lançado no mundo e que tenta se haver com a vida da maneira como pode, perceberemos que o papel do profissional de saúde não é dizer para o outro o que é certo e o que é errado, mas ajudá-lo a se constituir como um sujeito construtor de sua própria vida.

Vamos tentar falar em outros termos. Várias influências e fatores determinam a maneira como se expressa o desejo humano. Por sua vez, esse desejo é sempre múltiplo e pode assumir as formas mais estranhas. Em cada um de nós está a plasticidade e estranheza desses desejos. A alguns tipos, permitimos que se expressem livremente. De outros, sentimos vergonha, medo, repulsa, culpa, confusão. Outros ainda, desconhecemos, apesar de existirem em nós. E mais ainda, a forma como lidamos com os nossos desejos está relacionada com o contexto cultural em que vivemos, que valoriza algumas práticas e maneiras de viver a sexualidade e rechaça outras.

Se partirmos disso, arrefece o ímpeto de classificarmos de desviantes certas maneiras de viver a sexualidade e de tentar definir o que é normal. Se vamos falar sobre o tema com adolescentes, precisamos desenvolver um apreço especial pela diversidade humana e precisamos respeitar as formas mais coloridas de viver a sexualidade.

Referências bibliográficas

ABRAMO, H.W. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ABRAMO, H.W; BRANCO, P.P. (org.) *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005, p. 73-86.

SPOSITO, M.P. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: ABRAMO, H.W; BRANCO, P.P. (org.) *Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2005, p. 87-127.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Young People's Health: a challenge for society*. Relatório do Grupo de Trabalho sobre Jovens e Saúde para Todos no Ano 2000. OMS, Série de Relatórios Técnicos, 731, Genebra, 1986.