UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

RENATA BELLENZANI

*Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para
a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família*

São Paulo
2008

RENATA BELLENZANI

Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e do Trabalho

Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientadora: Profa. Livre Docente Vera S. Paiva

São Paulo

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação**Serviço de Biblioteca e Documentação****Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.**

Bellenzani, R.

Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família / Renata Bellenzani – São Paulo: s.n., 2008. – 295p.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho.

Orientadora: Livre Docente Vera Silvia Facciolla Paiva.

1.sexualidade, 2.jovens, 3.saúde sexual, 4.prevenção, 5.DST/Aids, 6.turismo, 7.saúde comunitária, 8.Programa Saúde da Família

AQ 21

FICHA DE APROVAÇÃO

Renata Bellenzani

Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e do Trabalho
Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho:

aos meus pais Kátia e Renato e aos seus tempos de juventude...

Com gratidão, agradeço pelo cuidado com a minha juventude e das minhas queridas irmãs...

a toda família “extensa”: avós, tios, primos/as, namorados/as das primas/os e das irmãs (Má e Fá), primos dos primos e parentes “postiços”, todos agregados do coração com quem passo momentos felizes. Em especial à tia Ofélia e ao Marcão que mantém sua casa como a “casa da vó Lurdes e do vô Nardo”, onde a “família extensa” mantém calorosos debates sobre a vida, o Lula, a política, as loucuras do mundo, a educação no país, a família, os valores enfim... Sempre regados a muita cerveja e violão. Ao tio Paulo e à tia Maria Alice por terem “me apresentado” “BERGER & LUCKMAN”, um acalento às minhas angústias diante das psicologias essencialistas

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a todos os/as jovens com quem estabeleci “encontros” durante minha trajetória como pesquisadora e profissional em serviços de saúde, ONG (s) e comunidades. Foi muito prazeroso auxiliá-los a encontrar caminhos mais felizes ou menos dolorosos para suas vidas. Como eles sorri, fiquei triste e aprendi MUITO!

Agradecimentos especiais:

aos meus pais Kátia e Renato, pelo apoio afetivo, financeiro e educacional, e às minhas irmãs Mi e Clara pela amizade e companheirismo;

ao Bruno, meu doce, pelo carinho, pela consultoria para assuntos da “norma culta” na difícil arte da escrita e por seu (quase sempre) bom humor diante dos momentos em que eu não podia lhe dar “nem uma Atenção Básica”, como disse uma vez e me fez rir muito...

aos colegas da equipe de saúde mental no PSF em Sapopemba, em especial Rô, Gi e Ari pela escuta, sugestões e conversas sobre a saúde, o trabalho, as pesquisas e a vida. Às equipes de saúde da família, em especial as agentes comunitárias das UBS(s) Vila Renato e Santa Madalena, e seus usuários junto com os quais, no cotidiano da assistência, me apaixonei pelo PSF.

Agradeço, também, às seguintes pessoas que prezo muito.

Jôse, minha amiga de Ibaté. Nesses tempos de escrita da dissertação senti falta de seu café, como na época da monografia de conclusão da graduação;

Minhas amigas “di quinta” e agregadas: Isa, Sô, Fer, Bi, Vanis, Pri, Comela, Gabis, Amanda, Karin, Karinão, Clau e agregadas “C12”. Muito obrigada pela força, incentivo e pelos momentos de diversão quando às vezes parecemos “adolescentes”;

Minha amiga Ana Paula, terapeuta ocupacional e pesquisadora com quem compartilho os prazeres de uma amizade e as questões da vida acadêmica. Um agradecimento especial por contribuir com minha aproximação ao PSF em São Paulo;

Meus colegas da turma de psicologia 97, sempre com papos muito inteligentes e bem humorados, em especial aos amigos Paulo e Carlos, queridos psicólogos e filósofos, não necessariamente nessa mesma ordem, ao Fernandão e às amigas Jú, Celina e Karine;

Aos colegas do NEPAIDS - USP, em particular à colega Cely, ao Alessandro e àqueles com quem pude estar mais próxima, em diferentes momentos, em função do Projeto Caiçara. Aos profissionais do PSF entrevistados, aos monitores ambientais das regiões onde se desenvolveu o estudo, em especial ao Luciano Festa e ao apoio das associações locais.

Ao Prof. Ivan França Júnior pela disponibilidade em fazer a revisão de um artigo que escrevi junto com Ana Paula, que consistiu em minha primeira reflexão “mais acadêmica” sobre os assuntos do mercado sexual e da exploração sexual de jovens.

Finalmente à Veroca, uma pessoa realmente muito especial! Uma orientadora presente em todos os momentos, alegre, cuidadosa, afetiva, firme, cheia de energia, generosa e ética. Meu muito obrigado. Aprendi muito contigo e continuarei aprendendo.

RESUMO

BELLENZANI, R. Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família. 2008. 295f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

A atividade turística em determinadas regiões brasileiras intensifica fluxos populacionais sazonais e gera impactos socioambientais, dentre eles agravos em saúde sexual e reprodutiva dos moradores das comunidades anfitriãs, o que exige respostas programáticas dos sistemas locais de saúde. Uma das estratégias de prevenção e promoção da saúde sexual que tem sido valorizada no debate sobre o tema constitui na maior incorporação de ações de prevenção ao Programa Saúde da Família (PSF), de acordo com suas diretrizes que prevêem a integração entre ações de prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com a realidade epidemiológica e sociocultural. Os objetivos do estudo foram: (1) descrever a vulnerabilidade social e programática às DST/HIV, gravidez não planejada e ao mercado sexual, entre jovens residentes em comunidades anfitriãs de turismo do litoral sul fluminense; (2) compreender de que modo os profissionais da rede básica/Programa Saúde da Família, da mesma localidade, reconhecem os impactos do contexto do turismo sobre a saúde do segmento jovem caiçara e quais as ações de prevenção que desenvolvem. O estudo de desenho qualitativo utilizou a observação etnográfica e entrevistas semi-estruturadas em profundidade realizadas com dois grupos de informantes: 12 jovens e 11 profissionais de saúde (dez da rede básica/PSF e um gestor da Coordenação Estadual de DST/Aids-RJ). RESULTADOS: O gênero, a cor/etnia, a geração, a nacionalidade e o status social mostraram-se fundamentais para a compreensão do cenário sexual e sociocultural, bem como das interações afetivo-sexuais entre jovens moradores locais e turistas. O cenário sexual amplia a vulnerabilidade dos (as) jovens às DST/HIV, à gravidez não-planejada e ao mercado sexual. A disponibilidade para as interações afetivo-sexuais entre jovens das comunidades e visitantes é marcada pelos estereótipos como *turista*, *gringo (a)*, *caiçara* e *nativo (a)* e pelo intercâmbio de bens materiais e simbólicos que distinguem pessoas *de fora* e pessoas *daqui*. Os profissionais do PSF, por sua vez, reconhecem a vulnerabilidade específica da juventude; atribuem-na à pobreza, à escolaridade, à vida familiar, à *promiscuidade* e às características tradicionalmente atribuídas à *fase da adolescência*. A *gravidez na adolescência* e a multiplicidade de parceiros, significadas como *promiscuidade* são as problemáticas mais reconhecidas. Valorizam a prevenção e realizam ações educativas de base comunitária. Como obstáculos à qualidade da prevenção entre os jovens, o estudo identificou: 1) a compreensão pouco aprofundada do cenário sexual, das relações de gênero e das diferenças de status social enquanto aspectos relevantes ao planejamento das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva entre jovens caiçaras; 2) as abordagens utilizam prioritariamente o recurso das *palestras* que enfatizam aspectos biomédicos e a *orientação* como base em valores pessoais; 3) há dificuldades operacionais para disponibilizar insumos e planejar ações de prevenção no âmbito da rede básica/PSF; 4) a interlocução é incipiente entre Atenção Básica/PSF (municipal) e Programa Estadual de DST/Aids-RJ. CONCLUSÃO: A intensificação da economia associada ao turismo nas comunidades anfitriãs amplia a vulnerabilidade social ao sexo desprotegido e ao mercado sexual, atribuindo um caráter singular à desigualdade de gênero, cor/etnia e status social. Essas dimensões, invisíveis aos olhos dos profissionais do PSF, juntamente com o modelo de prevenção tradicional (*palestras* e *orientações*) ampliam a vulnerabilidade programática dos jovens às DST/Aids, gravidez não planejada e mercado sexual. Haja vista o repertório de atitudes e práticas dos profissionais ter se mostrado insuficiente para o manejo das tecnologias psicossociais que integram a dimensão sociocultural da sexualidade, recomenda-se fortemente o investimento na formação adequada dos profissionais do PSF para sofisticar suas ações de prevenção.

Palavras-chave: sexualidade, jovens, saúde sexual, prevenção, DST/Aids, turismo, saúde comunitária, Programa Saúde da Família

ABSTRACT

BELLENZANI, R. Sexuality among the youth of the host communities for tourism: challenges to the STI(s)/HIV prevention and the Family Health Program. 2008. 295f. Master's Thesis – Institute of Psychology, University of, São Paulo, Brazil, 2008.

The touristic activity in certain Brazilian regions intensifies seasonal population flows and it generates socioenvironmental impacts, among which problems to the sexual and reproductive health of the host communities' inhabitants. This demands scheduled responses by the local health systems. One of the strategies of prevention and promotion of sexual health is the accretion of more prevention actions into the Programa Saúde da Família – PSF [Family Health Program]. This strategy has grown in the discussions on this theme. According to its guidelines, which foresee the integration between prevention actions, treatment and rehabilitation, and also according to the epidemiologic and sociocultural reality. The objectives of the study were: (1) describe the social and programmatic vulnerability to the STDs and AIDS, unplanned pregnancies and to the sexual market, among young residents of the host communities for tourism on the southern coast of the Rio de Janeiro state in Brazil; (2) understand how the professionals of the primary health care/PSF of those same places, recognize the impacts of the tourism context on the health of the Caiçara youth segment and what are the prevention actions that they develop. The qualitative design study used the ethnographic observation and semi structured in-depth interviews applied to two groups of informants: 12 of the youth of the host community and 11 health professionals – ten from the primary health care/PSF and one member of the State Coordination of STDs and AIDS of the State of Rio de Janeiro. RESULTS: Gender, ethnic, the generation, the nationality and the social states were proven to be fundamental to understand the sexual and sociocultural scenery, as well as the sexual-affective interactions among tourists and young local residents. These social markers enhance the vulnerability of the youth to STDs and AIDS, unplanned pregnancies and to the sexual market. The availability to the sexual-affective interactions among youth of the host communities and the tourists is marked by the stereotypes like *tourist*, *gringo(a)* [commonly used slang in Brazil for foreigners], *caiçara* and *native* and by the interchange of material and symbolic goods which separate people *from abroad* and people *from here*. On the other hand, the PSF professionals recognize the specific vulnerability of youth and link it to poverty, to schooling, to the family life, to *promiscuity* and to the characteristics usually linked to *the adolescent phase*. *Adolescent pregnancy* and the presence of multiple sexual partners, known as *promiscuity* are the better known problems. They value prevention and promote educational actions for the community. This study has identified some obstacles to the quality of the prevention among the youth of the host community as follows: (1) the little comprehension of the sexual scenery and of the gender and social class relations as relevant aspects to the planning of the sexual and

reproductive health promotion actions among the Caiçara youth; (2) the approaches use mainly the resource of *lectures* which emphasize biomedical aspects and *orientation* as a base for personal values; (3) there are operational difficulties to supply medicine needs and to plan prevention actions on the scope of the primary health care/PSF; treatment and rehabilitation actions are preferred; (4) the communication between the primary health care/PSF (municipal administration) and the State Program for STDs and AIDS of the State of Rio de Janeiro. CONCLUSION: The enhancement of the economy associated with the tourism on the host communities expands the social vulnerability to unprotected sex and to the sexual market, giving an unique character to the gender, ethnicity and social class differences. These dimensions, invisible to the eyes of the PSF professionals, along with the traditional prevention model of *lectures* and *orientation*, enlarge the programmatic vulnerability of the youth to the STDs and AIDS, to unplanned pregnancies and to the sexual market. Even though the assortment of attitudes and actions of the professionals has proven to be insufficient to manage psychosocial technologies which are part of the sociocultural dimension of sexuality, it is strongly recommended to invest on the proper education of the PSF professionals to expand their prevention actions.

Keywords: sexuality, youth, sexual health, prevention, sexually transmitted diseases, HIV, Acquired immunodeficiency syndrome, tourism, health communitarian, *Family Health Program*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente (s) Comunitária (s) de Saúde

DST/AIDS: doenças sexualmente transmissíveis e Aids

DST/HIV: doenças sexualmente transmissíveis e HIV (vírus da Aids)

HSH: homens que fazem sexo com homens

IP/USP: Instituto de Psicologia da USP

NEPAIDS: Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1)	APRESENTAÇÃO	17
2)	INTRODUÇÃO	23
2.1)	CAPÍTULO I – O QUADRO DA VULNERABILIDADE	23
•	2.1.1) Saúde, Direitos e Vulnerabilidade. Os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos	23
•	2.1.2) O referencial dos Direitos Humanos e da Vulnerabilidade na abordagem da saúde sexual e reprodutiva da juventude	31
•	2.1.3) Comunidades anfitriãs de turismo e a vulnerabilidade da juventude às DST/Aids, à gravidez não planejada e ao ingresso no mercado sexual	39
•	2.1.4) <i>Exploração sexual comercial, prostituição, turismo sexual</i> : as diferentes roupagens do mercado sexual no cenário do turismo	45
2.2.)	CAPÍTULO II – SEXUALIDADE.....	52
•	2.2.1) Essência ou construção social? Interfaces com Gênero	52
•	2.2.2) Sexualidades Jovens: <i>sujeito sexual, cena sexual, cenário sexual e trajetórias sexuais</i>	60
2.3)	CAPÍTULO III - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA JUVENTUDE.....	66
•	2.3.1) Diálogos entre o Programa Nacional de DST/Aids e a Política Nacional da Atenção Básica/ Programa Saúde da Família	66
•	2.3.2) Interfaces com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem e com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher	74
3)	OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA.....	81
4)	MÉTODO.....	82
•	4.1) Entrevistas com jovens residentes em comunidades anfitriãs de turismo de um município do litoral sul fluminense	82
•	4.2) Entrevistas com profissionais de saúde.....	84
•	4.2.1) Entrevistas com profissionais da Atenção Básica/ Programa Saúde da Família (PSF) de duas unidades básicas de saúde	84

• 4.2.2) Entrevista com um profissional gestor da Coordenação Estadual de DST/ Aids/RJ ...	88
• 4.3) Questões éticas	89
• 4.4) O recurso da cena na investigação social	91
5) RESULTADOS I: JUVENTUDE E CENÁRIO SOCIOCULTURAL DA REGIÃO.....	76
• 5.1) <i>A descrição do cenário sociocultural e sexual nas comunidades anfitriãs do litoral sul fluminense</i>	92
• 5.2) Perfil da juventude entrevistada	96
• 5.3) As interações afetivo-sexuais entre juventude local e turistas: gênero, cor/etnia, classe social e nacionalidade	89
• 5.4) <i>A mercantilização do erotismo e da sexualidade</i>	111
• 5.5) Juventude local e os (as) turistas estrangeiros (as): interesses mútuos	114
• 5.6) Vulnerabilidade da juventude ao mercado sexual	116
• 5.6.1) Vulnerabilidade feminina ao mercado sexual	117
• 5.6.2) Vulnerabilidade ao mercado sexual envolvendo circulação internacional de mulheres	119
• 5.6.3) Vulnerabilidade masculina ao mercado sexual heterossexual e HSH	121
• 5.7) Vulnerabilidade da juventude às DST/HIV nas relações sexuais com turistas	124
• 5.7.1) Grau de informações e conhecimentos sobre DST/HIV/Aids e métodos de prevenção: discursos em torno do preservativo	124
• 5.7.2) As trajetórias sexuais dos (as) jovens das comunidades: reflexões retrospectivas	125
• 5.7.3) <i>As cenas sexuais</i> no cenário do turismo: semelhanças e contrastes no quadro da vulnerabilidade às DST/Aids conforme os gêneros	128
• 5.7.4) Concepções da juventude acerca dos serviços de saúde: encontros e desencontros....	141

6)	RESULTADOS II: O CENÁRIO SOCIAL E PROGRAMÁTICO.....	150
•	6.1) O Programa Saúde da Família: a saúde sexual e reprodutiva entre outras “urgências”	150
•	6.2) Concepções dos profissionais do PSF acerca dos temas: <i>adolescência e juventude, sexualidade, saúde sexual e sexo seguro</i>	158
•	6.3) A importância das agentes comunitárias de saúde (ACS) como elo entre serviço e comunidade: reconhecendo as necessidades para prevenção em DST/Aids	167
•	6.4) População e território: reconhecendo a juventude, suas necessidades e direitos no campo da sexualidade e da saúde reprodutiva	171
•	6.5) Encontro entre profissional de saúde e a juventude: dúvidas, timidez, medo, confiança, empatia e vínculo.....	182
•	6.6) Aspectos socioculturais sobre o território: o reconhecimento dos impactos do turismo sobre a sexualidade, a reprodução e a saúde.....	184
•	6.6.1) O <i>cenário sexual</i> e a juventude nas comunidades anfitriãs de turismo	184
•	6.6.2) Juventude, mercado do sexo, turismo sexual e circulação de mulheres	187
•	6.3) Prevenção com Adolescentes e Jovens campo da Saúde Sexual e Reprodutiva: concepções, estratégias, barreiras e oportunidades.....	191
•	6.3.1) As estratégias para a prevenção com jovens	196
•	6.3.2) Ações do PSF no cenário do turismo: reduzindo a vulnerabilidade da juventude ao mercado sexual e ao sexo sem proteção	196
•	6.3.3) Grupos psicoeducativos com adolescentes e jovens: tentativas, acertos e desacertos	198
•	6.3.4) Agrupamentos ou grupalidade: <i>palestra</i> ou abordagens psicoeducativas	209
•	6.4) Barreiras programáticas e culturais à ampliação do acesso.....	212
•	6.4.1) Acesso ao preservativo	212
•	6.4.2) Acesso à atenção no serviço de saúde: diferenças entre rapazes e moças	213
•	6.4.3) Desperdício de “oportunidades” para a prevenção: a consulta médica ou de enfermagem e o aconselhamento em sexualidade, reprodução e DST/Aids	221
•	6.4.4) A rede básica de saúde e a descentralização da atenção em DST/Aids	230
•	6.4.5) Testagem e aconselhamento em HIV/ Aids e a rede básica de saúde	233

7)	DISCUSSÃO	239
•	7.1) Discussão e síntese dos pontos centrais da vulnerabilidade social da juventude ao sexo sem preservativo e ao mercado sexual: a perspectiva dos jovens.....	239
•	7.1.1) Trocas sexuais e a vulnerabilidade ao mercado sexual	239
•	7.1.2) Vulnerabilidade ao sexo sem proteção	245
•	7.1.3) Sobre o método, limitações e sugestão para novas investigações	258
•	7.2) Discussão e síntese dos pontos centrais da vulnerabilidade social e programática ao sexo não protegido e ao mercado sexual: a perspectiva dos profissionais de saúde..	245
•	7.2.1) O que dificulta, afinal, a sexualidade enquanto campo programático?	261
•	7.2.2) Jovens, Famílias e o Programa Saúde da Família	268
•	7.2.3) A Prevenção em sexualidade: abordagens psicossociais <i>versus</i> abordagens biomédicas	274
•	7.2.4) O PSF e os direitos sexuais e reprodutivos: do gênero aos gêneros	276
•	7.2.5) Respostas programáticas para os impactos do turismo sobre a saúde sexual dos jovens caiçaras	279
•	7.2.6) Descentralização da atenção em HIV/Aids na rede básica, formação profissional e processos de trabalho	281
8)	CONCLUSÃO.....	289

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABEXOS A e B

1) APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi inspirada em um estudo apelidado, carinhosamente, de “Projeto Caiçara” por pesquisadores do Núcleo de Estudos para Prevenção da Aids (NEPAIDS) e do Instituto Ing_Ong de Planejamento Sócio-Ambiental.

Desenvolvido de 2005 a 2007, com financiamento do CNPQ, o estudo - *“Cenários de vulnerabilidade no contexto do turismo: DST/Aids, mercado do sexo e uso de álcool e outras drogas em comunidades caiçaras do litoral sul de São Paulo e sul do Rio de Janeiro”*¹ - constituiu um fértil terreno para debates entre agentes locais de pesquisa², consultores do projeto, estagiários e pesquisadores, dentre eles: Alessandro Santos, Cely Blessa, Heloísa Escorel, André Viana, Renata Bellenzani, Luciano Festa, Luciano Nunes, Marcelo Peixoto, Will Damas, além da orientadora desta dissertação, a Prof.(a) Vera Paiva, a quem agradeço pela companhia no campo e no debate acadêmico.

Vale ressaltar que outros colegas juntaram esforços no Projeto Caiçara, ainda que “de passagem”, orientados pelo mesmo ideal ético-político: produzir subsídios teóricos e metodológicos para a implantação de políticas públicas de saúde direcionadas à população residente em pólos turísticos brasileiros. Que tipo de especificidade se atribui à saúde da população residente em comunidades anfitriãs de turismo que justifique um estudo a respeito, e ainda mais, a elaboração de políticas de saúde voltadas a estas regiões?

Tendo como pano de fundo os fluxos migratórios e os impactos à saúde da população local, o *Projeto Caiçara* objetivou detalhar os elementos que compõem o quadro da vulnerabilidade aos agravos em saúde focalizando diversas fontes de interação social: afetivo-sexual, trabalho e sociabilidade entre caiçaras/ moradores locais e turistas/ visitantes.

¹ Ao longo da dissertação será utilizada a expressão resumida Projeto Caiçara para fazer menção a este estudo.

² Foram agentes locais de pesquisa, alguns jovens que fizeram levantamento de dados em suas localidades, receberam capacitações, atuaram em diferentes etapas do estudo, participaram de seminários e receberam uma ajuda de custo por parte do Projeto, podendo desencadear ações comunitárias em suas comunidades.

Os resultados do *Projeto Caiçara* apontaram na direção semelhante à literatura sobre os impactos do turismo nas comunidades anfitriãs. Foram três os eixos de análise dos resultados: 1) impacto na vulnerabilidade às DST/HIV; 2) na vulnerabilidade ao ingresso no mercado sexual; 3) na vulnerabilidade ao uso abusivo de drogas e às emergências médicas associadas. Por meio de entrevistas e oficinas psicoeducativas³, foi obtido um rico e “incômodo” material que expressa a voz de moradores residentes em duas regiões litorâneas: adultos e jovens, homens e mulheres de diversas origens étnico-raciais, em exercício de variadas atividades ocupacionais e profissionais ligadas ao turismo, envolvidos com o trabalho da monitoria ambiental⁴, com diferentes níveis de intensidade e participação.

Debruçados sobre o material dos moradores/caiçaras, vislumbrávamos uma linha investigativa que se delineava para além dos objetivos do projeto inicial. Nas cenas narradas a partir das entrevistas e/ou construídas durante as oficinas junto aos participantes do estudo, emergiram suas experiências como usuários do SUS, a interação com profissionais e serviços de saúde das comunidades, ora significadas como positivas, ora como simples ausência ou como um encontro permeado por dificuldades, um desencontro, talvez. O cenário da atenção à saúde observado a partir das narrativas, incluíam os *módulos de saúde* das diversas comunidades/praias, o *postinho*, o *Dr.....*, *médico de família* e a *agente comunitária*⁵, porta voz das queixas e demandas, todos eles integrantes da assistência no nível da atenção primária, promovida segundo a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF). Minha experiência profissional na condição de técnica no PSF em São Paulo valorizou a temática da

³ As oficinas combinaram procedimentos para coleta de dados e para a realização da devolutiva dos resultados às comunidades. Buscou-se contribuir com o fortalecimento da autonomia dos participantes a partir do debate sobre os resultados e da construção coletiva de sugestões para a redução das vulnerabilidades.

⁴ Atividade profissional em construção em toda esfera nacional, imbuída por princípios como *desenvolvimento social, turismo sustentável, educação e preservação ambiental*. Nesta região, alguns dos pesquisadores do NEPAIDS e da Ing_Ong tinham contato prévio com esta população e com organizações locais de monitores ambientais, pela relação de parceria estabelecida ao ministrarem módulos de prevenção em saúde sexual nos cursos monitoria ambiental.

⁵ Agente comunitária de saúde refere-se à categoria profissional que integra a equipe básica do Programa Saúde da Família juntamente com um médico, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem. As mulheres são maioria nesta função, portanto, neste estudo a função será referida no feminino e de modo abreviado: ACS.

Atenção Básica que surgia nas narrativas, mais precisamente, o potencial da estratégia do PSF para contribuir com a rede solidária de prevenção ao HIV/Aids. Tínhamos as narrativas dos monitores e monitoras ambientais acerca das experiências junto aos serviços de saúde, mas nos faltavam elementos que expressassem o “outro lado” do encontro. Decidimos integrar a ótica dos trabalhadores do PSF ao Projeto Caiçara. O diálogo entre o material advindo das entrevistas, até então realizadas com jovens monitores - moradores das comunidades com menos de 25 anos, - e as narrativas dos profissionais de saúde constituirá o fio condutor dessa dissertação. Dentre estes monitores (as) ambientais, no âmbito da dissertação, foi realizado um recorte para o grupo populacional juventude, restringindo o universo de análise aos atores sociais de até 24 anos de idade.

Acreditamos na participação fundamental do PSF para a rede comprometida com a resposta brasileira, em construção permanente para o enfrentamento da epidemia do HIV. Gostaríamos, portanto, de discutir as seguintes questões: o programa desempenha toda sua capacidade potencial? Quais são seus limites e possibilidades? A partir do avanço que o PSF já representou na atenção materno-infantil, desde suas origens no nordeste brasileiro (SCOTT, 2001), como ampliar e aprofundar a formação dos profissionais sobre sexualidade, gênero e direitos humanos, de modo que as ofertas de atenção em saúde sexual na rede básica sejam mais abrangentes do que a atenção às mulheres gestantes?

O PSF, estratégia relativamente recente de reorganização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, tem vocação reconhecida para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção de saúde. Observa-se uma pluralidade de iniciativas dos profissionais da rede básica neste sentido, operacionalizadas por diversos dispositivos como grupos educativos, consultas, visitas domiciliares, reuniões com a comunidade, palestras em escolas e em variados espaços da comunidade. Na experiência de trabalho no PSF, chama-me a atenção o fato de que os dispositivos utilizados para promover a atenção têm, em sua maioria, uma ação

específica predominante: a *orientação*. Orientação, em geral, implica o fornecimento de “TODAS as informações” às pessoas da comunidade, que supostamente necessitam ser orientadas a como cuidarem da própria saúde.

Em algumas regiões do País, há investimento em capacitações para profissionais do PSF sobre *sexualidade, DST/HIV e saúde da mulher*, seguindo o modelo informativo. Lembro-me da fala de uma agente comunitária logo após sair da sala onde ocorrera uma capacitação sobre DST: “– Mas Renata, sei lá, eu fico pensando... De que me adianta saber “TODAS” estas informações? Imagine eu chegar na casa das minhas famílias e começar a falar destes assuntos? Como eu vou chegar, assim... começar? ”

Embora várias ações sejam desenvolvidas, observa-se uma escassez de sistematização da dimensão do cuidado, na rede básica/PSF, que PAIVA, 2007 tem chamado de *atenção psicossocial em saúde sexual e reprodutiva*: nas pesquisas acadêmicas; em documentos norteadores para promover este tipo de atenção no PSF de forma abrangente, considerando, por exemplo, a juventude, numa abordagem que integre os contextos sócio-culturais; em instrumentos e sistemas de informação para monitoramento e avaliação das ações de prevenção e cuidado desenvolvidas pelo PSF na área da sexualidade.

Levantar aspectos que possam contribuir com a construção conceitual da noção de *atenção psicossocial* e que venham a enriquecer as tradicionais abordagens biomédicas, assim como a hipótese de que o PSF tem potencial para promovê-la, se integrado a uma rede de atenção, foram os dois principais compromissos do presente trabalho. Acreditamos que essa abordagem pode ser útil para o panorama da prevenção, inclusive, para subsidiar programas e políticas oficiais em municípios turísticos semelhantes à localidade estudada.

Adotamos como referenciais teóricos o quadro da vulnerabilidade e a abordagem dos direitos humanos em debate no campo da saúde. Pretendeu-se empreender um esforço conceitual e metodológico para fortalecer os alicerces de uma abordagem em construção, de

uma Psicologia Social que focaliza a saúde de sujeitos e comunidades em seus contextos, no quadro do construcionismo social, campo das ciências humanas e sociais, especialmente produtivo no campo da sexualidade.

Problematizaremos noções como *sexualidade, sexo, gravidez, orientação sexual, saúde-doença, Aids, adolescência, mulheres, homens, turismo, turista, comunidade, prevenção e cuidado* a fim de compreender como estas noções são articuladas e dão sentido às práticas de trabalhadores de serviços de saúde no encontro que estabelecem com a juventude integrante das famílias e dos territórios de abrangência do Programa Saúde da Família.

A Introdução é composta por três capítulos. No capítulo I apresentamos o quadro conceitual da vulnerabilidade e dos direitos sexuais e reprodutivos para pensar a saúde sexual dos jovens em comunidades anfitriãs de turismo e nos temas investigados pelo estudo: *mercado sexual, DST/Aids e gravidez não planejada*.

A construção sociocultural da sexualidade e do gênero e as noções de *cenais sexuais, cenários sexuais, trajetórias sexuais e scripts sexuais* utilizadas nas ações de prevenção e na pesquisa social no campo da Aids, são apresentados no capítulo II. Finalizando a Introdução, faremos algumas considerações sobre o Programa de Saúde da Família e sua interface com o Programa Nacional de DST/Aids, Saúde da Mulher e Saúde do Adolescente e Jovem.

Nos capítulos seguintes, encontram-se os Objetivos do estudo e o Método utilizado (III e IV), seguidos pela apresentação da primeira parte dos resultados relativos à vulnerabilidade social dos jovens caíram ao sexo sem proteção e ao ingresso no mercado sexual, a partir perspectiva dos jovens entrevistados; valorizamos suas narrativas sobre cenais sexuais e nossas observações sobre o cenário sexual local (capítulo V).

No capítulo VI iniciamos a apresentação dos resultados, reunindo os dados a respeito do cenário social e programático com ênfase nas observações realizadas nos módulos de PSF

estudados e nas entrevistas realizadas com profissionais das equipes de saúde da família e da Coordenação Estadual de DST/Aids-RJ. Buscamos descrever as ações de prevenção no campo da sexualidade, acompanhadas de seus sentidos e significados, desenvolvidas pelas equipes de PSF, em especial as iniciativas junto aos jovens das áreas atendidas. Descrevemos o panorama do processo de descentralização da atenção em DST/Aids em andamento no Estado do Rio de Janeiro e sugerimos, com base nos resultados, alguns aspectos que fortaleceriam o trabalho das unidades básicas de saúde no campo da prevenção no âmbito geral.

O capítulo de Discussão (VII) foi organizado em dois eixos. O primeiro sintetizou a dinâmica das interações sócio-sexuais entre jovens e turistas, assim como os aspectos que integram a vulnerabilidade de jovens caiçaras no campo da saúde sexual e reprodutiva, no cenário sexual das comunidades litorâneas. Buscamos, em seguida, incorporar o cenário das interações entre “pessoas de fora” e “pessoas daqui” ao debate mais propriamente programático. À luz do *cenário* e das *cenar sexuais*, o PSF e a rede básica foram colocados no “palco”; discutimos seu potencial e suas fragilidades para a promoção da saúde sexual e reprodutiva em comunidades litorâneas.

Finalmente, no capítulo Conclusão (VIII) destacamos dimensões relevantes para estudos complementares e algumas sugestões programáticas no campo da prevenção e educação sexual com jovens, em especial a juventude residente em comunidades turísticas brasileiras.

2) INTRODUÇÃO:

2.1) CAPÍTULO I – O QUADRO DA VULNERABILIDADE

2.1.1) Saúde, Direitos e Vulnerabilidade. Os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos

O referencial teórico-prático da vulnerabilidade ao HIV – em seus componentes individual, social e programático (AYRES et al., 2003) – legitima-se, progressivamente, no campo da saúde pública, tanto no âmbito da pesquisa como da intervenção, destacando-se como relevante ao enfrentamento resolutivo da epidemia da Aids.

Segundo Ayres et al. (2003, p. 118), “a proposta da vulnerabilidade é aplicável, rigorosamente, a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública (...)”.

Ela pode ser resumida, justamente, como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2003, p. 123).

A emergência deste conceito ocorreu no cenário dos desafios impostos pela epidemia da Aids, ou seja, sua origem “é fruto desse contexto de crise e, simultaneamente, movimento de reação a ele” (AYRES et al., 1999, p. 50). Entretanto, tal conceito tem se expandido às reflexões sobre diversos agravos e problemáticas de saúde.

França-Júnior e Ayres (2003) afirmam que as linguagens e as práticas dos direitos humanos e da saúde pública têm se mantido estranhas umas as outras e mencionam dois marcos criadores de condições para a abertura de um diálogo recente: o movimento dos direitos humanos pós-45 e o impacto da pandemia do HIV/Aids a partir da década de 80.

Segundo os autores, Jonathan Mann (1993) identificou três grupos básicos de relações entre *saúde pública e direitos humanos*.

O primeiro se refere ao impacto das violações/promoções dos direitos humanos na saúde pública, ou seja, sobre a saúde de indivíduos e populações e, inversamente, ao impacto das ações de saúde sobre a violação/promoção dos direitos. Deste modo, “populações que não têm seus direitos respeitados e garantidos, têm piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte” (FRANÇA-JÚNIOR; AYRES, 2003, p. 4) e, por outro lado, “a atenção em saúde, quando acessível e de boa qualidade, pode garantir a realização do direito à saúde e à vida” (FRANÇA-JÚNIOR; AYRES, 2003, p.5).

O segundo grupo de relações entre *saúde pública e direitos humanos* diz respeito à responsabilidade do Estado perante a promoção/violação dos direitos, ou seja, o Estado não protege os direitos quando não se imbuí de tal responsabilidade. Na prática, isto significa não implementar condições legais, administrativas, orçamentárias e assistenciais para garantir, proteger ou promover os direitos humanos.

O terceiro grupo “está relacionado à avaliação das condições a serem satisfeitas no caso de uma necessidade de saúde pública implicar a suspensão (*derrogabilidade*) de um determinado direito humano” (FRANÇA-JÚNIOR; AYRES, 2003, p. 5). São direitos absolutos, ou seja, inderrogáveis, tais como os direitos à vida, a não ser discriminado, a não ser torturado, entre outros.

O conceito de vulnerabilidade “designava originalmente grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.” (AYRES et al., 1999, p. 51). Segundo os autores, dois fatos desencadearam mais fortemente a penetração do conceito no campo da saúde: a publicação em 1992, nos Estados Unidos, do livro *AIDS in the World*, de autoria de Jonathan Mann, Daniel J. M. Tarantola e Thomas W. Netter; e os trabalhos no âmbito da Escola de Saúde Pública de Harvard, com

destaque àquele referente à elaboração, no início dos anos 90, de um diagnóstico das tendências mundiais da epidemia, valendo-se do conceito da vulnerabilidade para tal análise.

Com base na periodização de Mann e Tarantola (1996) sobre as fases da epidemia da Aids, Ayres et al. (1999) reconstituem a trajetória da noção de *risco* para a *vulnerabilidade*, bem como seu significado teórico e prático para a saúde pública. Simultaneamente à importância do estudo dos *fatores de risco* pela epidemiologia na década de 80, essa terminologia sofreu drásticas distorções na grande mídia, de modo que emergiram idéias como *grupo de risco* e *comportamento de risco*. As primeiras respostas programáticas à epidemia foram marcadas pela ênfase na culpabilização individual, ou seja, a responsabilidade por contrair o vírus era prioritariamente individual, daqueles que tinham práticas “arriscadas” e que, por sua vez, deveriam ser “orientados” para que, também individualmente, reduzissem seus comportamentos de risco.

Na década de 90, o posicionamento diante da epidemia ainda era expresso segundo a visão que definia “os” homossexuais, trabalhadores do sexo e usuários de drogas como os *grupos de risco*. Esta construção simbólica sobre a Aids estigmatizava as pessoas que viviam com HIV/Aids e afastava milhares de brasileiros da sensibilização para a prevenção, em especial as brasileiras, pois, embora vulneráveis à infecção pelo HIV, não podiam se perceber como “promíscuos” e “mal comportados”, merecedores de tanto isolamento injustificado e discriminação (PAIVA; PERES; BLESSA, 2002).

Com efeito, teve início o debate em reação ao enfoque individualista, cujo cerne era a idéia de risco individual, no qual o conceito de vulnerabilidade teve fundamental participação. Análises da epidemia começavam a mostrar que o HIV se distribuía entre os povos conforme o grau de “coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias.” (AYRES et al., 1999, p. 54).

A partir da década de 90, a Aids já era uma realidade mundial atingindo mais fortemente as regiões mais pobres. Cresce na literatura a percepção da centralidade da vulnerabilidade social frente ao HIV/Aids associado aos contextos de pobreza, desigualdade e exclusão social, possibilitando refletir sobre perspectivas expressivamente mais complexas do que a atribuição da responsabilidade individual (PAIVA et al., 2002).

O quadro da vulnerabilidade em termos de seu conteúdo propositivo e sua dimensão prática – a incorporação nos programas de saúde, sua capacidade de disparar revisão e mudanças no campo das ações de prevenção e cuidado – tem merecido investimento nos últimos anos. Observamos que, embora a “linguagem” da vulnerabilidade tenha sido incorporada em documentos e diretrizes – respaldados pela produção científica e pelos movimentos sociais por reivindicações de direitos –, os motivos pelos quais sua incorporação seja difícil no trabalho prático, diário, dos trabalhadores e serviços de saúde parecem ser de diversas ordens, complexos e carentes de aprofundamento. Seria necessário detalhar como atuar nos três planos interdependentes, que determinam uma maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e coletivos ao HIV, conforme proposto por Mann e Netter (1993). São eles: os planos individual, social e programático⁶ da vulnerabilidade. No plano individual, encontram-se as condições de ordem cognitiva, ou seja, grau de informação, conscientização e idéias/crenças acerca do enfrentamento do problema, bem como aspectos da história de vida e da singularidade dos indivíduos; no plano social estão as condições contextuais dos sujeitos que os colocam em condições de menor ou maior poder de negociação e de acesso a um conjunto de bens e condições relacionadas ao exercício dos direitos. Diz respeito, por exemplo, ao acesso à saúde, educação, trabalho, recursos materiais, bem como o exercício em maior ou menor grau da liberdade e da autonomia (conforme o gênero, classe social, etnia,

⁶ Nota-se o desenvolvimento do conceito de 1992, quando da publicação de *AIDS in the World I*, até 1996, com o *AIDS in the Worl II*, quando se deu a generalização de uma categoria analítica abstrata: *vulnerabilidade programática*, inicialmente pensada por Mann e colaboradores enquanto *programa nacional de combate à Aids* referenciado a um determinado país e não de caráter geral.

orientação sexual, geração, etc.), contrapostas às vivências de coerções e violências diversas. Por fim, no plano programático, encontram-se as condições que remetem aos compromissos e esforços programáticos, locais e globais, de cidades, estados e países acerca dos recursos das mais diversas ordens que devem ser engendrados para as ações que promovam, protejam e garantam os direitos; no caso do direito à saúde, por exemplo, os recursos múltiplos necessários à prevenção e ao cuidado.

Ayres et al. (1999) destacam o refinamento do referencial dos Direitos Humanos que ocorreu da publicação de Mann, em 1992, para a publicação de 1996:

A maior novidade (do primeiro para o segundo trabalho) é a ênfase nos Direitos Humanos como fonte de critérios para avaliar essas situações (tanto individual como global em face da epidemia), substituindo, de certa forma o amplo espaço ocupado por indicadores de natureza sócio-econômica do trabalho anterior (AYRES et al., 1999, p. 60-61).

A progressiva ênfase em direção aos Direitos Humanos – intrínsecos ao plano social da vulnerabilidade e, portanto, se constituindo enquanto meio para o enfrentamento da epidemia nas diferentes regiões do mundo – é defendida pelo seu potencial de maior objetividade e principalmente, pela “vantagem de vincular o problema da Aids às suas raízes sociais mais profundas” (AYRES et al., 1999, p. 61).

Compreender os desafios programáticos que se colocam à rede básica de saúde de um município, no campo da saúde sexual e reprodutiva de um segmento populacional como a juventude requer análises das condições existências de vida e, portanto, do acesso (ou não) desta população a um conjunto de serviços a que tem direito enquanto cidadãos.

Como afirmam Ayres et al. (1999, p. 59):

O plano programático da vulnerabilidade é importante porque o programa é uma espécie de ligação entre os planos individual e social; ele é um caminho

concreto de construção de *empowerment*, justamente por ser um aglutinador de informações, recursos materiais, suportes de várias ordens e um catalisador/amplificador das necessidades e contradições socialmente postas.

O decorrer da década de 80, quando a Aids emergia no mundo, foi marcadamente reconhecido como um período de intensos processos sociais e políticos no País, no qual confluíram lutas e reivindicações de segmentos distintos. O Brasil se redemocratizava, o movimento feminista ganhava destaque, a Constituição de 1988 era promulgada e as bases para o SUS eram delineadas, segundo os princípios da Reforma Sanitária.

Deste modo, grupos feministas ampliaram seu escopo de debate na área da saúde da mulher. Somadas às ações relacionadas à reprodução, ao corpo feminino e ao controle da natalidade, a emergência da Aids implicou o reconhecimento da condição de opressão da mulher no campo da sexualidade e das relações sociais de gênero. Ou seja, a violação do direito à igualdade, à dignidade e à autonomia passa a ser vista como fator que aumentava a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Corrêa e Ávilla (2003, p. 20) afirmam que no Brasil, até meados da década de 80, a noção de *saúde integral da mulher* era utilizada pelo movimento feminista para reivindicar a articulação entre a capacidade reprodutiva do corpo feminino e luta por direitos de cidadania das mulheres. Alguns dos direitos que passaram a ser reivindicados foram: à contracepção, ao pré-natal e parto no sistema de saúde, à informação e à qualidade da atenção na relação médico paciente, entre outros. É mais precisamente em 1984 que ocorre no Brasil a inflexão de uma terminologia à outra, com a apropriação do termo “direitos reprodutivos”, criado pelas feministas norte-americanas. Segundo as autoras, “os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais são formulações marcadamente contemporâneas” (2003, p. 19). Nos anos seguintes 1984, o conceito de *direitos reprodutivos*:

seria debatido e refinado não apenas pelas feministas (Corrêa, 1989; Petchesky, 1990; Corrêa e Petchesky, 1996; Dora, 1998), mas também por ativistas e acadêmicos (as) do campo dos direitos humanos (Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1994; Boland et al., 1994) (CORRÊA; ÁVILA, 2003, p. 20).

Por sua vez, a formulação do conceito de *direitos sexuais* ocorreu posteriormente, na década de 90, no âmbito dos movimentos *gay* e lésbico, europeu e norte-americano, em sinergias com o movimento feminista. Pelo fato de envolver outros atores sociais e perspectivas além das mulheres heterossexuais (por exemplo, lésbicas, gays, travestis, transgêneros, trabalhadoras e trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e outros “dissidentes sexuais”), a tarefa se mostra, segundo as autoras, incomparavelmente mais complexa e ainda em efervescência.

Estes esforços culminaram na consagração do conceito de *direitos sexuais e reprodutivos* em um documento das Nações Unidas, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo (CIPD) em 1994, sendo reiterado no ano seguinte na IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Beijing. Foi “um esforço no sentido de formular um conceito relativo aos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos princípios dos direitos humanos” (PETCHESKY, 1999, p. 20).

A partir do compromisso dos Estados, mediante a assinatura dos documentos das respectivas Conferências, a tradução das definições dos direitos sexuais e reprodutivos para os sistemas jurídicos normativos nacionais e para os instrumentos internacionais de direitos ainda permanece em construção. (BARSTED, 2003)

Além deste, de amplitude global, há o desafio mais local de promover maior apreensão por parte dos profissionais/serviços de saúde no que concerne ao referencial da vulnerabilidade e dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como dos direitos humanos em sentido mais amplo. Há pouca familiaridade com o tema e a crítica de que essas

“preocupações” extrapolam o campo tradicionalmente reconhecido como “da saúde” (AYRES et al., 1999).

Esta parece ser uma preocupação do Ministério da Saúde que veiculou, recentemente, uma publicação a fim de oferecer subsídios aos profissionais da rede no trato das questões de saúde sexual e reprodutiva, com base no referencial dos direitos humanos. Segundo o referido documento (BRASILa, 2006, p. 4), é pactuado, atualmente, que são direitos reprodutivos:

- Direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- Direito a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos.
- Direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Segundo o mesmo documento, são considerados direitos sexuais:

- Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação e imposições e com respeito pleno pelo corpo do (a) parceiro (a).
- Direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual.
- Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.
- Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras.
- Direito de ter relação sexual independente da reprodução.
- Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS.

- Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação.
- Direito à informação e à saúde sexual e reprodutiva.

Sem a pretensão de esgotar o debate e tendo estas perspectivas em mente, como transpor a discussão para os direitos e a saúde sexual e reprodutiva da juventude?

2.1.2) O referencial dos Direitos Humanos e da Vulnerabilidade na abordagem da saúde sexual e reprodutiva da juventude

O direito à saúde da juventude é consagrado como um dos direitos humanos básicos, tanto no âmbito internacional, pela Organização das Nações Unidas, como nacional, por meio da Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. Dessa forma, cabe ao Estado a efetivação de políticas públicas voltadas para seu desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (PIROTTA; PIROTTA, 1999).

Consideramos *juventude* de acordo com as Nações Unidas: o segmento populacional com idade entre 15 e 24 anos; pela legislação brasileira, o segmento de 12 a 18 anos é denominado *adolescência*.

Qual é o perfil deste segmento no Brasil? Segundo revisão de literatura e dados demográficos, Villela e Doreto (2006) estimam que o grupo de 10 a 20 anos representa hoje aproximadamente 21% da população do Brasil. Há um relativo equilíbrio entre os sexos e entre as raças, mas que não ocorre em relação à classe social: apenas 20% dos adolescentes brasileiros pertencem às categorias A e B e 50% dos jovens de 15 a 20 anos são pobres ou extremamente pobres. A população entre 15 e 20 anos atinge, em média, entre seis e oito anos de estudo, com expressivas diferenças regionais e entre brancos e negros. A taxa de analfabetismo entre jovens negros é o dobro da dos brancos, e quatro vezes maior quando se considera a faixa etária de 10 a 14 anos.

Do ponto de vista das formulações conceituais, *adolescência* e *juventude* são noções historicamente datadas e guardam, hoje em dia, resquícios das formulações construídas ao longo dos séculos XIX e XX (VINCENT-BUFFAULT, 1996). É recente a idéia de que entre a infância e a fase adulta existe um período intermediário, com características próprias. Sua emergência está relacionada às transformações ocorridas no último século e seus impactos na organização do trabalho e nos comportamentos reprodutivos (VILLELA; DORETO, 2006)

Segundo Heilborn (2006), o modo como concebemos os limites etários no âmbito de alguns trabalhos faz com que os usos dos termos *adolescência* e *juventude*, assim como adolescentes e jovens, sejam indiferenciados, uma vez que os utilizamos além da finalidade de discriminação etária, com o significado de “etapa da vida constituída por processos e transições” (HEILBORN, 2006, p. 34).

A literatura aponta a polêmica existente nesta caracterização, cujo destaque é a demarcação temporal. Alguns autores propõem uma compreensão destas definições conforme as características populacionais, culturais e sociais de cada país. Independentemente da demarcação que oriente as definições de juventude ou os limites entre *adolescência* e *juventude*, uma definição é por si só fundamental para a elaboração de uma política específica para tal segmento populacional de acordo com a realidade dos Estados (SPOSITO, 1997; ABRAMO, 1997). No caso do Brasil, o Artigo 11º do ECA assegura o atendimento do (da) adolescente através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Considerando-se que a juventude é um período no qual as questões ligadas à vida reprodutiva e sexual ganham relevância (PIROTTA; PIROTTA, 1999), há de se fortalecer a capacidade do SUS em desenvolver ações programáticas que promovam a saúde sexual e reprodutiva na perspectiva da vulnerabilidade e dos direitos sexuais e reprodutivos. As recomendações, construídas globalmente, que orientam os Estados para o desenvolvimento de

políticas públicas que promovam os direitos sexuais e reprodutivos, constam das Conferências Internacionais do Cairo (1994) e de Beijing (1995), citadas anteriormente.

A construção conceitual de *saúde sexual e reprodutiva* situa-se no campo das lutas pelo reconhecimento dos direitos relativos ao exercício da sexualidade – de caráter individual e, ao mesmo tempo, coletivo/social. Coloca-se no plano das reivindicações políticas e, portanto, se desdobra em demandas fundamentalmente voltadas ao Estado (CORRÊA; ÁVILLA, 2003).

Como indica Berquó (2003), o campo da saúde sexual e reprodutiva é composto por temas que incluem a sexualidade, concepção e contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e amamentação, aborto e violência sexual.

A legitimação da noção dos *direitos sexuais e reprodutivos* tem se dado gradual e paralelamente ao amadurecimento das noções de *saúde sexual e reprodutiva*, resultantes dos esforços no âmbito da Organização Mundial da Saúde (OMS), na segunda metade da década de 80 (CORRÊA; ÁVILLA, 2003).

No relatório da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo em 1994, define-se:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. (...) Em conformidade com o que é a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuam para a saúde e o bem estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das

relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CIPD, 1994, parágrafo 7.2).

Do ponto de vista de sua operacionalização, Paiva, Ayres e França (2004) afirmam que a saúde sexual não deveria ser entendida como um a priori, uma definição fechada que contrasta com um “problema” ou condição experimentada por outros. Torna-se mais produtivo considerá-la uma noção a ser construída na interação entre o sujeito-técnico (educador, trabalhador da saúde ou pesquisador) e o indivíduo ou comunidade em questão.

Calazans (1999) propõe uma classificação para os temas encontrados a partir do levantamento que realizou acerca da bibliografia brasileira sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência/juventude, publicada entre 1990 e 1998 nas bases de dados eletrônicas. Pesquisando temas como: *sexualidade, sexo seguro, anticoncepção, gravidez na adolescência, relações de gênero e violência* (CALAZANS, 1999, p. 62), observamos: 1) predominância da abordagem de cunho “sexológico”, com ênfase nos *comportamentos sexuais*, com tendência à *naturalização, não-historicização* da noção de adolescência e de sexualidade, com pouco aprofundamento na dimensão sociocultural de tais noções, de modo que as categorias gênero, classe e raça/etnia não constituem alicerces reflexivos da maioria dos estudos; 2) a área de saúde sexual e reprodutiva não é homogênea; nem sempre há um diálogo consolidado entre autores/estudos e a variedade temática é considerável.

Calazans aponta que os poucos estudos que se contrapõem à abordagem “sexológica” estão em concordância com o paradigma da abordagem crítica da pesquisa sexual, apontada como paralela ao surgimento do construtivismo social nas ciências sociais (PARKER e GAGNON, 1994). Distinguem-se pela “ênfase na organização social das interações sociais, nos contextos nos quais ocorre a prática sexual, e nas relações complexas entre significado e poder na constituição da experiência sexual” (PARKER e GAGNON, 1994, p. 65), de modo que o interesse maior está na inter-relação entre as experiências afetivo-sexuais e as normas

socioculturais que as legitimam, lhes dão significado e, portanto, as organizam. Dos anos 90 em diante, no que se refere à articulação entre *vulnerabilidade ao HIV e direitos humanos*, de acordo com Paiva, Peres e Blessa (2002), as abordagens que informam as ações de prevenção passam a ser menos moralistas e mais inspiradas nos princípios dos direitos humanos, integrando propostas que assumem que a vulnerabilidade ao HIV e à Aids é individual e coletiva. Diminuir a expansão da epidemia depende, portanto, da disseminação de informações corretas e da possibilidade dos indivíduos nelas se reconhecerem, usando-as para sua proteção, o que não acontece independentemente das culturas, do contexto social e político de cada país, e dos programas de saúde, desenvolvimento e educação (cada vez mais dependentes da chamada "globalização"), segundo as autoras.

Foi pela via do trabalho de prevenção com jovens que uma dimensão fundamental para a construção da vulnerabilidade ganhou visibilidade: a idéia de dois gêneros, ampliando a noção de gênero – até então sinônimo de opressão feminina – e privilegiando a análise dos aspectos socioculturais que ampliam a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento (PAIVA, 2002) para ambos os sexos, dependendo dos atributos de gênero. Isto indica que considerar os elementos constitutivos da masculinidade é fundamental para compreender e lidar com a vulnerabilidade de homens adolescentes e jovens.

Além da dimensão dos gêneros - como um dos fatores em sinergia que dá contornos distintos à vulnerabilidade ao HIV/DST, a noção de diversidade é fundamental. O trecho do artigo de Paiva, Peres e Blessa (2002, p. 66) é bastante ilustrativo:

Afinal, quem são os adolescentes? Acreditam que podem "pegar" o HIV? Acreditam que podem se proteger? O que pensam e fazem a este respeito? (...) Encontramos tantos e tão diferentes adolescentes quantos são os brasileiros e suas realidades, oportunidades e cotidianos de garoto ou garota. Basta olhar ao redor e estão por toda parte: na periferia, no shopping, na praça, no centro da cidade, no interior, no carro, no ônibus, vendendo o corpo para o sexo para produtores de cana ou de drogas, na escola, no

trabalho, ou presos como infratores em lugares como a Fundação do Bem Estar do Menor (FEBEM).

Pertencem a diferentes "tribos", cada qual tem seu jeito de vestir, pensar e ser no mundo. Cada jovem expressa o momento em que vive e também o seu lugar social, garotos e garotas que são negros, brancos, amarelos, misturados, heterossexuais, homossexuais, bissexuais, pobres, ricos, mais ou menos, casados, namorados, juntados, solteiros... Cada qual a seu modo é: inseguro, corajoso, rebelde, capaz, incapaz, apaixonado, tímido, confiante, triste, alegre, responsável, displicente, centrado, perdido...

Alguns têm direito de ser *adolescente*, direito descrito no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou adolescente como descrevem os manuais de psicologia ou a mídia: escolhem profissões, escolhem quem vai cuidar de sua saúde, tem acesso a cultura e ao lazer, têm dinheiro para transitar na cidade ou viajar de férias, tomando guaraná e comendo pizza, com o tênis da *NIKE*. Adolescentes assim compõem uma parcela jovem das classes média e alta, uma minoria na população brasileira (...).

Inspirados por esta descrição, o questionamento: é possível falarmos em “uma” juventude? Ou é mais produtora a idéia de juventudes, no plural?

O uso do termo “juventudes”, por autores do campo construcionista, pretende transmitir o ideal do respeito pela diversidade - o que é central para o debate da vulnerabilidade e, paradoxalmente, “é um problema para quem pretende generalizações das sugestões programáticas para qualquer contexto” (PAIVA, 2002, p. 29).

À dimensão de gênero acrescentam-se as dimensões de raça/etnia e classe social. A desigualdade social no Brasil é fortemente estruturada segundo estes três eixos (ABRAMO, 1997) de modo que o acesso da população jovem ao conjunto dos direitos individuais e sociais difere conforme seu lugar social. As barreiras sociais e culturais aumentam a vulnerabilidade às DST/HIV. Por exemplo, Taquette et al. (2005), em estudo quantitativo, abordam os *fatores de risco* para DST em mulheres jovens. Foram encontradas diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, entre mulheres com diagnóstico de DST e mulheres sem diagnóstico de DST. Os resultados apontaram as seguintes variações,

comparando, respectivamente, as jovens com DST com as àquelas que não tinham DST: atraso escolar (41% e 23,1% ($p<0,05$); uso de bebidas alcoólicas no último mês em 43,6% e 25,4% ($p<0,05$); consumo de outras drogas em 15,4% e 2,9% ($p<0,05$); não viviam com ambos os pais 73,1% e 46,8% ($p<0,05$); violência intrafamiliar em 52,6% e 38,1% ($p<0,05$); sofreram abuso sexual 33,3% e 11,6% ($p<0,05$) e não utilizaram preservativo nas relações sexuais 80,3% e 59% ($p<0,05$)

Os dados ilustram a discussão da vulnerabilidade e direitos na medida em que três dos *fatores de risco* citados podem ser considerados indicadores de vivências, por parte das jovens, de uma maior ou menor condição de acesso a um conjunto de direitos básicos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990): *o direito à educação de qualidade, o direito a uma convivência familiar saudável e o direito a estar livre e protegida de qualquer forma de violência*.

Considerando o caráter descritivo do conceito e sua proposta de buscar a sinergia dos fatores de risco (AYRES et. al., 2003), imaginemos a vida de uma única jovem da amostra pesquisada que fosse portadora de uma DST. É possível pensar que um conjunto de experiências negativas, em termos de não-exercício de direitos, opera simultaneamente na vida desta jovem (ou de um coletivo), contribuindo para que vivencie um contexto desfavorável ao seu desenvolvimento enquanto sujeito sexual (PAIVA, 2000), ou seja, situações de opressão/coerção e de exposição ao risco. O fato de uma jovem não ter acesso a uma educação de qualidade, o que lhe renda repetências e atraso escolar, JUNTO COM o fato de vivenciar coerções físicas e emocionais, ou mesmo falta de apoio no contexto familiar, tende a dificultar que ela exerça sua cidadania; isto pode favorecer o uso de drogas, fator de risco, que se soma à sinergia de fatores que a expõe às DST.

Podemos consideremos ainda se nossa jovem é branca ou negra; se mora na favela; se tem trabalho ou renda; se frequenta uma unidade básica de saúde; se tem acesso ao

preservativo; se está apaixonada e por quem... É necessário refletir, portanto, em termos de “contextos psicossociais (ao mesmo tempo socioculturais e subjetivos, individuais e coletivos) que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade das pessoas ao HIV/AIDS” (PAIVA; 2002 p.27).

É relevante a complexidade dos desafios ao enfrentamento da epidemia do HIV, ao considerarmos a diversidade do perfil dos jovens como pressuposto básico, além da necessidade de mudanças estruturais na sociedade afim de que se promova maior justiça/equidade social, o que afetaria positivamente os padrões de saúde desse segmento da população.

Antes de sermos tomados pela paralisia e desânimo, é importante frisar que experiências têm sido desenvolvidas no Brasil, no trabalho de prevenção com jovens, que consideram estas dimensões. Inclusive, tem adquirido força o debate sobre a necessidade de pensar acerca da atenção à saúde da juventude dentro de um escopo de uma política nacional para o segmento, ainda tênue em termos de efetivação. Como nos aponta PAIVA (2002), é necessário “politizar os espaços psicoeducativos e propor a noção de *emancipação psicossocial* como uma das referências para aprofundar a operacionalização da noção de vulnerabilidade” (p. 26). Essa abordagem faz a crítica a uma concepção de sexualidade que tende a igualar a “todos” em função das mesmas práticas sexuais, sem considerar que estas práticas não existem sem seus significados particulares em cada cena sexual, em cada cenário sociocultural.

Nesta perspectiva, desenvolveu-se a investigação realizada com jovens residentes em uma cidade, cujo cenário é fortemente marcado pelo contexto do turismo. *A temporada; o verão; a praia; a paquera; o estrangeiro branco e rico; o fluxo de pessoas e a diversidade cultural*, mas também, *as diferenças sociais, a pobreza, o desemprego dos jovens*, são alguns dos elementos do cenário pesquisado, tema que será abordado a seguir.

2.1.3) Comunidades anfitriãs de turismo e a vulnerabilidade da juventude às DST/Aids, à gravidez não planejada e ao ingresso no mercado sexual

O conceito de *comunidade anfitriã de turismo* tem sido utilizado na literatura para designar locais do interior ou litoral de um país cuja organização sócio-econômica está voltada para a atividade turística (JOSEPH, KAVOORI, 2001; WILLIAMS, LAWSON, 2001).

Tabet (2002) define o turismo como um conjunto de fenômenos e relações provocados por um tipo de deslocamento humano pelo espaço geográfico. Este deslocamento humano difere de outros tipos de deslocamento, como os de migração/imigração, trabalhadores e refugiados de guerra, por apresentar como elementos principais o lazer e o retorno ao local de origem. Há autores como Aulicino (2001) e Ruschmann (2002) que destacam o turismo enquanto fenômeno social: econômico, político e cultural.

Segundo Castro (1999), a construção histórica do turista enquanto um tipo social e do turismo como atividade de massa, é relativamente recente. A idéia da viagem instigada pela curiosidade e pela busca de prazer se generalizou na Europa e nos Estados Unidos, só em meados do século XIX, e está relacionada a processos culturais mais amplos:

Para que a idéia de viajar por prazer vingasse no imaginário ocidental, foi preciso que uma série de mudanças estéticas e intelectuais fossem sendo gradativamente desenvolvidas: a valorização da natureza, a “descoberta” das paisagens e de cenas “pitorescas”, a noção de lazer como uma forma de relaxar do stress da vida moderna e a ascensão do individualismo, entendido como processo histórico que generalizou a moderna concepção de indivíduo, ser dotado de uma subjetividade em alguma medida descontínua em relação à sociedade. Tudo isto também está relacionado aos fenômenos de urbanização, industrialização, mudanças nas condições de trabalho e desenvolvimento do capitalismo (CASTRO, 1999, p. 80)

No Brasil, foi apenas nas primeiras décadas do século XX que o turismo organizado começou a funcionar, tendo como principal centro a cidade do Rio de Janeiro. Um dos marcos históricos foi criação da Sociedade Brasileira de Turismo, em 1928 (CASTRO, 1999).

O autor afirma que seria ingenuidade pensar que um local possa ser “naturalmente” turístico. Trata-se de uma construção econômica e cultural, o que envolve a criação de um sistema integrado de significados, através dos quais a realidade turística de uma comunidade é estabelecida, mantida e negociada.

Além do estudo da dimensão histórica e cultural do turismo, acumula-se uma produção acadêmica acerca dos efeitos provocados pelo desenvolvimento desta atividade de massa em uma região, o que se convencionou chamar de impactos sócio-ambientais do turismo (SANTOS, 2004) tanto positivos como negativos. Resultado de uma complexa interação entre turistas e moradores locais, os impactos negativos do turismo, muitas vezes, se colocam sob a perspectiva de problemas de saúde pública como, por exemplo, o abuso de álcool e drogas ilícitas e a propagação de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/Aids (SANTOS, 2004). As doenças infecciosas que os turistas podem contrair durante a visita a essas comunidades, bem como a análise de estratégias de prevenção e controle, têm sido foco recente de colaboração entre a Organização Mundial de Turismo, a Associação Italiana de Medicina do Turismo e a Organização Mundial da Saúde (SANTOS e PAIVA, 2007). A Organização Pan-Americana de Saúde também tem organizado reuniões sobre o tema e desde 1990 realiza em parceria com as Secretarias de Saúde e de Turismo do México, um Congresso Nacional de Turismo e Saúde (ALLEYNE, 1991).

Como se vê, há uma preocupação crescente com os impactos do turismo sobre a saúde das pessoas; no entanto o foco desta preocupação é, prioritariamente, a saúde dos turistas. A produção científica e o investimento programático são incipientes no que concerne ao cenário das comunidades anfitriãs e à saúde da população caiçara, nativa e/ou local.

Santos (2004) destaca o aumento das emergências médicas decorrentes ao uso de álcool e drogas tais como acidentes de trânsito, afogamentos, mortes por overdose, entre outros. Estudos indicam o aumento do consumo de substâncias entre os jovens nativos (ALLEYNE, 1991; REYN et al., 1992; FORSYTHE et al., 1998; THOMPSON et al., 1998).

O contexto que se constrói a partir do incremento da atividade turística mostra-se relevante para compreender a vulnerabilidade em saúde do segmento jovem, dada a sociabilidade que estabelece com a população em fluxo e circulação.

A partir dos resultados de estudos realizados em comunidades do Vale do Ribeira/SP (SANTOS, 2004; SANTOS e PAIVA, 2005) e do litoral sul dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo (PAIVA et al., 2007), Santos e Paiva (2007) elencaram alguns fatores que intensificam a vulnerabilidade ao HIV/Aids da população jovem nativa das comunidades anfitriãs de turismo, destacando alguns fatores socioculturais que podem favorecer contextos de vulnerabilidade às DST/HIV. Dentre eles estão:

1) Mudanças no estilo de vida e nos costumes das populações tradicionais (caiçaras, ribeirinhos, capuavas, caboclos, quilombolas), provocadas pelo desenvolvimento do turismo, o que contribui para uma espécie de efeito demonstração, com a juventude local adotando comportamentos e almejando bens materiais característicos dos turistas (SANTOS, 2004).

2) A interação entre turistas e nativos é mediada por estereótipos, ou seja, julgamentos anteriores à experiência pessoal. Em geral, os turistas vêem os nativos como mais um atrativo do local visitado. Os nativos, por sua vez, encaram os turistas como “gente de dinheiro”. Para as jovens, principalmente, eles são uma espécie de príncipes encantados, capazes de mudar o futuro daquela que for escolhida por eles (SANTOS, 2004).

3) Os padrões rígidos e desigualdade nas relações de gênero, particularmente forte nas áreas rurais e interior. Os significados mais tradicionais atribuídos aos gêneros, que associam

a mulher ao corpo, à reprodução e ao cuidado da casa e dos filhos e o homem ao trabalho e ao poder, tornam, ambos, mais vulneráveis às DST/Aids (PAIVA, 2000).

4) O incremento do consumo de álcool e drogas ilícitas pela juventude local - muitas vezes no cenário de sociabilidade junto a outros jovens em viagem de lazer - o que, no caso de interações afetivo-sexuais, tende a dificultar a adoção do sexo seguro.

5) O incremento do mercado/ turismo sexual em cidades litorâneas do Brasil. Estereótipos como “mulher brasileira sensual” e “turista príncipe encantado”, juntamente com desigualdades sociais e desemprego da população jovem, intensificam a vulnerabilidade à prostituição “velada” e/ou “ocasional”, à exploração sexual e ao tráfico internacional com fins sexuais, ou seja, ao que se convencionou chamar, na atualidade, de turismo sexual. Houve menções por parte de moradores das localidades estudadas, sobre o envolvimento de mulheres e homens jovens no mercado sexual ligado às atividades turísticas, fenômeno descrito como “velado”, de modo que ações programáticas não eram planejadas junto a esse segmento. No Brasil, o mercado sexual envolvendo crianças, adolescentes e jovens no contexto do turismo tem se organizado através de uma rede que inclui agências de turismo (que vendem pacotes para o Brasil com acompanhantes, guias e monitores) pousadas, casas noturnas, bares e casas de prostituição.

6) Dificuldade dos municípios onde se inserem as comunidades anfitriãs em adotarem as políticas públicas oficiais para enfrentar a epidemia da Aids, promover o planejamento reprodutivo e a educação sexual entre adolescentes e jovens. Dificuldades, estas, associadas entre outras, à falta de preparo dos profissionais de saúde e educação para abordar questões da saúde sexual e reprodutiva.

Depoimentos informais de profissionais de saúde dos municípios pesquisados no Projeto Caiçara⁷ indicaram problemas operacionais na notificação dos casos de portadores do

⁷ Relatório de pesquisa, 2007, disponível em: www.usp.br/nepaids.

HIV e a procura das pessoas portadoras do HIV por tratamento em outros municípios na tentativa de se protegerem do preconceito. Estes aspectos contribuem para a subnotificação dos casos de HIV nos municípios das regiões pesquisadas, o que dificulta uma leitura fidedigna da epidemia de Aids e a construção de respostas programáticas.

O relatório destaca, também, as dificuldades - citadas em depoimentos informais por moradores dos municípios pesquisados - no acesso a exames preventivos, a preservativos e, de modo geral, aos métodos anticoncepcionais. Constam, também, considerações dos profissionais de saúde sobre o aumento de partos nos meses de setembro a novembro, nove meses após os meses de verão e carnaval, principalmente entre adolescentes e jovens.

Os discursos do senso comum e da mídia acerca da gravidez na adolescência enfatizam-no como fenômeno que adquire proporções desmedidas, como percebem os profissionais das comunidades turísticas. Segundo Heilborn, as pesquisas sobre Demografia e Saúde apontavam até final da década de 90 um aumento da taxa de fecundidade adolescente em países como Brasil, Bolívia e Haiti. A autora aponta, entretanto, que estudos recentes indicam uma mudança a partir de 2000 no Brasil com a diminuição da fecundidade específica no grupo considerado adolescente. Villela e Doreto (2006) afirmam que os coeficientes de fecundidade de jovens de uma mesma faixa etária são distintos em função da sua inserção social. Em 1996, por exemplo, as adolescentes mais pobres apresentavam uma fecundidade de 128 por mil mulheres, enquanto que para as mais ricas este coeficiente era de 13 por mil mulheres. Ou seja, jovens com mais renda, que dispõem de um leque maior de oportunidades na vida para além da maternidade, tendem a postergar o início da vida reprodutiva e têm mais acesso aos meios contraceptivos.

Heilborn (2006) situa a gravidez na adolescência enquanto a construção social de uma temática que passa a ser compreendido como um problema social - fruto de circunstâncias históricas e sociais e de argumentações de distintos campos de saberes: o biomédico, o

psiquiátrico e o psicológico, além das correntes que associam a ocorrência da gravidez adolescente com a pobreza, a precariedade das condições de vida, baixa escolaridade e pouco acesso aos serviços de saúde. Segundo sua revisão, o fato de se conceber a gravidez na adolescência como não desejada *a priori* pode estar relacionado ao fato do debate sobre o fenômeno ignorar a mudança dos costumes sexuais no Brasil: há crescente aceitação da sexualidade feminina pré-conjugal e o relacionamento sexual entre jovens acontece antes do casamento. Neste debate alguns defendem o sexo pré-marital como legítimo, constituindo um direito, contrapondo-se às proposições religiosas que pregam a atividade sexual circunscrita ao casamento.

No que concerne aos papéis de gênero no campo da sexualidade e da reprodução a Heilborn (2006) aponta que as mulheres continuam sendo culpabilizadas por engravidarem, as adolescentes gestantes permanecem sendo vistas sob a égide da vitimização ou passam, rapidamente, a serem vistas como adultas, sendo cobradas ou acusadas de “irresponsabilidades” como, por exemplo, no caso de uma gestante de 16 anos constrangida pela médica ao receber o diagnóstico do HIV e ser “alertada” para os riscos da contaminação vertical (PAIVA, AYRES, FRANÇA, 2004). No caso dos homens, estes são absolvidos ou esquecidos da sua participação. A condensação da gravidez com o gênero feminino encobre os casos da paternidade juvenil (HEILBORN, 2006).

Para promover a saúde sexual e reprodutiva da população jovem destas comunidades, parece imprescindível conhecer, portanto, os aspectos subjetivos e objetivos da sociabilidade entre população local e turistas que possam influenciar no uso ou não do preservativo, o que aumentaria a vulnerabilidade dos jovens às DST/Aids e à gravidez não planejada. Aspectos semelhantes podem contribuir para a vulnerabilidade ao mercado sexual. A seguir apresentaremos algumas contribuições de estudos recentes sobre o fenômeno do mercado sexual.

2.1.4) Exploração sexual comercial, prostiturismo, turismo sexual: as diferentes roupagens do mercado sexual no cenário do turismo

A noção de mercado do sexo é compreendida, no âmbito do presente estudo, enquanto um conjunto de inter-relações entre diferentes atores sociais muitas vezes mediadas por estereótipos e por diferenças de classe, gênero, geração, raça e nacionalidade. Estas tendem a corresponder a situações de desigualdade no exercício da cidadania e criam, portanto, condições para o desenvolvimento de interações e práticas sociais norteadas pela intenção de intercâmbio e de obtenção de itens de consumo e lazer que os indivíduos em situação de desvantagem na pirâmide social dificilmente acessariam. Corpos, sensualidade, afetos, sexo, contatos físicos, etc. são inseridos dentre os itens ofertados-procurados de modo que mediam a obtenção de outros bens financeiros ou simbólicos.

Para refletirmos sobre a sociabilidade e as *trocas sexuais* (MORAES, 1998) entre os moradores das comunidades e os turistas de modo a descrevermos os impactos à saúde e à vida social local, o conceito de *mercado do sexo* mostra-se operativo, abrangente e parece fazer sentido no campo das práticas investigadas. Remete à idéia de:

diversos tipos de inserção (de sujeitos) em um jogo de oferta e demanda de sexo e sensualidade que, marcado pela mercantilização, não necessariamente assume a forma de um contrato explícito de intercâmbio entre sexo e dinheiro. Em outras palavras, a inserção no mercado do sexo está longe de restringir-se à realização do que, no Brasil, é popularmente conhecido como programas (PISCITELLI, 2005, p. 8).

A literatura de referência para pensar a questão da construção de um mercado sexual no contexto do turismo envolvendo a população jovem no Brasil, e mais amplamente nos países da América Latina, inclui produções advindas de áreas e disciplinas distintas, da academia e dos movimentos de luta por direitos, além de envolverem diferentes setores

políticos. Contamos com a literatura sobre os impactos socioambientais do turismo e as estratégias de turismo sustentável; com a literatura do campo da saúde e suas interfaces: a violência e os impactos desta sobre a vida, o uso de álcool e drogas ilícitas e a sexualidade, mais fortemente a partir da epidemia da Aids, crescentes em algumas regiões marcadas por intensos fluxos populacionais. É o caso do litoral sul fluminense, em especial a região denominada de Baía da Ilha Grande (composta por três municípios, sendo um deles a localidade onde se desenvolveu o presente estudo) que “desde 2003, apresenta as maiores taxas do estado (32,5 casos de Aids por 100.000 habitantes em 2003)” (Boletim Epidemiológico DST-Aids/RJ., 2006, p.5).

O campo dos estudos de Gênero, a partir da perspectiva feminista e em geral, oriundos das Ciências Sociais, também contribui com o debate sobre o mercado sexual, na medida em que problematiza a condição social de opressão e menor valor da mulher na sociedade; dá visibilidade à vulnerabilidade feminina a toda forma exploração de seus corpos, seja no âmbito doméstico ou do trabalho. Também, segundo o enfoque de gênero, contribuem os estudos mais propriamente sobre prostituição que progressivamente deslocam o debate para a noção de mercado do sexo, onde se destaca a influência do fenômeno da globalização. Finalmente, outro campo de produção científica e mobilização é o da promoção dos direitos e proteção da Infância e Juventude, campo este que cunhou a noção de *exploração sexual comercial de crianças e adolescentes*, sob a sigla *ESCCA* (LEAL, 1999; FALEIROS, 2004).

A literatura sobre *exploração sexual comercial* nos parece relevante para pensarmos algumas dimensões. É necessário situá-la, historicamente, na construção recente da noção de crianças e adolescentes (menores de 18 anos) enquanto sujeitos portadores de direitos. No esteio da doutrina da Proteção Integral para a Infância, das Nações Unidas - que inclui estar livre de toda e qualquer *forma de negligência, discriminação, exploração, violência,*

*crueldade e opressão*⁸ - adquirem visibilidade na sociedade brasileira as diversas formas de violência vividas por crianças e adolescentes/jovens, dentre elas a violência na esfera da sexualidade. Além do *abuso sexual*, relação em que um adulto, em condição de maior poder, obtém prazer a partir da utilização do corpo infantil e/ou juvenil, adquirem, também, status de violência sexual as práticas de caráter mercantil/comercial em que os corpos e a sexualidade de sujeitos menores de 18 anos sejam explorados enquanto produto ou serviço.

Há um diálogo da produção acadêmica, jurídica, educativa e/ou militante sobre o envolvimento da infância e da juventude com a prática da prostituição, literatura esta que da década de 90 pra cá tem reformulado a noção de prostituição. Os sujeitos menores de 18 anos, envolvendo-se no mercado sexual, não o estariam por “livre e espontânea vontade”, na medida em que estão em desenvolvimento biopsicossocial. A decisão de comercializar o corpo ou de negar convites sexuais em função de trocas não seria da esfera individual e consciente, mas sim da esfera coletiva e psicossocial. Autores defendem que, na maioria das circunstâncias, o que ocorreria seriam processos de desagregação familiar e social resultante dos impactos da globalização neoliberal nos países periféricos que colocariam as pessoas em condição de opressão, submissão e/ou violência, portanto, em situação de vulnerabilidade à *exploração sexual comercial*. Defendem também que à dimensão socioeconômica estaria atrelada a produção psicossocial de sentidos e significados das interações entre diversos atores sociais.

A *prostituição* envolvendo crianças e adolescentes passa a ser definida enquanto uma dentre as quatro modalidades da *exploração sexual comercial de crianças e adolescentes* - a “ESCCA” - juntamente com o *turismo sexual*, a *pornografia* e o *tráfico para fins sexuais* (LEAL, 2003). Este fenômeno complexo, construído no seio do mundo globalizado⁹, deve admitir três eixos analíticos: classe, gênero e raça. Tem sido definido como:

⁸ Art.5º Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal 8.069 de 1990

⁹ Leal (2003) considera a Globalização segundo a designação de Boaventura de Souza Santos (1999).

(...) uma relação de mercantilização (exploração/dominação) e abuso (poder) do corpo de crianças e adolescentes (oferta) por exploradores sexuais (mercadores), organizados em redes de comercialização local e global (mercado), ou por pais, ou responsáveis, e por consumidores de serviços sexuais pagos (demanda) (Leal, 2003 p.8).

Vale ressaltar que o *turismo sexual* como uma das modalidades da ESCCA, implica a organização de uma rede de comércio sexual em cidades de fluxo turístico - envolvendo bares, casas noturnas, hotéis, restaurantes, guias e agências de viagens, serviços de transporte e aliciadores, intensificada pelo uso da internet e dos classificados de jornal - que além de ofertar serviços sexuais praticados por mulheres e homens adultos, introduz em seu cardápio de opções o corpo infanto-juvenil como mais um produto colocado no mercado globalizado do sexo (LEAL, 2003).

O termo *turismo sexual* parece transitar no imaginário social em duas modalidades distintas. Uma, enquanto atividade socioeconômica organizada em redes locais e global de serviços, atrelada, possivelmente, a atividades ilícitas. “Menos” mercadológica, a outra modalidade inclui a circulação de atores sociais, principalmente os homens em viagem para algumas regiões cujos significados ganharam tom erótico. Eles buscam situações que envolvam prazer, sensualidade e contatos sexuais, não necessariamente mediante ao pagamento formal em dinheiro ou a imersão em uma rede mais estruturada, do ponto de vista comercial.

Para uma compreensão mais aprofundada do que se tem convencionado chamar de turismo sexual no Brasil, deveríamos buscar respostas para perguntas tais como: existe um turismo do tipo sexual? Com que contornos? Quais são os atores sociais envolvidos? É praticado isoladamente? Ou seja, posso comprar um pacote, como o turismo ecológico, onde uma série de procedimentos, práticas e experiências estão sistematicamente organizadas? Ou não? Simplesmente, as pessoas viajam em busca de variadas experiências de lazer/prazer e, no

contexto de uma sociedade marcada pela mercantilização das relações, são construídas interações afetivo-sexuais orientadas pelo jogo de ganhos e/ou trocas materiais ou simbólicas.

A visibilidade do fenômeno se tornou maior nas regiões norte e nordeste do Brasil, por meio da mídia e de órgãos nacionais e internacionais que militam pela defesa dos direitos de crianças, adolescentes e mulheres. Entretanto tem sido cada vez mais freqüente a constatação de que o incremento do mercado sexual está presente em outras regiões do país. No Brasil, a maior parte dos turistas em busca de sexo é formada por estrangeiros, embora nos últimos anos venha aumentando o envolvimento de turistas brasileiros, principalmente nos Estados do Mato Grosso, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia (PISCITELLI, 2002).

É necessário ponderar algumas limitações do conceito de *exploração sexual comercial de crianças e adolescentes*, ao presente estudo. Referimos à noção de vulnerabilidade ao ingresso no mercado sexual ao invés de vulnerabilidade à exploração sexual comercial (nas modalidades: da prostituição, turismo sexual, pornografia e tráfico para fins sexuais) pelo seguinte motivo. Leal (3003), assim como outros autores que se dedicam a refletirem sobre a *exploração sexual comercial*, enfatiza os sujeitos adolescentes na condição de explorados, ou seja menores de dezoito anos; trabalha-se na perspectiva da delimitação etária entre menoridade e maioridade, com base no que é preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Poucos artigos se referem aos sujeitos *jovens*, incluindo a faixa etária acima dos 18 até 24 anos. Mais recentemente, Machado (2006) incluiu jovens de até 22 anos no conjunto de informantes de uma pesquisa a respeito do perfil e circunstâncias de vida de sujeitos em situação de exploração sexual comercial. De acordo com esta perspectiva, pode-se discutir a suposta condição de autonomia dos sujeitos a partir dos dezoito anos. A autonomia a partir da maioridade pode ser relativa aos distintos perfis de adolescentes e jovens, considerando a dimensão de gênero, de classe social e de cor/etnia, assim como suas circunstâncias de vida.

Moraes (1998) critica o discurso preponderantemente vitimizador no debate sobre

exploração sexual de adolescentes, bem como sua identidade essencializada. Ela aponta a relação entre o peso do apelo ao consumo - para além das necessidades de sobrevivência - e a prática dos convites e trocas sexuais relatadas por meninas, noções que exploramos nesse estudo. Em seu estudo, a pesquisadora observou, a partir das narrativas das informantes, que as vivências não implicavam necessariamente passividade diante de experiências sexuais que vêm sendo classificadas, genericamente, como “exploradoras”. A imagem de vítima é matizada com a de sujeito ativo.

Seguindo a mesma linha de análise, Benevides (1998) propõe o conceito de *prostiturismo*. A autora tenta dar conta da complexidade dos fatores culturais e subjetivos - para além daqueles de ordem estrutural e econômica como a violência e a pobreza, ou o caráter adultocêntrico da sociedade. Chama a atenção para justificativas estereotipadas:

meninas impúberes, premiadas pela pobreza e vítimas da violência doméstica, seriam agenciadas pela “máfia da prostituição infantil” para servir a turistas estrangeiros que viajam às grandes cidades do litoral brasileiro, ávidos por “sexo exótico” (BENEVIDES, 1998 p.139).

A questão que parece central à autora é a especificidade dos fatores que engendram a vulnerabilidade de jovens ao mercado sexual no cenário do turismo, se comparado a outros cenários. Ela acredita que:

se, no caso das meninas de rua, a relação pobreza / abuso sexual / prostituição parece evidente, no caso da maioria das adolescentes envolvidas com o prostiturismo, tem-se a nossa hipótese de que somente de forma indireta as motivações das supostas “vítimas” se relacionam com a penúria econômica (BENEVIDES, 1998 p. 143).

Há uma espécie de alerta para o risco de que, tanto os formuladores de políticas como pesquisadores e militantes, caiam em explicações maniqueístas e que “reduzam os problemas

sociais à vitimização dos pobres e à dimensão das necessidades econômicas básicas” (p. 139). Para ela, a relação entre prostituição de jovens e turismo brasileiro esconde um “conjunto de questões graves e complexas, que não se esgotam na dimensão econômica da estrutura social” (p.140).

Não se trata de desprezar esta dimensão na compreensão da problemática, mas sim de inserir fenômenos e padrões históricos e culturais tais como: a globalização e mundialização de hábitos, anseios, comportamentos e desejos; as dimensões de gênero, classe e cor/ etnia nas conformações do que venha a ser exótico e erótico, bem como a ideologia erótica do Brasil com sua lógica transgressora, do mundo da sacanagem (PARKER, 1991, p.245); o fortalecimento da cultura do individualismo, do prazer pessoal na forma do consumo, do estresse da vida urbana e do cansaço pelo trabalho a ser extravasado, da esperteza e do aproveitamento máximo das oportunidades e das “coisas boas da vida”, entre outros.

Sob este prisma estruturaram-se os objetivos do presente estudo, bem como a interpretação e discussão dos resultados.

2.2) CAPÍTULO II - SEXUALIDADE

2.2.1) Essência ou construção social? Interfaces com gênero

Com o surgimento da Aids, multiplicaram-se os estudos empíricos sobre a sexualidade (LOYOLA, 1994). A sexualidade tem sido definida como um domínio da atividade humana dependente da aprendizagem e que deve ser compreendida como produto de diferentes cenários, e não apenas como derivada do funcionamento bio-psíquico dos sujeitos (HEILBORN, 2006). O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual (HEILBORN, 2006). A sexualidade é “algo atravessado por diferenças de poderes e hierarquias, valores e culturas, contextos políticos e econômicos, diferenças entre grupos da mesma geração e de diferentes gerações, raças e etnias, preferências e culturas homo ou hetero-eróticas” (PAIVA, 2006, p. 10).

Qualquer estudo que aborde a sexualidade e sua interface com a promoção da saúde de diversos grupos populacionais, requer um claro posicionamento sobre a concepção desta dimensão psicossocial da vida humana (PAIVA, 1999). Há um debate teórico histórico entre duas correntes que polarizam o campo dos estudos em torno da sexualidade. Uma delas é o construcionismo social que se contrapõe ao essencialismo, segundo Heilborn e Brandão (1999), onde estão alinhados os estudos mais “sexológicos”, também predominantes na área de saúde sexual e reprodutiva da juventude, como apontou Calazans (1999).

O construcionismo, campo das ciências sociais, sustenta que “a sexualidade não possui uma essência a ser desvelada, mas é antes um produto de aprendizado de significados socialmente disponíveis para o exercício desta atividade humana” (HEILBORN, 1996, p. 137). O essencialismo pressupõe a existência de uma base inicial universal e independente de construções sociais, ou seja, defende a idéia de um instinto ou energia sexual inerentes à

natureza humana e que determinam as ações sexuais. A sexualidade estaria na fronteira entre o corpo (como um mecanismo fisiológico voltado à reprodução) e a dimensão psíquica, raramente pensada como psicossocial.

O construcionismo social, por sua vez, problematiza a universalidade alegando que aquilo que define a sexualidade no ocidente seriam formas culturalmente específicas que envolveriam contatos corporais, sejam entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes, com finalidade reprodutiva ou não. Estas formas teriam significados bastante diferentes entre diversas culturas ou grupos. Os corpos são “postos em marcha por maneiras particulares de socialização, as quais seguem as prescrições do gênero e da classe social” (HEILBORN, 2006, p. 34). “O que é sexual numa determinada cultura integra um ‘pacote’ que é aprendido no tempo, gerando um comportamento que é estilizado” (PAIVA, 2000, p.213). Este aprendizado se dá por processos de aproximação como:

reconhecer o significado de estados internos, organizar a seqüência dos atos especificamente sexuais, decodificar situações, estabelecer limites nas respostas sexuais e vincular significados de aspectos não sexuais da vida para a experiência sexual propriamente dita” (GAGNON e SIMON, 1973, p.13)

O conceito de *script sexual* auxilia na compreensão de como diferentes comunidades estruturam as possibilidades de interação sexual com regras que podem ser explícitas ou implícitas (PARKER, 1991).

Os *scripts sexuais* estariam, portanto ancorados em contextos socioculturais, não seriam generalizáveis, dependeriam dos significados das práticas construídos em articulação com outros sistemas além do gênero e classe tais como: idade/faixa etária, cor/etnia, nacionalidade, entre outros sistemas de importância contextual.

Desta maneira, entendemos que as cenas de encontros afetivo-sexuais relatadas pela juventude, nas entrevistas realizadas, são resultados de processos constantes de (re)

significação pessoal de experiências vividas no exercício dos *scripts sexuais*, até o momento daquele depoimento. Esses processos têm em sua base um conjunto de valores, sentidos e significados construídos socialmente e compartilhados no contexto local - servindo de referência para os sujeitos. Os sujeitos constroem seus valores conforme a experiência de cor/etnia, de geração, de classe social, de orientação religiosa, de gênero, entre outros sistemas/categorias tidos como organizadores da vida social. Dialeticamente, o conjunto dos valores, enquanto produto cultural, histórico e social, também os constrói, originando-se distintos *scripts* entre sujeitos e grupos sociais, conforme os momentos históricos. A sexualidade é uma atividade construída social e historicamente, tendo, por isso, seus significados e performances dependentes das articulações entre os vários sistemas e contextos.

Os contextos que situam os sujeitos no entrecruzamento dos sistemas, suas experiências, o modo como as significam, bem como suas práticas e atitudes, demandam compreensão. Se tomarmos, portanto os relatos sobre as experiências sexuais femininas e as masculinas, o sistema de gênero emerge para situar homens e mulheres que pensam e agem segundo referenciais distintos. Ou seja, os *scripts sexuais* não são os mesmos para homens e mulheres; “o *script sexual* se constrói subjetivamente marcado em definitivo pelos gêneros e em geral personificado, se constroem como *scripts sexuais masculinos* e *scripts sexuais femininos*” (PAIVA, 2000, p. 220).

Segundo Barbieri (1993) e Corrêa (1996) gênero deve ser compreendido como um operador social e simbólico por meio do qual se constroem modos de sentir e viver a sexualidade, diferentes para homens e mulheres; é resultado de circunstâncias construídas socialmente e não resultado de uma ordem biológica. Quanto ao uso analítico da categoria gênero, pode-se dizer que esta “se aplica a diferentes contextos históricos e culturais, numa perspectiva não fixa.” (CORRÊA, 1996, p.152).

“O campo da sexualidade mantém uma relação íntima com gênero, cujo desenvolvimento conceitual está estreitamente ligado aos movimentos sociais, como o feminismo e o de liberação homossexual” (HEILBORN e BRANDÃO, 1999, p.08). A tradição dos estudos de gênero cujos precursores foram os estudos sobre as mulheres - uma contribuição especial do movimento feminista - legou-nos a compreensão do longo processo histórico que situou a mulher em uma posição de poder inferior à do homem em diversas esferas da vida social, inclusive na esfera da sexualidade, caracterizando a naturalização da subordinação das mulheres aos homens.

Corrêa (1996) nos auxilia ao fazer um percurso pelos estudos feministas sobre sexualidade e gênero, buscando refletir sobre a origem desta subordinação, situando-a a partir do conceito de patriarcado, bastante difundido na década de 70, como categoria explicativa para a subordinação das mulheres. Descreve como se deu o deslocamento do conceito de patriarcado para o uso do sistema de gênero, ampliando a interface com a sexualidade. A autora aponta que a idéia de submissão do feminino em relação ao masculino situava-se no cerne da temática sexualidade-reprodução, no sentido de que a sexualidade feminina era controlada, dirigida para a procriação, com a finalidade de manutenção do sistema familiar sustentado pela descendência e consangüinidade, formas de controle da herança e do patrimônio familiar.

Não é possível, portanto, problematizar a afetividade e o sexo, nas relações heterossexuais e homossexuais, sem qualificá-los como interação social, de modo que a diferença de poder, entre homens e mulheres, emerge intensamente na regulação das práticas sexuais e nas vivências de autonomia em relação aos corpos.

Desde a década de 80, o debate sobre a sexualidade a partir do advento da Aids, verificou a diferença de poder entre homens e mulheres quanto à possibilidade de negociar o

uso preservativo. Deste modo, a vulnerabilidade ao HIV seria diferenciada conforme o gênero, aspecto já apontado por um conjunto de autores (BARBOSA, 2003).

Outra dimensão que revela os contornos que o gênero dá à sexualidade é a significação de que o homem é “mais sexual” do que a mulher, tem “mais energia a ser descarregada”, logo “precisa transar mais”, assim como noções como força e virilidade estão associadas à masculinidade e, portanto, aos conteúdos que integram os *script sexuais masculinos*. A mulher por sua vez, se mais submissa, acredita, por exemplo, que decidir pelo uso ou não do preservativo não cabe a ela e sim ao parceiro. “Os modelos de masculinidade são fundamentados na firmeza, força e superioridade viril e estão ancorados na figura do pai-marido, que aparenta ter domínio sobre a reprodução social da família e autoridade sobre ela.” (LEAL e BOFF, 1996, p.126).

Como se pode ver, a inquietação que deu origem ao conceito de gênero era questionar a idéia de subordinação feminina, circunscrita à organização familiar/ social de cunho patriarcal. Entretanto, na interface saúde e sexualidade, gênero adquiriu amplitude, de modo que não se refere ao que é relativo ao lugar/ papel social da mulher e sim, às normas e expectativas sociais tanto para mulheres e homens. Gênero é sempre relacional.

Resultados de diversas pesquisas, de abordagem construcionista na área de sexualidade e saúde, corroboram noções teóricas já bastante difundidas por estudiosos das relações de gênero. O uso da categoria gênero enfatiza todo um sistema de relações que pode incluir o sexo (biológico), mas não é diretamente por ele determinado, nem determina diretamente a sexualidade (SCOTT, 1995). Debate-se a independência/autonomia entre os dois sistemas, o de gênero e a sexualidade.

Rubin foi quem formulou, em um primeiro momento, a noção de *sistema de sexo/gênero* definindo-o como “um conjunto de arranjos através dos quais a matéria prima biológica do sexo e da procriação humana é moldada pela intervenção humana e social (...)”

(RUBIN, 1979, p. 5). Posteriormente, Rubin passa a definir o sistema da sexualidade como “uma esfera específica em que se constroem e transformam relações culturais, sociais e políticas” (CORRÊA, 1996, p. 156) e afirma a *autonomização* da sexualidade, considerando gênero e sexualidade como sistemas distintos de práticas sociais, embora não seja tarefa simples distinguir relações de gênero, sexualidade e erotismo. Isto porque, segundo ela, há uma forte coesão nas representações que ordenam gênero, reprodução e sexualidade, em quase todas as formações socioculturais, onde, geralmente, estão articuladas à economia do poder.

Ao interpretar a sexualidade brasileira, Parker (1991) propõe a distinção entre sistema da sexualidade e sistema erótico, sendo o primeiro de caráter normativo, contemplando os dispositivos que moldam as representações sobre sexualidade (religioso e médico, principalmente) e o segundo, o sistema erótico, aquele que contempla as práticas sexuais propriamente ditas, os comportamentos, as performances e o imaginário social.

Seguindo duas estratégias principais (desnaturalizar as diferenças entre homens e mulheres – colocando-as mais no plano das construções sociais do que das diferenças biológicas e naturais – e afirmar as noções de sexualidades plurais) a abordagem construcionista comporta nuances, conforme o grau de autonomia conferido à sexualidade em relação à reprodução. Vance (1995) identifica dois modelos, dentro do construcionismo social, aplicados a sexualidade. O que é denominado de influência cultural considera o corpo como um substrato biológico. A cultura modela os comportamentos, as experiências e as significações relativas ao que será determinado como experiência sexual, porém considerando o interesse sexual (desejo) como prévio à cultura. O segundo modelo postula que a definição do que venha a ser sexual, erótico ou relativo às sensações e experiências no domínio do corpo é resultado exclusivo de construções culturais. Seria necessário discriminar as diferentes definições do que seja sexual em cada momento histórico e de que modo os

significados se articulam com as classificações / sistemas sociais de gênero e com a reprodução. Trata-se de uma “radical arbitrariedade do que venha a ser sexual” (HEILBORN; BRANDÃO, 1999, p.10) inclusive aplicada ao desejo.

No momento em que surgem a epidemia do HIV / AIDS, a construção da gravidez na adolescência como um problema social e de saúde pública (BRANDÃO, 2006) e a defesa dos direitos às relações homoeróticas, a sexualidade recoloca-se como objeto de estudo, também, da saúde pública em interface com as ciências sociais. Verificamos o crescimento de estudos na interface “gênero, sexualidade, saúde”, orientados pela investigação das práticas e seus sentidos, ambos referenciados à cultura. No campo das ciências da saúde, entretanto, muitos estudos com referência na psicologia da saúde ainda concebem a sexualidade a partir de noções como *energia* e *instinto* que se expressam *pela* via da *personalidade* ou dos *comportamentos individuais*.

Berger e Luckman (1978) ao abordarem a relação entre o pensamento humano e o contexto social onde ele emerge, valorizam as identidades sociais e os saberes construídos na vida cotidiana, que resgatamos no campo da psicologia social aplicada à saúde para refletir sobre o *cenário* e as *cenas sexuais* emergentes das narrativas dos moradores das comunidades anfitriãs de turismo.

Como afirmam Berger e Luckman:

(...) a sociologia do conhecimento deve ocupar-se com tudo aquilo que passa por “conhecimento” em uma sociedade, independentemente da validade ou invalidade última (por quaisquer critérios) desse “conhecimento”. E na medida em que todo conhecimento humano desenvolve-se, transmite-se e mantém-se em situações sociais, a sociologia do conhecimento deve procurar compreender o processo pelo qual isto se realiza (...) (p.14).

E ainda:

[a sociologia do conhecimento] deve acima de tudo ocupar-se com o que os homens ‘conhecem’ como ‘realidade’ em sua vida cotidiana, vida não teórica ou pré-teórica. Em outras palavras, o conhecimento do senso comum (...) deve ser foco central (...). É precisamente este ‘conhecimento’ que constitui o tecido de significados sem o qual nenhuma sociedade poderia existir (p. 30).

Nesta perspectiva epistemológica, é possível fazer dialogar sociologia e psicologia social e observar a dialética entre realidade social e a existência individual.

A sociologia do conhecimento tem “como objeto de estudo a sociedade como parte de um mundo humano, feito por homens, habitado por homens e, por sua vez, fazendo os homens, em um contínuo processo histórico” (BERGER; LUCKMAN, 1978, p. 247). A psicologia social, por sua vez, atribuiu a si própria a posição de estar situada “na encruzilhada entre a psicologia e as ciências sociais, ocupando de fato esse território limítrofe, onde se desenvolvem fenômenos cuja dupla natureza – psicológica e social – tem sido reiteradamente admitida, e que por isso lhe pertenceria de direito.” (SPINK, 1993, p. 35).

Segundo Berger e Luckmann (1978), herdeiros também da obra de George Herbert Mead, considerado um ancestral da psicologia social (FARR, 1998), conforme se desenvolve o organismo humano (ao nível do corpo) desenvolve-se também o “eu humano” que deve ser compreendido não somente no âmbito do desenvolvimento deste corpo (orgânico), mas também como processo social. Os processos culminam na experimentação do “eu”, mais tarde, como uma identidade subjetiva e objetivamente reconhecível (o “me” na definição de Mead). Por exemplo, sentir-se “um homem”, implica considerar o “eu” como um produto social que possui como complemento um aparato psicológico. Este aparato é, também, constituído socialmente e se manifesta nas atitudes e emoções “sentidas” pelo sujeito como pertencentes ao universo masculino compartilhado. Isto significa que há uma dimensão sexualidade que pode ser percebida pelos indivíduos como realidade objetiva, ou seja, como

padrões, regras e características que antecedem o nascimento do indivíduo, perpetuam-se para além de sua finitude e são experimentadas como sensação subjetiva do tipo: “é assim que as coisas são para os homens, é assim que as coisas são para as mulheres”. Dessa forma, apreender a lógica da sexualidade conforme o “lugar” dos indivíduos na sociedade - ou de um determinado grupo populacional - pressupõe conhecer os variados significados que constroem a sexualidade e, também, como o grupo se situa em relação a outros coletivos, com identidades e lógicas distintas.

2.2.2) Sexualidades Jovens: *sujeito sexual, cena sexual, cenário sexual e trajetórias sexuais*

A tese construcionista - de que a sexualidade adquire contornos conforme os contextos socioculturais e o poder distribuído desigualmente nas relações sociais de acordo com gênero, cor/etnia, geração e classe social - não deriva imediatamente sua operacionalização, enquanto tecnologia social de prevenção e cuidado à saúde sexual de diversos segmentos populacionais, dentre eles a juventude. “A sexualidade é um dos principais domínios que incitam o jovem a criar uma esfera de autonomia individual relativamente à família de origem” (HEILBORN, 2006, p. 35).

A experiência do movimento homossexual norte- americano e a experiência feminista produziram a demanda histórica pela superação das visões essencialistas da sexualidade, assim como produziram respostas práticas para a promoção do sexo seguro diante da ameaça da Aids à saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens.

Inspirada por estas experiências e pelas concepções do educador Paulo Freire, Paiva sistematizou propostas de oficina de sexo seguro e de espaços psicoeducativos para programas dedicados à juventude. Conduziu experimentos e defendeu estas abordagens enquanto recursos potenciais para se estimular a prevenção e o cuidado em saúde sexual e

reprodutiva de uma forma “mais politizada”, “menos consumidora”, ao contrário de uma educação do tipo “bancária” (PAIVA; 2002, 2000, 1999). A proposta da autora visa estimular *sujeito sexual*, a emancipação psicossocial e a construção da cidadania, como resposta psicossocial frente aos contextos de maior vulnerabilidade ao HIV/Aids. Um dos pressupostos da abordagem emancipatória na perspectiva dos direitos humanos, consiste em:

pensar na interação dos direitos humanos e a saúde em cada grupo ou comunidade. Os indicadores de saúde sexual são freqüentemente índices, próxis da proteção ou promoção de direitos humanos, ou fruto da violação de direitos, além de indicadores do grau de vulnerabilidade individual, programática e social (PAIVA, 2006, p. 29).

Define-se, por sua vez, *sujeito sexual*:

como a dimensão do sujeito que regula a vida sexual, em oposição a ser objeto dos desejos e scripts sexuais de outros. Pode-se permanecer sujeitável e não sujeito se permanecermos atores inconscientes dos papéis e scripts sexuais femininos e masculinos que a cultura sexual prevê, ou então como o alvo, sem iniciativa e sem prazer, do desejo dos parceiros (PAIVA, 2000, p. 51).

O domínio do sujeito sexual cresceria ao desenvolver-se uma relação consciente e negociada com as normas da cultura para os gêneros e para a atividade sexual, com os valores familiares e dos grupos de pares; ser capaz de explorar (ou não) a sexualidade independentemente da iniciativa do (a) parceiro (a); sentir-se no direito de dizer não, de vivenciar as práticas sexuais com prazer, em consenso com parceiro (a), de modo seguro e protegido e, finalmente, conhecer e acessar os métodos contraceptivos (dentre estes, o

preservativo) bem como os serviços e procedimentos de saúde (serviços de saúde, exames, teste anti-HIV, orientações e informações adequadas (PAIVA, 2000).

Inspirada pelos teóricos construcionistas da sexualidade como Gagnon e Simon (1973), Parker e Aggleton (1999) e Gagnon e Parker (1995) - que propõem as noções de *scripts sexuais* e *cenários culturais*, Paiva (1999, 2000, 2002, 2006) propõe conceitos como *cena sexual* e *cenário sexual*.

Diferente de scripts, a dinâmica de uma cena é única, e nunca será igual, mesmo considerando que no curso da vida de uma mesma pessoa, ou se comparada às cenas de outra pessoa num mesmo cenário sexual, muitas cenas podem ser parecidas. Pensamos o cenário sexual como a esfera da sexualidade do cenário cultural, uma esfera específica que pode delinear guias para a experiência desse domínio da vida, a sexualidade (PAIVA, 2006, p 12).

Enriquecendo as contribuições dos teóricos, Paiva, analisa que os sujeitos variam de *scripts* quando mudam de parceiro, de contextos, de status social, de fase de vida, entre outros (PAIVA, 2000). No mesmo trabalho ela pontua que a *cena sexual* depende dos *scripts sexuais* disponíveis, masculinos ou femininos, do sentido e valor de cada *script* e de como os atores são percebidos entre si.

A partir destas referências teórico-conceituais a autora problematiza as estratégias de prevenção que dominavam o cenário na década de 90, ainda muito presentes atualmente, e que se respaldavam em abordagens individualistas e, portanto, pouco eficazes na redução da vulnerabilidade coletiva ao HIV. Problematizá-las requer a proposição de tecnologias de prevenção que incorporem a análise social, como a inspirada pelo quadro da vulnerabilidade (PAIVA, 2006, 2000, 2002), discutido no capítulo anterior.

Inspirada no psicodrama de Moreno, Paiva (2000; 2006) sugere o recurso da construção das *cenas e cenários sexuais* (o panorama sexual do cenário cultural), que

permitem explorar mais densamente a experiência cotidiana da sexualidade. O uso destes recursos pretende facilitar a descrição densa da sexualidade, incluindo as dimensões interpessoais do desejo, encontro, ritmo e movimento, entre outras dimensões únicas de cada cena. Ao mesmo tempo, a autora contextualiza as cenas em um *cenário sexual*, como noções relevantes para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e de direitos sexuais (PAIVA, 2006).

A partir da narrativa densa da cena e do cenário sociocultural específico da sexualidade, ou mesmo da encenação de uma cena sexual específica (vivida ou conhecida), desnudam-se as dimensões intersubjetiva e material da vida cotidiana, visualizam-se as variáveis que interagem, sincronicamente, na composição da vulnerabilidade (individual, programática e social) de diferentes grupos sociais aos agravos como o HIV. A compreensão densa da sexualidade quando compartilhada possibilita o exercício reflexivo acerca de como manejar os aspectos da vulnerabilidade de cada grupo. Muitos destes aspectos indicam a experiência do exercício de direitos ou, ao contrário, de violações de direitos que incidem, respectivamente, em maior ou menor vulnerabilidade ao HIV.

O recurso da cena utilizado na promoção da saúde sexual com jovens proporciona uma compreensão dinâmica, pelos participantes e profissionais, dos elementos que compõem o “cenário sexual” compartilhado entre os jovens; facilita a conscientização das dificuldades individuais e coletivas para a prática do sexo seguro – vulnerabilidades às DST/HIV e gestação indesejada, por exemplo – e possibilita aos jovens atuarem como sujeitos co-criadores de soluções e estratégias para lidar com essas dificuldades (PAIVA, 2006).

As noções de *cena* e *cenário sexual* têm sido usadas enquanto recurso metodológico na investigação social sobre a sexualidade no Projeto Caiçara. Por meio de cenas singulares densamente descritas pelos jovens, buscamos co-analisar experiências sexuais com os

participantes do estudo, contextualizando suas crenças, opiniões e atitudes acerca da sexualidade (PAIVA, 2006, p. 12).

A narrativa de uma cena no contexto de uma entrevista em pesquisa psicossocial estrutura-se da seguinte maneira: perguntamos onde a pessoa se encontrava (espaço), quando se deu a ação (tempo), com quem estava (indivíduos, grupos) e fazendo o quê (interação dinâmica). A cena tanto pode ter sido vivida, testemunhada ou ser aquela que a pessoa imagina que poderá acontecer (PAIVA, 2006; BELLENZANI et. al. 2007).

O conceito de *trajetórias sexuais* é também produtivo para a compreensão de narrativas sobre as experiências biográficas dos sujeitos entrevistados no contexto das pesquisas sobre sexualidade e reprodução. Parte-se do princípio que as experiências que constituem **a vivência de cada um** no domínio da sexualidade têm caráter gradual e acumulativo (HEILBORN, 2006).

Paiva (2000, 2002, 2006) define a *cena sexual* como única, embora guarde semelhanças com cenas de jovens com mesmo perfil, assim como a *trajetória sexual* (HEILBORN, 2006) condensa as vivências *de cada um* em uma série de episódios e estados que caracteriza a uma dada esfera da vida, a sexualidade. Compõe a trajetória os primeiros contatos corporais, o *ficar*, a primeira relação sexual, o namoro, etc. As trajetórias “abrigam os cenários e atores envolvidos em cada evento e relação que aludem à moldura social que enquadra o exercício da sexualidade” (HEILBORN, 2006, p. 38). Segundo a autora as experiências dos jovens no campo da sexualidade, compreendendo juventude como processo, estariam imbricadas com momentos de transição tais como o término dos estudos, o início da vida profissional, a saída da casa dos pais e o início da vida conjugal. Pondera, no entanto, que a maioria dos jovens brasileiros enfrenta barreiras socioculturais para concretizar estas transições. Não obstante, elas estariam colocadas, de qualquer forma, enquanto expectativas da sociedade em relação à juventude. As trajetórias sócio-sexuais apresentariam

especificidades segundo as diferentes condições materiais de existência e os diferenciais de gênero e de raça/cor.

Diferentemente das *cenais sexuais* - que metaforicamente poderiam ser comparadas a uma fotografia ou a uma cena de novela, com caráter mais delimitado e não necessariamente vivida pelo informante ou pelo participante de uma oficina - o conceito de *trajetórias sexuais* tem uma perspectiva biográfica e implica, em uma entrevista, reconstruir a seqüência de eventos vividos pelo informante. O presente estudo se orientou, prioritariamente, pela noção de *cenais sexuais*, que pretendemos fazer dialogar com a noção de trajetória na interpretação e discussão dos resultados.

2.3) CAPÍTULO III - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DA JUVENTUDE

2.3.1) Diálogos entre e o Programa Nacional de DST/Aids e a Política Nacional da Atenção Básica/ Programa Saúde da Família

O Programa Nacional de DST/AIDS tem proposto a integração das ações de prevenção às DST/AIDS na rede básica de saúde com parte da política de descentralização do SUS. Avanços têm sido observados, por exemplo, no Estado de São Paulo (MONTEIRO; OLIVEIRA, 2007; DE PAULA et. al., 2007). Ao mesmo tempo constata-se que os programas de Aids buscam têm orientado seu planejamento e suas diretrizes segundo o referencial da vulnerabilidade e dos direitos humanos, legitimado pelo acúmulo de pesquisas. Permaneça como desafio avançar na incorporação consistente e abrangente desse referencial ao dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos; na incorporação no trabalho prático da assistência prestada pelos serviços e na articulação intersetorial dos programas e políticas (PAIVA et. al., 2006).

Ou seja, há um caminho a ser percorrido para integrar dois mundos, ainda distantes: o “mundo das diretrizes, dos documentos norteadores” e o “mundo real” dos processos de trabalho, de modo a fortalecer os programas de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva na rede básica.

A rede básica, organizada segundo a estratégia do Programa Saúde da Família, vem se fortalecendo gradualmente, da década de 90 para cá, como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem-se como prioridade consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Esta se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Sua caracterização parece tão geral quanto desafiadora é sua missão, dada a complexidade dos processos de saúde-doença e a conseqüente necessidade de propostas e modelos de atenção quem dêem conta tanto da complexidade quanto da diversidade das questões e necessidades da população que se colocam à rede básica.

A Atenção Básica não tem nada “de básica” no sentido de simplicidade, uma vez que a ela se atribui a responsabilidade por 80% dos problemas de saúde da população, além de ser a porta de entrada do usuário para a rede SUS (BRASIL, 2006), cuja forma de atendimento prevista enquadra-se nos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (MALFITANO, 2007, p.59)

O Programa Saúde da Família (PSF) é definido como uma estratégia adotada para o desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da Atenção Básica que, por sua vez, é definida como:

um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, voltados para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. (...) A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (BRASIL, 1999, apud Malfitano, 2007, p. 116).

Discute-se que muitas das demandas da população à rede básica de saúde, inclusive a partir do Programa Saúde da Família, vão além da *saúde básica*, estrito senso, e podem ser definidas como *demandas médico-sociais* (MALFITANO, 2007).

Embora o debate sobre a distinção entre ação de saúde básica e a ação básica de saúde extrapole os limites deste estudo, na discussão dos resultados veremos que os conflitos vividos pelos profissionais entrevistados acerca do **lugar ocupado** pela atenção em saúde sexual e reprodutiva na rede básica, trazem a tona o referido debate.

Segundo Malfitano (2007, p. 117) a *ação de saúde básica* refere-se “a intervenções que digam respeito ao oferecimento de assistência para problemáticas ou doenças relacionadas aos componentes da saúde clínica”, ou seja, o manejo é focado, prioritariamente, nos aspectos biomédicos e com caráter mais geral. As *ações básicas de saúde*, com caráter mais singular ou específico, estão relacionadas com as necessidades da população ou dos segmentos a serem atendidos, de acordo com as características socioculturais e econômicas, relevantes para a compreensão das demandas e o planejamento das ações. A autora destaca que as *ações básicas de saúde* são embasadas por uma concepção ampliada de saúde e pelo princípio da integralidade. Por conseguinte, ampliam as noções de prevenção e promoção, atribuindo mais complexidade às práticas, pois implicam o manejo de procedimentos para além dos biomédicos, exigindo aportes técnicos que dêem conta das dimensões cultural, psicossocial e socioeconômica.

Outro aspecto que atesta a complexidade da Atenção Básica é o fato da rede básica de saúde ser constituída pelos espaços onde distintos programas, projetos e áreas técnicas devem confluir e adquirir materialidade e existência. É onde se operacionaliza o cuidado por meio dos “encontros” entre usuários de SUS, comunidades, territórios e profissionais de saúde, mais ricos e complexos do que procedimentos técnicos em si.

Uma das áreas de saúde que se colocam enquanto demandas direcionadas à rede básica é a dimensão da saúde sexual e reprodutiva na perspectiva da atenção integral em saúde (ref) O que a Política Nacional da Atenção Básica prevê a respeito dos conteúdos e diretrizes para que os profissionais atendam as necessidades da população nesta dimensão da saúde? Aparentemente, pouco, pois as *áreas estratégicas* para operacionalização do PSF em todo território nacional são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde

(Brasil, 2006). Por não figurar dentre *áreas estratégicas*, a saúde sexual e reprodutiva (de modo amplo) não se coloca como prioridade, ou se coloca de modo limitado, restrita à saúde da mulher, mais fortemente às demandas materno-infantis.

Dentre as áreas estratégicas do PSF consta a saúde da mulher, cuja Política Nacional de Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) propõe diretrizes orientadas pela perspectiva de gênero, com recorte às especificidades das mulheres adolescentes e jovens e ênfase nas ações de planejamento familiar e atenção às gestantes. “Ainda que a reprodução sexuada envolva homens e mulheres, o campo reprodutivo parece ter sido estruturado como predominantemente feminino” (RAMÍREZ, 2002, p. 115). Portanto, a participação dos homens no desenho das ações do PSF - embora respaldado pelo enfoque de gênero da Política de Saúde da Mulher - mostra-se, na prática, ainda incipiente.

Embora a saúde sexual e reprodutiva (em sentido amplo), nem tampouco as DST/HIV/Aids estejam dentre as *áreas estratégicas* da Atenção Básica, faz-se necessário indagar quais são as diretrizes previstas pela Política Nacional da Atenção Básica e pelo Programa Nacional de Aids, dado que as DST estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo (BRASIL, 2006.a p.7). Dentre os materiais de apoio aos profissionais e gestores da Atenção Básica, o suplemento de número 18, publicado em 2006, se dedica a temática do HIV/Aids, hepatites e outras DST. Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de saúde nos municípios, os profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica como um todo necessitam de programas e conteúdos para desempenhar suas atribuições, de forma a atender, cada vez mais, às necessidades de saúde da população” (BRASIL, 2006.a p.6).

O Programa Nacional é enfático em defender a ampliação do acesso da população às ações e insumos de prevenção, bem como às ações de cuidado aos portadores em todos os

níveis da atenção em saúde no âmbito do SUS, incluindo a rede básica.¹⁰

Se tomarmos como base o organograma do Programa - sua estrutura em Unidades e Assessorias - observam-se três instâncias cujas diretrizes apontam a permeabilidade necessária entre a Política Nacional das DST/Aids e a rede básica de saúde. Uma delas é a Unidade de Assistência e Tratamento (UAT). Dentre as atribuições da UAT define-se o compromisso com a articulação entre Setores e Áreas Técnicas do Ministério da Saúde, garantindo as interfaces com a implantação da Política Nacional de DST/Aids. Suas inúmeras atribuições e diretrizes técnicas para tratamento das DST/HIV incluem a responsabilidade pela:

coordenação das iniciativas de integração executiva das atividades de assistência e controle das DST/Aids com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família, e com as áreas técnicas de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (...) ¹¹

A outra instância é a Unidade de DST (UDST), cujas atividades visam:

estimular e apoiar a capacitação de recursos humanos; produzir materiais técnicos atualizados e com ampla distribuição; implementar ações de vigilância epidemiológica; tornar disponíveis medicamentos para as DST (...) e inserir as ações de controle das DST **nas ações programáticas do MS, em especial no Departamento de Atenção Básica e Saúde da Mulher** ¹²

Por fim, a terceira instância é a Unidade de Prevenção (PREV), responsável pela formulação e implantação de uma política nacional de prevenção de DST/HIV/AIDS. Cabe a

¹⁰ BRASIL. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACC5B55EPTBRIE.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

¹¹ BRASIL. <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS37CD81EAPTBRIE.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

¹²BRASIL.<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACED24AEITEMID526F2C34DE124DA396ABDE2CEB6045C2PTBRIE.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

ela propor e desenvolver estratégias de **intervenção comportamental** junto à população em geral e grupos de maior vulnerabilidade. Além de fomentar a implantação de modalidades de serviços de saúde que atuam na prevenção primária e secundária do HIV e das DST. A Unidade de Prevenção atua no fortalecimento das redes sociais; apoio às iniciativas comunitárias; **apoio a projetos de intervenção comportamental**; elaboração de materiais educativos e informativos; promoção da articulação entre a rede de serviços de saúde e diversos segmentos da sociedade (grifo nosso)¹³.

Na descrição das atribuições da PREV, pelo Programa Nacional de Aids, não observamos um detalhamento acerca do que seria considerado como *intervenções comportamentais*, e nem de como estas se dariam no âmbito do Programa de Saúde da Família, embora haja menção à *prevenção primária*, *redes sociais* e *iniciativas comunitárias*, princípios operacionais que caracterizam o PSF. Ficamos com as seguintes indagações: o que está sendo considerado sob o termo *intervenção comportamental*? A Política Nacional de DST/Aids se orienta por uma concepção de prevenção cujo foco é, prioritariamente, disseminar informações para que as pessoas mudem comportamentos?

O Programa Nacional menciona a rede básica e sua estratégia prioritária, o PSF, de modo genérico, entretanto observamos falta de detalhamento. Materiais de apoio ao trabalho não aprofundam em conceitos, métodos e abordagens psicossociais e/ou psicoeducativas, que auxiliem os profissionais em **como desenvolverem** as ações de prevenção e cuidado às DST/HIV, de um modo mais integrado às ações que a rede básica já realize, dentro de seu escopo de propostas em saúde sexual e reprodutiva. Não são descritos modos de operacionalizar noções de vulnerabilidade, a perspectiva de gênero e o referencial dos direitos sexuais e reprodutivos, por meio deste tipo de abordagens de prevenção.

¹³BRASIL.<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACED24AEITEMIDB6E873E14CAC4943888CE3994351DB7DPTBRIE.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

Tendemos a pensar - em função do histórico da respostas à epidemia do HIV, já apresentados do capítulo I, cuja tradição foi marcada pelas abordagens individualizantes que objetivavam mudar ou promover comportamentos - que as *intervenções comportamentais* preconizadas pelo Programa Nacional de DST/Aids, são realizadas no cotidiano da rede básica, em geral, segundo abordagens que valorizam excessivamente a transmissão de informações e as orientações sobre doenças e insumos.

A Política Nacional das DST/Aids enfatiza e detalha a oferta de insumos, exames laboratoriais e procedimentos mais “clínicos”, de óbvia importância; contudo há uma carência em termos de como desenvolver abordagens cuja tecnologia de atenção inclua a dimensão psicossocial e as barreiras culturais de usuários e dos próprios trabalhadores/serviços no debate sobre o sexo seguro. Estas abordagens foram descritas no Capítulo II, e valorizam fortemente o aprendizado psicoeducativo e o estímulo ao *sujeito sexual* e ao *sujeito de direitos* (PAIVA, 2006).

Possivelmente, um dos fatores, a título de hipótese, relacionados com o distanciamento referido entre os “mundos” - dos documentos norteadores das políticas e do cotidiano real dos serviços - seja o fato da organização pública da Saúde não promover, suficiente ou afinadamente, uma permeabilidade sistemática entre a Política Nacional de DST/Aids e a Política Nacional da Atenção Básica. Como apontam alguns autores, dentre eles Monteiro e Oliveira (2007), o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, por exemplo, e o Programa Nacional de DST/Aids, criado em 1985, organizaram-se de maneira verticalizada e, no caso de São Paulo, “trabalhar com a rede básica enquanto espaço de desenvolvimento de ações de prevenção e assistência às DST/Aids é uma proposta que se consolidou somente no início do ano de 2000” (MONTEIRO, OLIVEIRA, 2007, p. 9).

Constatamos que o *cuidado* é objeto de diversos estudos (OLIVEIRA et al., 2005; OLIVEIRA e FRANÇA-JUNIOR, 2003) desenvolvidos em serviços de saúde de nível

secundário e/ou terciário denominados sob várias siglas conforme estados e municípios: os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Centros de Referência e Treinamento (CRT), os Serviços de Assistência Especializada (SAE) ou, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Os estudos sobre a assistência e o *cuidado* promovido no âmbito destes serviços são mais frequentes em municípios de médio e grande porte em estados das regiões mais desenvolvidas, como sul e sudeste. Pouco se tem pesquisado sobre relações que se estabelecem entre os serviços especializados e a rede básica, para além da lógica da referência/contra-referência. Com base na noção de *rede*, mediante novos arranjos organizacionais para o trabalho em saúde que expandam as possibilidades da referida lógica, encontra-se no debate atual, por exemplo, a proposta do *apoio matricial especializado* (CAMPOS, DOMITTI, 2007). Não encontramos, no entanto, estudos sobre sua aplicabilidade na atenção em DST/HIV/Aids.

Contrastam com a consistente produção científica, bem como com a qualidade da atenção promovida aos usuários nos serviços especializados em DST/Aids, as lacunas na produção acadêmica sobre a atenção em DST/HIV/Aids no nível da rede básica de saúde/ Programa de Saúde da Família.

É notória a qualidade da política brasileira voltada ao cuidado e a promoção dos direitos das pessoas vivendo e convivendo com o HIV/AIDS no Brasil, a partir do investimento realizado na construção dos serviços especializados, acima citados, reivindicações dos movimentos ativistas organizados. Entretanto, um dos desafios nesta terceira década de construção da resposta nacional à epidemia seria a redução da desigualdade existente entre o maior investimento financeiro e simbólico que se faz no cuidado aos portadores na rede especializada, se comparado ao investimento necessário para fortalecer o que podemos chamar da “empreitada pela prevenção”, também com foco na rede básica.

“O direito à prevenção ainda está pouco pautado nas agendas do movimento social e

nas instâncias colegiadas de controle social. Ou seja, há pouco ativismo pelo "*direito à prevenção*" (PAIVA et.al., 2006, p. 115).

O PSF vem se tornando, progressivamente, objeto de estudo e debate, concomitante a expansão do número de equipes de saúde da família no país, à medida que se consolida como política pública do Ministério da Saúde para organização da Atenção Básica, dentro da lógica da hierarquização do SUS (MARSIGLIA, 2003). O presente estudo pretende contribuir com a ampliação do debate sobre o fortalecimento da prevenção e da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos na rede básica/PSF.

2.3.2) Interfaces com a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem e com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

O Ministério da Saúde, por meio da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, tem se dedicado à elaboração de políticas nacionais integradas, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde desta população; atualmente estimada em 54 milhões de cidadãos brasileiros, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade¹⁴

Historicamente, as primeiras iniciativas na proposição de programas de saúde especialmente delineados para atender adolescentes foram favorecidas pela redemocratização do país no final dos anos oitenta (OLIVEIRA et. al., 2001), especialmente pela promulgação da Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 no âmbito do Brasil; e as Conferências de População e Desenvolvimento do Cairo em 1994 e da Mulher em Beijing em 1995, no cenário mundial. O movimento organizado de mulheres cuja participação fundamental representou a alavanca para a criação do PAISM - Programa de Assistência

¹⁴ BRASSIL. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=241. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

integral à Saúde da Mulher – em 1983, no âmbito Federal.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, em um período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

A contribuição fundamental do PAISM foi de apontar a necessidade de uma atenção de saúde específica para adolescentes. “A diretriz, contida no PAISM, de que as ações deveriam focalizar as mulheres em todas as fases de sua vida obrigou a reflexão sobre as necessidades e direitos das mulheres jovens e adolescentes” (OLIVEIRA et. al. 2001, p. 196). Além do movimento de mulheres as organizações não-governamentais, por meio do desenvolvimento de ações de educação sexual, contribuíram para o fomento da saúde do adolescente enquanto uma área programática (ARILHA; CALAZANS, 1998). Data de 1985 o PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente do Estado de São Paulo – cuja “iniciativa estimulou e contribuiu tecnicamente para o desenvolvimento posterior do programa em âmbito nacional, criando-se em 1989 o PROSAD no contexto do Ministério da Saúde, tendo como população-alvo o grupo de 10 a 19 anos” (OLIVEIRA et al., 2001, p. 200). Foram designados vários aspectos para nortear as ações tais como: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde escolar, saúde reprodutiva, prevenção de acidentes, violência e maus tratos, cultura e lazer. Com o advento da Aids na década de 80 a sexualidade adquiriu centralidade (HEILBORN e BRANDÃO, 1999) e as preocupações com

a sexualidade e a saúde da juventude aumentaram, marcando o início das intervenções orientadas segundo o PROSAD em São Paulo. Uma das experiências que deram destaque à atenção às DST/ Aids foi o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PASA), do Centro de Saúde-Escola do Butantã - cujas diretrizes advinham do PROSAD (AYRES e FRANÇA, 1996).

Como todo programa, o PROSAD sofreu impactos das transições político-partidárias e, portanto de correlações de forças nos níveis municipal, estadual e federal, de modo que adquiriu contornos e resultados distintos conforme regiões, períodos e transições políticas (OLIVEIRA et al. 2001).

A construção da adolescência e da juventude é, portanto, recente enquanto segmento populacional para o qual são delineadas ações programáticas em saúde. Isto não se deu de modo isolado, uma vez que a construção de políticas para a juventude tomou força em áreas como educação, mercado de trabalho, entre outras, no final da década de 90 em diante, cuja ausência de formulações específicas para a juventude até então (ABRAMO, 1997) esteve na esteira para que a Comissão Nacional de População e Desenvolvimento organizasse, em 1998, o Seminário *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas* (CALAZANS, 2000). Objetivava-se o desenvolvimento de diretrizes para políticas sociais de abrangência nacional dedicadas a este segmento. É recente tal questão na sociedade demandando, portanto, esforços programáticos para a efetivação das diretrizes.

Especificamente sobre a política de saúde direcionada à juventude, o PROSAD, desde sua criação, esteve associado a quatro áreas técnicas, ora mais próximo à área de saúde da mulher, ora associado ao programa de saúde da criança (OLIVEIRA et al., 2001). As autoras chamam a atenção ao fato de que sempre contou com pouca visibilidade na estrutura ministerial e, a partir de 1999, o programa passou a fazer parte da Secretaria de Políticas de Saúde, definido como Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, instância existente,

atualmente, no âmbito Ministerial, responsável pela elaboração de diretrizes para a promoção da saúde integral da juventude, com atribuições à rede básica. Scott (2001) destaca os sucessos do PSF na saúde reprodutiva, principalmente no que tange à ampliação da atenção às demandas materno-infantis. O autor faz uma discussão sobre a saúde reprodutiva no âmbito da transição entre o PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF - Programa de Saúde da Família. Um dos aspectos que ele aborda é o fato do Ministério adotar uma nova concepção ao declarar que o PSF “não é uma estratégia desenvolvida para a atenção exclusiva ao grupo mulher e criança” (BRASIL, 1997, p. 8-9). O pesquisador alerta, entretanto para o risco de que a ampliação no número de áreas temáticas, *áreas estratégicas* ou segmentos populacionais no escopo da atenção na rede básica/PSF, venham acarretar perda de objetividade e, principalmente, sobrecarga da Atenção Básica, verificada inclusive em um prejuízo à saúde dos trabalhadores, em especial o impacto sobre as ACS. Trata-se de uma questão a ser considerada ao pensarmos que o desenvolvimento das ações de prevenção em saúde sexual e reprodutiva **para todos**, no âmbito do PSF, se justificaria pelos princípios de universalidade e integralidade. “Integralidade pode se transformar em sobrecarga, em nome do crescimento da oferta de serviços de saúde (...)” (SCOTT, 2001, p. 65).

Na medida em que se ampliam segmentos a serem assistidos criam-se especificidades, expressas na necessidade de maiores investimentos em insumos, instalações, recursos humanos, apoio técnico, interlocuções entre distintas áreas programáticas, capacitação profissional, gestão e, de modo amplo, inclusive ajustes de prioridades na organização dos serviços nos três níveis de complexidade do SUS.

Se pensarmos que o termo *saúde da família* amplia o escopo de atuação do plano dos indivíduos para um grupo, a família (SCOTT, 2001, p. 66) há de se considerar que além das crianças até cinco anos, tradicionalmente acompanhadas pelo PSF, deveriam ter acesso e cobertura ampliados os segmentos adolescentes e jovens (11 a 24 anos). Isto em diversas

áreas, não só em saúde sexual e reprodutiva! Uma vez que o PSF é designado como porta de entrada preferencial do SUS (BRASIL, 2006) é necessário avaliar em que medida o programa tem estrutura e organização para atuar em tamanha empreitada. Quais recursos, modelos de atenção e interlocuções/ articulações, segundo a lógica da hierarquização, devem ser previstos para que o nível primário consiga cumprir sua função de acolhimento da juventude? Ou seja, se é a porta de entrada, qual o fluxo de continuidade? E ainda, quais abordagens têm sido utilizadas na rede básica para atenção aos jovens?

Nas diretrizes ministeriais da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, a dimensão *família se* faz presente, uma vez que parte do princípio que a atenção à saúde dos jovens está diretamente relacionada “*ao fortalecimento dos seus vínculos familiares e comunitários (...)* e às “*ações de educação em saúde e prevenção de agravos*”¹⁵.

Uma publicação recente do Ministério (BRASIL, 2005) trás algumas recomendações aos serviços de saúde, com destaque às unidades básicas, para a atenção integral em saúde do adolescente. AS questões abordadas nesse documento são: captação e acolhimento da população adolescente; estratégias de parcerias entre UBS e recursos do território, principalmente as escolas; indicações de dispositivos de atendimento (individuais grupos e visita domiciliar); fluxos e processos de trabalho na UBS, implemento da participação juvenil e aumento de sua cidadania, além da articulação intersetorial e de sistemas de informações e monitoramento. Deste modo, nota-se um esforço de adaptação das propostas à realidade do PSF.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, por outro lado, pela sua abrangência e referencial teórico-metodológico parece mais consistente. O documento incorpora enfoques de gênero, etnia/raça, orientação sexual, todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias, e diversidades de vidas e

¹⁵ BRASIL. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24893&janela=1. Acesso em 15 de fevereiro de 2007.

contextos (rural, urbano, institucionais, etc.). A integralidade e a promoção da saúde são claramente princípios norteadores. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

As interfaces entre Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente e do Jovem e o Programa Nacional de DST e Aids são verificadas ao longo de todo o documento da Política Nacional das Mulheres. Dois itens específicos do capítulo “*Breve diagnóstico da Situação da Saúde da Mulher no Brasil*” as revelam substancialmente. São eles: “*A Saúde de Mulheres Adolescentes*” (p. 39) e “*DST/HIV/Aids*” (p.34).

Sobre a inclusão da rede básica na atenção às mulheres, desde o início do PAISM até a atualidade, verifica-se, a partir da proposição do SUS, a influência da Política Nacional de Saúde da Mulher:

da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004, p. 17)

Tais dificuldades e ausência de informações suficientes para se ter um panorama abrangente da implementação das diretrizes se deve, em parte, ao caráter recente destas Políticas. A Política de Atenção à Saúde da Mulher data de 2004, a principal publicação da Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem que orienta a organização dos serviços de

saúde na promoção da atenção integral data de 2005 e a Política Nacional da Atenção Básica/PSF data de 2006.

3) OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

GERAL:

- Caracterizar a vulnerabilidade da juventude caiçara/ nativa de comunidades anfitriãs de turismo do litoral sul do estado do Rio de Janeiro às DST/HIV, gestação não planejada e ingresso de jovens no mercado sexual no cenário do turismo.
- Descrever as ações desenvolvidas junto aos jovens, na atenção em saúde sexual e reprodutiva, por equipes locais do Programa Saúde da Família¹⁶ e problematizar em que medida tais ações contemplam (ou não) a prevenção das DST/Aids, gestação não planejada e ingresso de jovens no mercado sexual no cenário do turismo.

ESPECÍFICOS:

Compreender as concepções dos informantes (jovens e profissionais de saúde) sobre as temáticas:

- Juventude, saúde, cidadania, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos;
- Sexualidade, DST/HIV/Aids, prostituição/ mercado sexual, gravidez na adolescência;
- Comunidade e turismo: sociabilidade entre turistas e moradores das comunidades.

JUSTIFICATIVA:

Os resultados do estudo podem contribuir com subsídios para a construção de respostas programáticas na área da saúde sexual e reprodutiva da juventude, em municípios turísticos brasileiros com perfil sociocultural semelhante ao município pesquisado.

Na medida em que o estudo foi circunscrito à realidade de um município, poderá servir de apoio ao desenvolvimento local, por meio de ações do poder público, do *trade* turístico e de associações da sociedade civil.

¹⁶ Equipes compostas por trabalhadores: médico (a) de família, enfermeiro (a), auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS)

4) MÉTODO

O estudo realizado foi do tipo qualitativo etnográfico que inclui observação do cenário programático e sexual, entrevistas em profundidade, semi-estruturadas e com uso de gravador. O diário de campo também foi utilizado como instrumento de apoio, onde foram registradas impressões e observações de cenários, bem como registros de alguns depoimentos informais coletados no município pesquisado.

Vinte e três entrevistas foram realizadas com dois conjuntos de informantes, da mesma região (litoral sul fluminense): 1) 12 jovens, de ambos os sexos, que haviam participado da primeira turma do curso de monitoria ambiental realizado no município estudado; 2) 11 profissionais de saúde - da rede básica/ Programa Saúde da Família (PSF) e da Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro.

Para as entrevistas com jovens e com os profissionais de saúde do PSF, utilizamos roteiros de entrevista - respectivamente, nos anexos A¹⁷ e B. Uma entrevista com jovem e uma com profissional do PSF foi realizada a título de pré-teste, ambas integradas ao conjunto de entrevistas analisadas. A entrevista com a gestora da Coordenação Estadual de DST/Aids foi aberta e utilizamos perguntas disparadoras circunscritas a quatro eixos temáticos.

4.1) Entrevistas com jovens residentes em comunidades anfitriãs de turismo de um município do litoral sul fluminense

Durante o ano de 2006, foram realizadas 40 entrevistas com jovens e adultos formados como monitores ambientais, residentes na região do litoral sul dos Estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, no âmbito do “Projeto Caiçara”. Prevvia-se a coleta em duas regiões com características sócio-demográficas semelhantes, mas com períodos de tempo distintos no

¹⁷ Instrumento elaborado coletivamente pelos pesquisadores do Projeto Caiçara.

que concerne à organização social do turismo nas regiões. O turismo é parte da atividade econômica da região do litoral fluminense vinte anos antes da sua organização no litoral paulista.

Do universo total dos quarenta monitores entrevistados no “Projeto Caiçara” nas duas regiões, analisamos um total de **doze entrevistas de jovens**, seis do sexo feminino e seis do sexo masculino, residentes no município fluminense. Utilizou-se do critério de saturação ou esgotamento (MINAYO, 1994) para definir o número de informantes jovens incluídos neste estudo.

O roteiro de entrevista com jovens priorizou temas relacionados à sexualidade e à reprodução, com foco nas interações afetivo-sexuais com turistas de ambos os sexos. Também buscamos investigar suas concepções e experiências junto à rede de saúde, em especial o PSF. Os (as) entrevistadores (as) eram do mesmo sexo que os (as) entrevistados (as). Os locais onde as entrevistas aconteceram variaram desde a casa do informante, sala de uma escola municipal, espaço de uma ONG, sala de uma pousada ou mesmo espaços abertos como a praia. Sempre de acordo a preferência e disponibilidade dos (as) informantes, de modo que suas rotinas de vida e trabalho fossem respeitadas ao máximo e que garantissem o caráter confidencial da entrevista. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

O convite para a participação no estudo ocorreu a partir do prévio conhecimento que a equipe de pesquisadores do “Projeto Caiçara” tinha acerca dos jovens e adultos que, dois anos antes, haviam participado do curso para formação de monitores ambientais, quando se desenvolveu um módulo sobre a saúde dos monitores no trabalho realizado no contexto do turismo/meio ambiente, ministrado por alguns dos pesquisadores do NEPAIDS.

4.2) Entrevistas com profissionais de saúde

4.2.1) Entrevistas com profissionais da Atenção Básica/ Programa Saúde da Família (PSF) de duas unidades básicas de saúde

Durante os meses de fevereiro a agosto de 2007, ocorreram os contatos junto à Secretaria de Saúde do município onde residiam os (as) jovens já entrevistados (as) na primeira etapa do projeto; no mesmo período, contatamos a Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro. Foi agendada uma reunião com uma das gestoras responsáveis pela rede básica/ PSF. O objetivo era apresentar o projeto do estudo, obter informações sobre a organização da assistência em saúde oferecida no município e elaborar um cronograma para a realização das entrevistas a serem realizadas. Foram também feitos contatos com outras esferas da gestão municipal no âmbito da saúde, tais como: Vigilância Epidemiológica e Área Técnica de Saúde da Mulher, devido às interfaces que estabelecem junto à rede básica/módulos do PSF no monitoramento dos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e dos procedimentos de prevenção e tratamento, bem como no apoio ao desenvolvimento das ações de assistência.

Módulo constitui o termo utilizado no município para nomear as unidades básicas de saúde (UBS) que contam com uma equipe mínima de PSF composta por um profissional de enfermagem, um profissional de medicina, duas técnicas ou auxiliares de enfermagem e um número variável de agentes comunitárias de saúde, conforme características populacionais e geográficas das áreas de abrangência.

No mesmo período do mês de maio em que houve a reunião com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada uma entrevista, a título de pré-teste do instrumento, com uma profissional do PSF que atuava como agente comunitária de saúde em um dos módulos de PSF.

Os módulos de PSF pesquisados e as respectivas comunidades onde estão situados tiveram seus nomes omitidos ao longo do trabalho, de acordo com o desejo dos profissionais informantes e da gestão municipal. O município pesquisado também não foi nomeado pelo mesmo motivo e consideramos que o perfil da localidade, sem a identificação, seria suficiente para que os resultados pudessem auxiliar no subsidio de ações programáticas em saúde sexual e no planejamento turístico em pólos brasileiros semelhantes.

A partir do panorama acerca da distribuição dos módulos de PSF no território da cidade, obtido mediante as informações disponibilizadas pelos gestores, ocorreram a escolha das áreas/bairros e, de modo subsequente, a seleção de dois módulos de PSF, um na área urbana e outra na área rural/costeira. Dentre os motivos que justificam a escolha dos referidos módulos, incluímos: 1) o perfil da população e do território que indicava uma situação sócio-econômica de maior vulnerabilidade social nos bairros urbanos cobertos pelo módulo; 2) a maior prevalência de pessoas jovens; 3) a localização dos módulos em regiões referidas como locais de residência de alguns “casos” emblemáticos (por exemplo, jovens portadores do HIV ou outras DST), citados espontaneamente pelos gestores quando descreveram algumas das dificuldades enfrentadas pelas equipes de PSF na assistência prestada em saúde sexual e reprodutiva; 4) região urbana citada pelos gestores como aquela com maior prevalência de casos de DST, segundo indicava o banco de dados da Vigilância Epidemiológica e 5) a possibilidade de comparações entre a região urbana e a região rural/costeira.

Os dois módulos de PSF selecionados para o estudo – dentre os sete módulos que contavam com aproximadamente setenta trabalhadores da rede básica municipal – equivaliam a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde trabalhavam cerca de vinte e quatro profissionais,¹⁸ que compunham duas equipes de saúde da família.

Durante uma semana do mês de agosto de 2007, a pesquisadora acompanhou, em

¹⁸ Os números não são exatos, pois o município contava com rotatividade de profissionais, vagas em aberto e com processos de demissão/contratação em andamento.

período integral, a rotina de atendimento dos dois módulos estudados, em torno de meio período em cada um (manhãs ou tardes). A observação incluiu conversas informais com trabalhadores e usuários, o acompanhamento das atividades nos espaços de sala de espera e recepção.

Para a apresentação do estudo e convite à participação, foram feitas reuniões informais com grupos menores de trabalhadores nos momentos em que estivessem disponíveis, respeitando as rotinas de atendimento. Todos foram convidados e a maioria deles se mostrou interessada e nenhum profissional se recusou, explicitamente, a participar. Não havia um número de entrevistados definido a priori e a estratégia foi organizar a realização das entrevistas ao longo de uma semana, de modo que fosse entrevistada a maior parte dos profissionais dispostos, respeitando-se o critério da saturação (MINAYO, 1993).

Dois critérios para a inclusão de informantes no estudo que haviam sido definidos anteriormente ao campo não puderam ser mantidos ao longo da coleta de dados. O primeiro era entrevistar somente os trabalhadores que exercessem a função naquela localidade há pelo menos um ano; o segundo consistia em incluir os quatro profissionais de nível técnico (dois de enfermagem e dois de medicina) de ambos os módulos. Entretanto, observamos que havia alta rotatividade de profissionais e, na ocasião, a prefeitura estava em processo de reposição de vagas e a maioria dos possíveis informantes estava no trabalho há menos de um ano. Para não restringir significativamente as possibilidades de participação, este critério foi abolido, embora se tenha dado preferência aos profissionais com mais tempo na função. Com relação à participação da totalidade dos profissionais de nível superior, um dos profissionais de medicina não pôde ser entrevistado pelo fato de que sua agenda estava comprometida com as atividades assistenciais.

Finalmente, o universo de entrevistados foi composto por um profissional de medicina, dois de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitárias

de saúde, totalizando um grupo de dez informantes. O escopo de temas do roteiro foi mais abrangente do que o roteiro utilizado para os jovens. Dada a escassez de pesquisas sobre saúde sexual e reprodutiva no PSF, em especial a atenção às DST/Aids, ou a respeito das interlocuções entre Programas de DST/Aids (Nacional, Estaduais ou Municipais) e a rede básica, nos permitimos uma abordagem aberta às temáticas que emergissem a partir da experiência assistencial no campo da sexualidade e da reprodução. Investigamos as ações de prevenção desenvolvidas no trabalho cotidiano, bem como as concepções, valores e inquietações dos profissionais diante das questões relacionadas à sexualidade, à reprodução e à saúde dos jovens. Com intuito de avaliar o grau de reconhecimento por parte dos serviços do segmento adolescente e jovem, seus direitos, as especificidades de suas demandas, buscamos compreender a partir das narrativas dos entrevistados: 1) as concepções construídas em torno desta população, com os recortes de gênero; 2) as barreiras estruturais e simbólicas ao cuidado integral à saúde; 3) como reconheciam os principais eventos ligados às trajetórias afetivo-sexuais no campo da sexualidade (o “ficar”, o namoro e a iniciação sexual); 4) o uso do preservativo e a prática do sexo seguro; 5) as concepções sobre gravidez não planejada entre adolescentes; 6) como reconheciam a influência do cenário turístico sobre as práticas sexuais dos (as) jovens destas comunidades e os desafios para incorporar esta dimensão nas ações de prevenção. Buscamos também investigar a intersecção entre profissionais do Programa Saúde da Família e outras esferas de organização da atenção em saúde (municipais e estaduais).

Os locais em que aconteceram as entrevistas foram as salas disponíveis dentro das UBS nos momentos de disponibilidade dos trabalhadores conforme suas agendas e organização dos serviços, garantindo conforto e confidencialidade para o encontro.

4.2.2) Entrevista com um profissional gestor da Coordenação Estadual de DST/Aids/RJ.

Durante o processo de contato com a rede básica de saúde do município pesquisado para a realização das entrevistas, identificou-se a relevância em levantar alguns dados acerca da Atenção em DST/Aids nos municípios fluminenses, do ponto de vista da Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro. O município estudado não contava com programa municipal de DST/Aids e entendeu-se que a Coordenação Estadual de DST/Aids do Rio de Janeiro fazia interlocução direta com a Coordenação da rede básica/PSF e com a Vigilância Epidemiológica do município.

Com o objetivo de aprofundar a compreensão do planejamento das ações de prevenção pela Coordenação Estadual-RJ e verificar em que medida esta instância se relacionava com a rede básica/PSF, foi realizada uma entrevista com um profissional gestor do nível estadual em novembro de 2007. A entrevista foi aberta e orientada pelos seguintes eixos temáticos:

1) A organização e o processo de trabalho das ações da Coordenação Estadual junto às regiões e municípios.

2) Existência ou inexistência de interlocuções com o município (Secretaria Municipal de Saúde, com os trabalhadores da rede de saúde/PSF e áreas programáticas afins). Grau de horizontalidade ou verticalidade do Programa Estadual de HIV/Aids.

3) Avanços e dificuldades na descentralização das ações programáticas de prevenção e assistência em HIV/Aids no município, fortalecendo a rede básica de saúde.

4) Compreender em que medida a rede básica era identificada e potencializada enquanto recurso para realização de ações de prevenção.

4.3) Questões éticas

Considerando a dimensão ética dos estudos empreendidos com seres humanos como parte integrante e fundamental do método, vale destacar que ambos os projeto - *“Cenários de vulnerabilidade no contexto do turismo: DST/Aids, mercado do sexo e uso de álcool e outras drogas em comunidades caiçaras do litoral sul de São Paulo e sul do Rio de Janeiro”* – e o projeto, no âmbito da dissertação – *“Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o Programa Saúde da Família”* - foram submetidos e aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP).

As entrevistas foram conduzidas após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos sujeitos participantes da pesquisa, tanto jovens como os profissionais. A primeira via foi entregue a eles e, a segunda, arquivada pela pesquisadora. Neste Termo, era garantida aos participantes a liberdade de não responder eventuais perguntas e de interromper a sua participação na entrevista, por qual motivo fosse, bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Após leitura do Termo de Consentimento com cada participante, este era consultado acerca do interesse em participar, futuramente, de uma oficina reunindo todos os entrevistados, quando seriam compartilhados os resultados do estudo. Foram garantidos a preservação do anonimato dos depoentes, bem como o sigilo quanto ao nome da cidade e da unidade básica, no caso dos profissionais, quando da publicação dos resultados em trabalhos acadêmicos.

Optou-se, na apresentação dos resultados, pela não identificação das funções/cargos dos profissionais relativos a cada depoimento (exceto das agentes comunitárias que eram em maior número), uma vez que se tratando de um conjunto reduzido de informantes e de apenas dois serviços de saúde de um município de pequeno porte, poder-se-ia prejudicar o anonimato dos informantes. Médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram referidos como ‘técnicos’. A função foi mencionada em momentos pontuais que foram necessários à discussão dos dados.

Objetivou-se, a partir da oficina com jovens, fazer o procedimento de *devolutiva dos resultados aos participantes*, mas também efetuar um processo de validação dos dados coletados, por meio do diálogo com a própria comunidade de onde estes dados emergiram (PAIVA, 2006). Aos participantes da oficina foram esclarecidos os objetivos desta atividade e também efetuadas as assinaturas de um segundo Termo de Consentimento, relativo à oficina, como fora feito no momento das entrevistas. As oficinas foram filmadas¹⁹.

A operacionalização da atividade da oficina se deu por meio da construção das cenas sexuais mais expressivas da vulnerabilidade coletiva (social e programática) com a participação de jovens, facilitadores e pesquisadores do grupo. O intuito foi promover o aprendizado coletivo, ampliar o repertório dos participantes no reconhecimento dos contextos onde ficam “mais” vulneráveis ao HIV, às DST e ao mercado do sexo. Além disto, a oficina permitiu que os participantes compartilhassem atitudes e práticas para lidar criativamente com as dificuldades encontradas para o sexo seguro, para se protegerem ou enfrentarem eventuais relações opressivas, a exploração sexual e o aliciamento de mulheres para trabalho sexual em países estrangeiros.

A interpretação das entrevistas, por sua vez, foi enriquecida com esta experiência tão viva de compartilhá-las com a comunidade pesquisada nos moldes de uma oficina. A

¹⁹ Até a data de finalização do presente trabalho, a oficina de devolutiva havia sido feito com o conjunto dos informantes jovens. A apresentação dos resultados à Secretaria Municipal de Saúde, aos trabalhadores do PSF e à Coordenação Estadual de DST/Aids - RJ foi programada para março de 2008.

estratégia de utilização da montagem das cenas e da atividade educativa também respondeu ao compromisso ético da equipe de pesquisadores com os informantes, buscando impacto imediato e positivo do estudo junto à comunidade pesquisada (PAIVA, 2006, 2005).

4.4) O recurso da cena na investigação social

Como já apresentado no Capítulo II da Introdução, o recurso da construção das *cenas sexuais* foi incorporado ao “Projeto Caiçara”. Três foram os alinhamentos entre o recurso da cena e métodos qualitativos de pesquisa já consolidados. Foram coletadas/construídas as *cenas sexuais* mediante os relatos dos (as) jovens, segundo o método da *entrevista em profundidade* adensado pela solicitação freqüente da descrição detalhada de cenas mencionadas; a observação de cena foi também um recurso norteador, como costuma ser, no método da *observação etnográfica* e, ainda, a realização das *oficinas*, onde os sujeitos entrevistados “montaram” as próprias cenas relatadas e depois participaram de um debate sobre esta atividade, a qual não foi objeto desse estudo. Em cada um destes três procedimentos, manteve-se a busca pela composição de uma narrativa a partir dos elementos centrais de uma cena: **quem** eram as pessoas envolvidas e **com quem** estavam (indivíduos, grupos), **onde** se encontravam (espaço), **quando** se deu a ação (tempo) e **fazendo o quê** (ações, comportamentos e a interação dinâmica entre os atores). A cena não deveria, necessariamente, ter sido vivida pelos informantes, podendo incluir aspectos imaginários ou mesmo referir-se às experiências de terceiros (PAIVA, 2006).

5) RESULTADOS I: Juventude e Cenário sociocultural da região

5.1) A descrição do cenário sociocultural e sexual nas comunidades anfitriãs do litoral sul fluminense

O município onde foi desenvolvido o estudo está dentre os municípios que compõem o litoral sul fluminense, popularmente chamado de Costa Verde: Angra dos Reis, Itaguaí, Mangaratiba, Paraty e Rio Claro. Localizada ao sul do Estado do Rio de Janeiro, no limite com o Estado de São Paulo, a Costa Verde possui 3.229,5 km² e população de 271.923 habitantes, desempenhando importante papel no cenário turístico estadual. A região dispõe de uma grande diversidade de atrativos turísticos, principalmente aqueles relacionados com o meio ambiente e com a história e cultura local. Além de um litoral extremamente privilegiado formado pelas baías da Ilha Grande e de Sepetiba, o interior da região apresenta importante remanescente de Mata Atlântica concentrado, principalmente, nos municípios de Rio Claro, Paraty e Angra dos Reis, indicando uma forte potencialidade para o desenvolvimento do ecoturismo. O maior destaque está na Ilha Grande que, além das dezenas de praias, possui uma exuberante fauna e flora. Do ponto de vista dos atrativos culturais, a região guarda importantes monumentos históricos e arquitetônicos dos séculos XVIII e XIX como o município de Paraty, tombado e erigido Monumento Nacional em 1966, atualmente um dos principais pólos de turismo cultural do Estado²⁰.

A proximidade com o Estado de São Paulo e a disponibilidade quantitativa e qualitativa de serviços de hospedagem e alimentação impulsionam o fluxo de turistas advindos, em sua maioria, tanto do Estado do Rio de Janeiro como de São Paulo. O cenário do município estudado inclui atrativos naturais e histórico-culturais do país, que contribuem para intenso fluxo turístico nacional e internacional na região. Uma ótima estrutura hoteleira, de serviço e comércio

²⁰ Disponível em: <http://www.turisrio.rj.gov.br/atribuicoes.asp>

aquecidos pelo turismo internacional e um calendário de eventos e festividades ligadas à educação, cultura e lazer impulsionam a economia local. Deduz-se que a arrecadação tributária seja superior a de municípios de porte semelhante o que, supostamente, imprimiria condição privilegiada para investimentos em políticas, incluindo as sociais, nas áreas prioritárias como saúde, educação, habitação, trabalho e turismo.

O conjunto de jovens entrevistado exercia, dentre outras atividades, aquelas ligadas à monitoria ambiental, circunstância que o caracterizava enquanto representante da população jovem local em busca de inserção no mercado de trabalho a partir do cenário socioeconômico e cultural do turismo na região. Muitos deles associaram, em suas narrativas, idéias que possuíam sobre o turismo tais como: dinheiro, sustento financeiro, renda e trabalho. De modo geral, reconheciam, também, os impactos negativos da atividade sobre o meio-ambiente, a comunidade e a saúde das pessoas. O aumento no consumo de drogas ilícitas e de bebidas alcoólicas, juntamente com a proliferação das doenças sexualmente transmissíveis, a produção de lixo e a degradação ambiental foram os mais citados pelos jovens enquanto impactos socioambientais negativos. Estes fatores concorriam com os impactos positivos como o crescimento econômico da região, o intercâmbio cultural de conhecimentos e a formação de vínculos de amizade entre pessoas locais e de fora.

As narrativas desenvolvidas durante as entrevistas com os jovens ilustraram os processos de sociabilidade envolvendo a população das comunidades locais e a população turística em fluxo, que compõem o cenário do município pesquisado. Estes processos foram significados pela idéia de lazer compartilhado, amizade e trocas culturais:

É mulheres, é homens (os turistas)... Muitas coisas que eles trazem. Eles trazem também o conhecimento, eles trazem cultura. Troca de cultura também. Tem uns que é maneiro. Às vezes eles ficam na sua casa, o turista de fora, e ensina pra você alguma coisa, você vai aprendendo. E não sabe que leva da gente a coisa mais importante daqui também, pra lá: comida

típica, as coisas que eles falam: “Nunca vi, que lugar tão bonito, que comida tão gostosa”. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Por outro lado, outros significados da interação também se mostraram presentes, tais como: relação entre prestador de serviço e cliente e, algumas vezes, até configuraram situações de opressão-submissão, obtenção de vantagens e exploração, onde as diferenças étnico-raciais, de condição socioeconômica e de gênero davam o tom de eventuais conflitos e negociações.

Foram levantadas também as observações que os (as) jovens construíam a respeito da população turística que frequenta a região, constatando-se o reconhecimento por parte deles da diversidade de perfis de turistas que implicam distintos modos de atuação nas comunidades: variam em termos de padrões de consumo, de tipos de serviços de alimentação e hospedagem, os atrativos procurados, as atitudes para com as pessoas locais, entre outros:

Tem o turista que é aquele turista riquinho, que é tudo certinho, que é limpo no lixo. Tem aquele turista que é mais bagunceiro; tem aquele turista que não tá nem aí pra nada; tem aquele que enche a cara, que faz o que faz e não tá nem aí pra nada. E tem o turista que é mais família, que vem, gosta do lugar, fica, come, passa o dia... Tem aquele que fica aí uma semana, tem turista que vem aí e mora já, já passa a ser daqui, não quer mais ir embora. Varia muito. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

O cenário sexual apreendido a partir das entrevistas reflete noções construídas sobre as interações sexuais no Brasil, cuja identidade tem sido a de um país sexualmente desinibido (HEILBORN, 1999). Esta identidade é complementada por ingredientes que compõem, especialmente, as regiões turísticas litorâneas, como notou Heilborn (1999) sobre os modos de relações sociais envolvendo o uso dos corpos na capital carioca, influenciados pela sociabilidade à beira-mar, o clima tropical e quente que estimularia o despojamento e a

exposição dos corpos nas praias, criando um ambiente de sedução. O cenário da localidade estudada, além dos elementos acima, mostrou-se composto também pelo desejo dos contatos inter-raciais e entre pessoas de nacionalidade distintas, por vezes mediadas por estereótipos: *o gringo, a mulata, o negão*. No cenário, observamos a “paquera regada às bebidas refrescantes”, como a cerveja e a famosa caipirinha, pela música, pelo saboreio das comidas típicas e visitas aos atrativos naturais e culturais. Vale destacar que as drogas ilícitas também se impuseram significativamente na sociabilidade.

Neste cenário se estabeleciam as trocas sociais e as trocas sexuais, envolvendo construções identitárias e expectativas mediadas pelas diferenças entre os atores sociais: de idade/geração, de classe social, raça/etnia, gênero, nacionalidade, local de origem, orientação sexual, entre outras. Muitas vezes, nas situações de conflitos relatadas, se destacava o tom mercantil das relações de modo que o “dinheiro do turista” ou o que este podia proporcionar também se inseria na lógica do cenário sexual. As “moedas locais”, desde os atrativos culturais e naturais até a sexualidade e os corpos investidos de significados, também mediavam as trocas sexuais.

A praia, a cachoeira, a trilha, a travessia de barco, o bar, a pousada, a barraca do camping, o forró, a balada foram recorrentes como locais para as *cenas afetivo-sexuais* descritas pelos jovens moradores das comunidades da região litorânea estudada. Foi possível construir um panorama acerca dos elementos da cena – tempo/espço, atores/ personagens, ação/ enredo – e refletir de que modo estes elementos estavam imbricados com o cenário sociocultural do turismo. Os aspectos do cenário sexual – que integra o cenário sociocultural – se mostraram fundamentais de serem identificados e decodificados no planejamento das ações de prevenção em saúde sexual em contextos turísticos.

5.2) Perfil da juventude entrevistada

Os resultados aqui apresentados referem-se às entrevistas com **doze jovens**, dois quais **seis mulheres** e **seis homens**. As idades das jovens variaram de 17 a 22 anos e dos rapazes de 21 a 24 anos.

No caso das garotas, duas auto definiram-se como brancas e quatro como negras. Quatro concluíram o ensino médio, uma concluiu o ensino fundamental e uma ainda cursava o ensino fundamental. A respeito da condição profissional e inserção no mercado de trabalho, duas atuavam sob o regime da CLT²¹ - como professora e recepcionista; uma jovem trabalhava na pousada de sua família; outra fazia atividades de artesanato junto à comunidade do quilombo onde residia com familiares; outras duas jovens mencionaram realizar atividades ligadas ao turismo (artesanato, recepção ou camareira de pousadas, atendentes de bares e restaurantes) em época da temporada do verão e feriados, de modo informal e no momento não possuíam nenhuma fonte de renda estável.

O critério de escolha para inclusão das jovens no estudo foi o fato de terem participado de um curso de formação profissional em monitoria ambiental²². Entretanto, chamou a atenção o fato de que nenhuma delas se identificou profissionalmente como monitora ambiental em exercício de atividades como condução de turistas em atrativos naturais e históricos ou educação ambiental. Diziam ter feito o curso e de modo muito incipiente exercido alguma destas atividades. Um aspecto considerável que expressa a dimensão de gênero na conformação do mercado de trabalho diz respeito ao fato das mulheres e homens entrevistados terem referido mais entraves às mulheres no exercício da monitoria ambiental em função de terem força física inferior à dos homens, o que as deixariam menos aptas à condução de grupos em atividades de ecoturismo que exigissem força e resistência muscular,

²¹ Com carteira assinada, segundo a Consolidação das Leis Trabalhistas.

²² Curso oferecido em 2004, por meio de uma parceria entre Instituto Ing-Ong de Planejamento sócio-ambiental, Associação Cairuçu e Reserva da Biosfera da Mata Atlântica, quando foram formados 53 monitores ambientais, que deram início a uma associação local de monitores ambientais.

eventualmente para executar algum socorro ou salvamento. Outro aspecto, relacionado ao anterior, é que pela questão da condição física “inferior”, tanto elas como os rapazes diziam que as mulheres despertavam menos confiança e sensação de segurança nos turistas para deixarem-se conduzirem em trilhas e travessias de barcos. Às mulheres foi associada a habilidade para trabalhos de educação ambiental com crianças, possivelmente, pela associação entre universo feminino e o cuidado da infância. Outro aspecto pesquisado foram as influências religiosas que, entre as mulheres, de modo equilibrado, se dividiram entre o catolicismo e as correntes evangélicas. Acerca do estado civil, a seis informantes eram solteiras e não tinham filhos. Somente uma delas não era nascida na região, mas já residia no município há mais de cinco anos.

No caso do grupo masculino (seis jovens), a auto-identificação de cor variou entre: branco (dois informantes), pardo (três informantes) e negro (um informante). Quatro concluíram o ensino médio e dois relataram não terem concluído o ensino fundamental. Quanto à condição profissional e inserção no mercado de trabalho, um atuava sob o regime da CLT em atividade administrativa; dois se identificaram como barqueiros e/ou pescadores; um disse viver de “bicos”, incluindo atividades pontuais como monitor; um atuava em pousada e camping de sua família e também se reconhecia enquanto monitor ambiental; por fim, outro jovem se definiu como monitor ambiental e como uma liderança da comunidade que buscava ocupar funções representativas da sociedade civil em instâncias de controle social das políticas públicas: Conselho Municipal de Assistência Social e Conselho Tutelar. As influências religiosas foram semelhantes às das mulheres e assim como elas, somente um deles não era nascido na região, mas já residia na cidade há mais de cinco anos. Cinco dos jovens eram solteiros e um deles se definiu como “morando junto”, o único que declarou condição de paternidade, fruto do atual relacionamento.

Chamou a atenção o fato de que, embora tivessem razoável nível educacional (a maioria, oito do total de doze, com ensino médio completo), somente três jovens estavam inseridos no mercado de trabalho formal, dos quais uma mulher e um homem trabalhavam em uma organização do Terceiro Setor. Esta era mantida por moradores de um condomínio residencial de alto padrão que tem por prática promover, dentro de suas possibilidades, a inclusão em seu quadro profissional de jovens moradores locais de baixa renda. Confirma-se, portanto, a considerável dificuldade de inserção da juventude brasileira no mercado profissional (CALAZANS, 1999), o que também pôde ser observado no segmento estudado neste município. Na maioria das narrativas o reconhecimento da condição social e profissional foi permeado pela expressão “a gente faz de tudo um pouco” ou “faço uns biquinhos”, como possibilidades únicas ou adicionais a alguma atividade considerada principal para a obtenção do sustento.

Notou-se que os (as) informantes residiam com a família de origem, exceto o jovem que se tornara pai recentemente, o que de certo modo garantiam os recursos de moradia e alimentação e a manutenção do estado civil solteiro, embora sem independência financeira, conforme o relato de um rapaz de 24 anos, pescador, que trabalhava na temporada fazendo travessia de turistas em seu barco:

Trabalhamos com a pesca. E baixa temporada é assim, o que a gente tem a gente ganha com a pesca. E alta temporada a gente deixa a pesca um pouco de lado e vai trabalhar com turismo que tem mais, mais... recurso, né? Eu moro com a minha mãe, com meu pai, com minhas irmãs, ainda não tenho casa própria (risos), moro com a família ainda, né? Não sou muito independente ainda apesar de ter quase 25 anos já. É isso aí cara (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, pardo).

Aqueles que juntamente com familiares ou sócios conseguiram montar negócio próprio, como pousada e camping, demonstraram possuir melhores perspectivas de

profissionalização, renda e sustento próprio se comparados aos jovens que atuavam como barqueiros, por exemplo, ou em “bicos que aparecessem”. As entrevistas indicaram que os “bicos” ou mesmo as contratações formais no mercado das atividades ligadas ao turismo (bares, pousadas, restaurantes, lojas, etc.) pareciam mais disponíveis às mulheres. Os jovens do sexo masculino pareciam enfrentar mais dificuldades de prover o sustento pessoal.

Emergiu fortemente nas descrições das interações, a desigualdade social entre *os daqui* e *os de fora* no plano do acesso a bens culturais, educação e renda, portanto, no exercício dos direitos: as condições socioeconômicas da juventude das comunidades eram inferiores as dos (as) turistas. Os (as) jovens monitores ambientais entrevistados (as) pertenciam às populações tradicionais de caiçaras, ribeirinhos, quilombolas e camadas populares.

5.3) As interações afetivo-sexuais entre juventude local e turistas: gênero, cor/etnia, classe social e nacionalidade

Tanto as narrativas da juventude, bem como as observações etnográficas indicaram que as interações afetivo-sexuais são muito freqüentes, enquanto práticas sociais, entre a população jovem, moradora das comunidades, e os turistas, tanto homens como mulheres, sejam eles, também, jovens ou em idade adulta (acima de 24 anos).

A descrição de um rapaz – quando lhe perguntamos se “rolavam” relacionamentos entre o “pessoal de fora”, como eles costumavam se referir ao turista, e as pessoas da comunidade, “as pessoas daqui” – revelou como o freqüente se transforma em “natural”.

É a coisa mais normal do mundo (moradores se envolverem afetivamente com turistas), encontrar em qualquer praia, (...) em qualquer lugar você encontra a pessoa e vai conversar. Uma coisa natural do ser humano entre um homem e uma mulher e, não, por ser turista (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo).

Além do “ficar”, da paquera e da prática do sexo, também foram muitas as menções sobre casamentos, formações de famílias, casais que “juntaram”, “caiçara que fez filho na turista”, “turista que engravidou a menina daqui e foi embora” etc, indicando diversas interações no cenário da sociabilidade e das trocas afetivas.

Um aspecto bastante citado como justificativa, principalmente pelas mulheres, foi o fato de que dentro das comunidades há uma familiaridade muito grande entre as pessoas, inclusive com vínculos de parentesco, de modo que relacionar-se com alguém de fora é uma alternativa para a ampliação da rede pessoal:

Hoje a maioria daqui namora pessoas de fora, eu mesmo, eu moro aqui e o meu namorado em São Paulo. Pra uma caiçara é mais fácil namorar uma pessoa de fora, que vive aqui, do que um caiçara que cresceu junto. Esse relacionamento entre eles é mais entre o pessoal da igreja, eles se casam entre eles, até entre primos. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

A resistência dos rapazes ao relacionamento fixo com moças locais pareceu menor do que a delas em namorar e casar com um caiçara. Para os homens, as mulheres locais são mais associadas com o rótulo de *mulher de confiança* do que as turistas, o que talvez se relacione com preceitos de uma cultura tradicional e machista onde predomina a idéia de buscar uma *moça de família* para constituir matrimônio. Para as mulheres, o estímulo social é que encontrem um *homem de posição*, que pode ser representado pelo turista de bom poder aquisitivo e nível sociocultural.

Embora não tenhamos nos debruçado sobre a singularidade na construção de relações mais duradouras e “fixas” entre um jovem ou uma jovem local e um parceiro ou parceira turista, aprendemos com os informantes que, na maioria das vezes, estes relacionamentos

“fixos” se iniciaram a partir da sociabilidade entre as pessoas moradoras da região e àquelas que vieram a passeio.

Se pudéssemos nos utilizar de uma metáfora, as *cenas* que levantamos são da ordem de uma fotografia e não de um filme, o qual tem uma perspectiva longitudinal, ao contrário da primeira. Por serem jovens, as experiências sexuais não remeteram a um passado distante e estavam em pleno exercício no presente.

Das narrativas jovens emergiram as *trajetórias sexuais femininas e masculinas* (HEILBORN, 1999) em desenvolvimento, ou seja, durante a fase da “vida vivida” no presente, ou em um passado recente. Como apontam alguns autores, estas trajetórias são mais “descompromissadas”, constituindo-se como iniciação fora da lógica da conjugalidade, ou seja, como “treino” e experimentação, ancorados na noção de fases das trajetórias de vida (LHOMOND, 1999; LEAL e FACHEL, 1999; MONTEIRO, 1999).

Os namoros de verão, aqueles que não sobem a serra ou o altar, as “ficadas”, o sexo casual e as abordagens de aproximação e paquera, no cenário das comunidades anfitriãs, foram nossos “eventos” fotografados, para que pudéssemos investigar os aspectos construtores da vulnerabilidade às DST/Aids, mercado do sexo e gravidez não planejada neste tipo de parceria, entre a juventude local e a população visitante, jovem e/ou adulta.

O perfil dos turistas que vão ao litoral sul do Rio de Janeiro mostrou-se de nível socioeconômico elevado, tanto no caso dos estrangeiros como os brasileiros. Isto contribuiu para a construção de um cenário de relações fortemente marcado pela desigualdade entre os dois segmentos populacionais – moradores e turistas – no acesso à renda, aos bens culturais, de lazer e consumo, bem como aos direitos como educação, trabalho e renda. É o que indicaram os depoimentos abaixo, respectivamente de um rapaz e de uma garota:

Parei de estudar lá na sétima série. Porque estava em construção a casa, então muito trabalho. Chegava da escola umas duas horas da tarde e quando

saia pra escola era umas seis horas da manhã, chegava umas duas horas da escola já emendava no serviço, acordava cansado no dia seguinte pra ir pra escola. Cansado, muito cansado, aí já... Tinha dia que eu nem acordava, aí, nem... Eu era pedreiro, era servente de pedreiro (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, pardo).

Ah, é legal, é boa (a vida onde ela mora, numa praia na região rural, onde não há acesso por estrada), só que falta muita oportunidade também, de trabalho, de estudo, de... Ah, deixa eu ver... Ah, mas é legal. A gente vive bem, só o que falta mesmo é estudo, oportunidade de o pessoal estudar... Que aqui, termina a 5ª série, ninguém vai mais pra escola, isso é um absurdo. Porque é falta de oportunidade também do pessoal ter um... Sei lá, se tivesse uma estrada, talvez o pessoal, as crianças iam estudar” (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra, moradora de uma comunidade cujo acesso ao centro é somente por trilha).

As desigualdades socioeconômicas entre moradores e turistas interferiam na esfera das suas práticas. A escolha pelo sexo seguro – de negociar o uso do preservativo – em tensão com a idéia de correr risco, contrair HIV ou fazer um filho, - é perpassada por um universo de valores, desejos e expectativas relacionadas ao lugar dos sujeitos na estrutura social e de classe. A relação com o “outro” muito distinto é relevante para se compreender escolhas e decisões, sejam elas conscientes, ou não. Deste modo, classe, gênero, raça e nacionalidade mostraram-se categorias fundamentais e imbricadas na construção da sociabilidade e das vulnerabilidades aos agravos em saúde, como veremos mais adiante.

(...) Eu não tenho namorado lá (na região urbana) e nem aqui também, né? (na praia onde ela mora). Homens daqui, assim, eu não fico. Eu costumo mais ficar com cara de fora mesmo, assim, né? Porque, sei lá, não me interessa nenhum caçara daqui, não me interessa assim... de ficar. Já fiquei, assim, mas... Não de querer casar, de ter filhos aqui, não sei. (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

A mesma jovem que achava sua comunidade “sem oportunidades de estudo” fazia planos sobre com quem casar e ter filhos, com “homens de fora”, planos estes, norteados por valores e que se relacionavam com o rumo de suas trajetórias sexuais (HEILBORN, 1999, 2006) a fim de concretizá-los.

Na fala de outra jovem acerca do envolvimento entre moradores e turistas, destaca-se o significado positivo das trocas culturais e abertura de horizonte para novas experiências. Entretanto, há a conotação de que a vida local guarda restrições e menor status, se comparada à vida nas capitais ou cidades metropolitanas.

Eu vejo isso como uma coisa boa. Eu acho legal, que é uma oportunidade para as pessoas que moram, ficam só ali naquele mundinho, só ali, só vivem ali, acabam passeando, trocando passeio. “_ Eu vou morar na sua casa, você vai na minha”. Você conhece minha família, totalmente diferente da sua”. Acho legal, eu acho bom (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

Na visão masculina, um jovem nos deu um panorama da “azaração” entre a juventude da comunidade e a juventude que visita as praias da região:

É o que mais rola... (...) A gente brincava que era a temporada da caça. Então você ia pra balada, e você ia "catar" várias. Não tinha essa, rola tanto do cara, do caçara que vai "catar" a gatinha que tá vindo, quanto da caçara que vai “catar” o gatinho que tá vindo, isso rola muito (...). Por isso a gente brincava que era a temporada da caça, porque na baixa, não vem turista (...), na baixa todo mundo se conhece, rola uns casinhos aqui, uns casinhos ali... mas na temporada são as mais gatas...muita mulher, (...) muita mulher bonita brother, você se joga, você se acaba, você hoje está com uma... Tinha noite que eu... tinha noite que eu catava uma aqui e rolava um sexo e de ficar com ela a noite inteira, mas tinha noite que eu catava uma aqui, rolava um sexo e desbaratinava e ia pra balada de novo e... outra, e assim era, como também tinha noite que você passava em branco, lógico, mas rola esse movimento

forte, é constante (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo).

De modo geral, o que se pôde apreender é que os homens jovens tenderam a descrever as interações afetivo-sexuais entre eles as turistas em um cenário de “curtição”, cujas referências são “as baladas” nas praias, “os forrós” e os bares. Os contatos afetivo-sexuais pareciam ter uma conotação mais efêmera, sem projeções futuras e sim segundo a idéia de viver o presente, curtir os momentos de prazer com “a gata”, ou “a mina rica”, o que se constituía como afirmação da masculinidade, na idéia do “caiçara catador”.

Várias turistas. Eu sou sossegado de mulher, não dou em cima, espero acontecer. Se não tá dando mole, aí eu chego em cima: “_ Meu cê é mó gata, dá pra gente conversar, tomar uma cerveja?”. A gente vai se conhecendo... Interessar eu me interessei, só que é muito rápido. De um dia pro outro, você vê, a pessoa já tá indo embora. É coisa assim do dia a dia. Agora, turista se interessar por mim, muito já se interessou. Não sei por quê. Acho que por causa do lugar também... Tem turista que não quer ir embora, gosta do lugar, ela quer colar em alguém do lugar, que tenha casa pra ficar, entendeu? (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Apareceu como aspecto de auto-afirmação a capacidade de despertar o interesse das “meninas de São Paulo” pelo fato de “ser um caiçara”. A identidade como caiçara e monitor ambiental foi reconhecida pelos homens jovens como aspecto inerente ao interesse das mulheres por eles, calcado na noção de virilidade, onde o porte físico do tipo atlético tem efeito atrativo e de sedução:

A pessoa que mora aqui é bem vista. Eu acho assim que a mulherada tem uma boa visão do pessoal que mora aqui, porque mora aqui, faz ginástica, pega uma praia, surfa, nada, como também tem muitos jovens que fazem isso. As meninas vão observar o cara, vai se sentir atraída pelo cara, e sempre acontece isso nos forrós que acontecem aqui, no reggae, isso aí é

comum acontecer. Já aconteceu comigo também de ter uma relação sexual com uma menina de fora, isso aí é inevitável. (...) Então, a interação onde rola mais forte com a galera, onde acontece isso aí, é no forró mesmo (...). É onde a mulherada cola, eu sei dançar um forrózinho, muitos sabem dançar forró também, é uma forma de chegar na mina: “_ ô colega, vamos dançar um forró e pá”, aí se ela falar que quer, demoro! Mas se ela não quiser trocar idéia com você, ou você insiste ou já nem liga mais pra ela, porque ali o forró é pra galera se encontrar pra se conversar, ali que rola mais. (...) A galera dá um role à tarde, visualiza, “urubuserva” a galera, aí depois a noite já tem em quem investir. (jovem do sexo masculino, 21 anos, ensino médio completo, pardo)

A marca desse padrão de cena afetivo-sexual, a paquera durante as tardes, é permitir aos atores que se reconheçam: o clima é de investigação, sondagem, procura, troca de olhares e contatos mais superficiais. É a noite que a aproximação e o contato corporal entram em cena, cenas que acontecem com mais frequência na praia, onde acontecem o “forró” e o “reggae”.

Outro palco e ambiente para a cena sexual muito citado foi “a trilha”, o momento em que o jovem ou a jovem estivessem acompanhando grupos de turistas. Costumavam, segundo eles, acontecer “cantadas” e, geralmente, o jovem monitor era o alvo principal.

Vocês tá guiando, levando pros picos mais loucos, os lugares mais diferentes, dependendo do grupo só você mais as meninas. Rola o assédio com certeza! Todo o grupo a mulher quer sair com o guia, com o bombeiro, com o motorista, porque ele é o único, né? Gente do grupo... Tem um monte de homem junto também, mas o motorista só tem um, o guia só tem um, o segurança só tem um. Quem sair com ele é aquela coisa, né? Pra que eu vou ter um fusquinha se eu posso ter um carro melhor? A pessoa quer mostrar o que tem, não é só ter. Porque os dois carros te levam aonde você quer chegar, só que um te dá mais status e mais conforto com certeza, né (risos)? (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo).

As concepções expressas pelos rapazes sobre o desejo e interesse feminino pareciam se organizar e acirrar-se em termos de posição social (papel) e as associações “bombeiro”, “guia”, “motorista”, “carro melhor” são emblemáticas dessas noções.

Nas narrativas masculinas pouco apareceu acerca da motivação pelo casamento e constituição familiar com as garotas turistas; em algumas delas apareceu resistência a esta possibilidade. Nos relatos destacaram-se as experiências de “ficar” com várias jovens, sem a lógica de estabelecimento de um compromisso com alguém específico:

As pessoas que eu fiquei assim eu não fiquei muito tempo não. Às vezes um dia, às vezes dois, às vezes três, às vezes você fica com ela em um dia, aí alguns dias você não vê, ela vai ficar um tempo aí, aí você vai ver depois de uma semana. Isso acontece. Mas marcante mesmo, nada que me marcou forte não (risos), só passagem (...) nunca namorei com uma turista, e nem quero namorar. Você acha que eu vou namorar com uma turista sem saber do cotidiano dela, da vida dela, lá onde que ela mora? Sem conhecer os pais... sem conhecer a vida mesmo dela, porque sou mais casar com uma caçara, onde eu posso saber da vida dela, dos amigos, da família toda. Sei o que ela aprontou, o que ela não aprontou. Com quem que talvez ela se relacionou, com a vida íntima dela. Eu sou mais é ficar com uma caçara do que com uma de fora. De fora é uma coisa mais passageira (jovem do sexo masculino, 21 anos, ensino médio completo, pardo).

Como se pode ver para os homens a idéia do casamento associa-se à procura de uma “mulher boa”, isto quer dizer, conhecida, para que se possa avaliar se os “fatos” de suas trajetórias sexuais fazem dela “confiável” ou “promíscua”. Pareceu baixa a motivação dos homens jovens caçaras em estabelecer relações mais compromissadas e duradouras com as mulheres turistas, são “desconhecidas, sabe-se lá o que fazem onde moram”, embora os entrevistados citassem alguns casos. Quando esta motivação apareceu estava atrelada ao relacionamento com mulheres estrangeiras, visando, pela via do “engravidar a mina”, ir “fazer a vida” em um país estrangeiro.

Muitos se especializaram, treinaram, esperaram a hora certa, fizeram filho numa gringa, e foram pra fora do Brasil. Tão bem morando lá. Galera da capoeira, galera que fazia a parte mais de esportes também, porque é até mais fácil lá fora fazer alguma coisa. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo).

No caso das mulheres jovens, o cenário predominante também foi o da paquera em contextos de lazer, entretanto, apareceram com mais intensidade do que nas narrativas masculinas, reflexões acerca da expectativa de se construírem laços mais duradouros. Observou-se a introdução da figura do turista nos planos afetivos e conjugais – como é o caso das jovens cuja preferência era por se casarem e terem filhos com *alguém de fora*, em detrimento de *alguém daqui* – sempre em tensão com o risco do relacionamento “não rolar”.

Embora as jovens reconhecessem a dificuldade do “namoro subir a serra”, o desejo foi explicitado, inclusive atrelado a certa dose de sofrimento diante de expectativas ou experiências frustrantes, ou de relacionamentos que se mantinham por certo período, porém, com o tempo a “distância atrapalha”, levando à interrupção do contato. O depoimento de uma jovem que relatou inúmeros envolvimento afetivos com rapazes *de fora*, inclusive um namoro de quatro meses, revelou uma mudança gradual de pensamento acerca deste tipo de parceria afetivo-sexual.

Na verdade, eu nem gosto mais de ficar com turista, sabe? Eu acho totalmente ruim, porque ele vai embora, muito ruim. A não ser que a gente se goste e a gente... Mas não dá pra ficar com turista (...). É difícil, não dá. Tenho evitado muito. Pra mim, não dá. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

A dimensão de classe, materializada no encontro com alguém *de fora* que é *mais rico*, tem mais *oportunidades de vida*, apresentou contornos distintos nas narrativas femininas e masculinas.

Para as mulheres predominava a idéia de “aproveitar” o contato com turistas homens para acessar bens de consumo e situações de lazer/prazer, não necessariamente dinheiro: “é pra receber outras coisas, as meninas não é tanto por dinheiro não. É mais pra outras coisas mesmo (...) ganhar uma roupa, comprar uma roupa na loja, ganhar de presente.”

Mas, eu prefiro me envolver com os turistas de (nome da cidade, região urbana, onde se concentram os turistas de maior poder aquisitivo) que são gringos, são bem interessantes; de pagar todas, de chamar a gente para ir nas ilhas, no outro dia passear de barco, isso a gente faz muito. Nossa, a gente conhece muito gringo aqui (...)! E eu... A minha irmã então, louca por gringo. A gente adora conhecer eles (...) (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

Diferentemente das mulheres, o acesso aos bens de lazer, ou planos de namoro e casamento não se mostraram, como aspectos fundamentais, do interesse dos homens jovens pelas mulheres turistas da mesma faixa etária, sejam brasileiras ou estrangeiras. Em lugar deste, apareceu com intensidade a valorização social da capacidade dos rapazes em introduzir a “menina urbana” em outros contextos de lazer distantes do *mundo dela*. Isto pareceu associado à afirmação da masculinidade na lógica do “catador” ou do “provedor”, como um elemento de sedução e conquista que se ancorava no *script masculino* de proporcionar situações e experiências prazerosas às mulheres.

Se as mulheres jovens locais - e os próprios homens jovens locais - significavam o turista masculino como aquele que proporciona, pelo alto poder aquisitivo, prazeres cobiçados e caros às mulheres das comunidades, a mesma lógica do “homem que banca”, “o provedor”, tangenciava a identidade masculina dos homens jovens locais. Entretanto, o que eles podiam

oferecer às mulheres turistas não eram bens “compráveis” e caros, mas sim, de caráter anfitrião. A maneira de seduzirem e de se deixarem seduzir, no caso dos homens caiçaras tinha a ver com atividades ligadas ao cenário e à cultura local, como levá-las para pescar, ir às cachoeiras ou aos atrativos locais mais pitorescos:

Se você leva uma turista para ir pescar, uma coisa que você faz desde criança (...) ela nunca mais vai esquecer. O outro pode até ter dinheiro, comprar roupa cara pra ela, mas eu conheço todo mundo da cidade. Eu vou levar ela na casa da tiazinha pra tomar um café com bolo, pra comer uma coisa simples, e ela vai gostar muito mais do que levar ela num restaurante pra comer um filet mignon. Isso ela come na cidade dela (...) (jovem do sexo masculino, 24 anos, pardo, ensino médio completo).

A fala de outro jovem sobre o local onde se deu sua última relação sexual com uma turista também jovem demonstra que o *palco da cena sexual* tinha significado atrativo para quem *é de fora* e deu um “clima” diferente para o encontro.

Foi legal, foi no sítio do meu avô, no morro, tinha aquela visão Foi com uma turista sim, uma pessoa de fora. Eu chamei ela para ir pra lá, ela falou que gostava de pegar umas trilhas, fazer umas caminhadas, e ela foi lá pra cima comigo, e aí aconteceu (jovem do sexo masculino, 21 anos, ensino médio completo, pardo).

Acerca da categoria cor/etnia é importante destacar que esta apareceu como estruturante das relações heterossexuais e homossexuais, articulando gênero e nacionalidade. A negritude da mulher brasileira, com todos os significados associados: “mais quente”, com “mais gingado” é tida como atributo que atrai, “fascina”, “pira” o turista estrangeiro, caracterizado pela branquitude, e por ser meio “bobão”, interessado em “gastar a maior grana” sem se preocupar, para viver situações prazerosas na companhia de uma “bela mulata”.

Foram também freqüentes as menções ao interesse de homens gays, principalmente estrangeiros, que viajam na região dispostos a abordar e se relacionar sexualmente com os homens caiçaras, se necessário for, pagando por isto, principalmente aos jovens negros.

Em menor freqüência, mas também presentes foram referências às mulheres turistas mais velhas, as “tias”, brasileiras ou estrangeiras:

(...) as gringas ficam tudo em cima dos barqueiros, que a mulherada... (...). Ah, o pessoal lá do cais que trabalha com barco, com frete, turismo. Eles pegam as meninas pra sair, e a mulherada fica tudo em cima, aí já fica com as turistas, já rola altas... Rola, nossa! Muito. Mais as gringas (do que as brasileiras) (...). Cê já vê que ele saiu num barco com a gringa, à noite ele já vai estar na praça com ela. Vai colá lá... (...) Ainda tem todo um estilinho, a sunguinha, um chapeuzinho de palha, corpão estufado... Principalmente os barqueiros, que têm o barco sozinho, sabe? Trabalha sozinho... (jovem do sexo feminino, relatando sobre suas observações)

As “tias” foram descritas como as mais dispostas a pagarem pelo sexo ou a proporcionarem situações como hospedar-se no hotel com elas ou sair para jantar. Já as “turistinhas” ou as “turistas gatinhas”, como se referiam às mulheres adolescentes e jovens, pareciam mais interessadas em ter um namoro de verão, compartilhar momentos, trocar cultura, enfim, “curtir junto”.

A negritude do caiçara também se mostrou com valor simbólico dentro da sociabilidade e das trocas sexuais. Além do porte atlético, ser negro corrobora a imagem de virilidade e exotismo, que se transfigura em erotismo, na relação do jovem caiçara ou jovem monitor, com turistas homens ou mulheres. Estes foram descritos, de modo geral, como brancos, e de status social elevado.

Nas abordagens que os turistas fazem, pela via da oferta financeira em troca de sexo com jovens caiçaras, no tradicional “programa”, o fato de o jovem ser negro constituía-se

como um atributo “a mais”. Segundo os relatos, a negritude era um atributo valorizado por turistas homens gays mais velhos, brasileiros e, principalmente, estrangeiros.

Eu já fui chamado pra fazer programa sim. Ele ia me pagar... um cara lá da Bélgica, um gringo, com um pedaço de terra aqui (...). Então ele tinha um galpão enorme, e tem um alambique, então ele me convidou né? Quando ele tinha um barco, o bar dele tava alugado, ele sempre ia lá pra tomar cerveja, então ele tinha uma mulher muito gostosa (...). Então ele, assim, ele gosta da nossa cor, então: “ Nossa pretinho, gostei de vocês, vamos lá tomar uma cerveja”. Que ele também era boiola. Aí rolou uma música, rolou uma lambada e eu sei dançar uma lambada, aí ele assim: “ Você dança lambada?” “ Danço”. Aí ele falou assim: “Você dança lambada safada?” “Danço”. “ Então dança com a minha mulher”. Aí eu dancei, ralei, ralei, sarrafei, sarrafei, sarrafei pra caramba. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

5.4) A mercantilização do erotismo e da sexualidade

Nas narrativas foram expressas muitas interações entre as pessoas *da daqui* e as *de fora* caracterizadas pela tendência à mercantilização das interações sociais; a dinâmica da circulação, oferta e procura incorporava, também, as trocas afetivas, a paquera, o erotismo, em suma, o universo da sexualidade. Entretanto, não era necessariamente a mediação financeira, na forma tradicional do cobrar pelo “programa” ou pagar pelo programa que prevalecia e radicalizava o tom mercantil da relação. A introdução de outros bens na dinâmica das trocas, ou seja, outros tipos de “moedas”, ligadas ao poder de consumo, bem-estar e ao lazer/prazer, de algum modo imprimiam uma sutileza, camuflando o que seria uma relação estritamente comercial.

Teve os condôminos lá de (nome do condomínio mais luxuoso da região) que já chamaram a gente para passear com eles, de lancha. Só que eu acho

que eles queriam em troca, ficar com a gente. Dar o passeio para a gente e, chegando lá, a gente tinha que ficar com eles. A gente falou: “Ah, vamos passear de lancha”. A gente cresceu o olho, de lancha, tal, tal. Só que chegando na lancha, eles queriam fazer parzinho. [riso] A gente acabou fazendo parzinho com eles. E eles também eram bonitos. Mas é que foi uma situação boa, a gente passeou e acho que a gente fez parzinho com eles, [riso] porque eles queriam. Eles foram com essa intenção, e nós com a intenção de passear. Chegando lá... (...) Eu acho que se a gente não quisesse ficar, eles iam voltar. (...) Tinha alguns que queriam só ficar, mesmo, mas tinham alguns que queriam amizade. Depois, eles queriam saber se tinham outras amigas, que apresentasse. Mas tinha alguns que queriam ficar mesmo, não queriam saber. (jovem de 21 anos, sexo feminino, ensino médio completo, branca)

Quando pedimos que nos contasse sobre a cena propriamente do primeiro contato delas com os jovens condôminos, ela descreveu em quais circunstâncias ocorreu a abordagem:

Nós estávamos na bóia, no mar, e eles chegaram: “_ Oi”. Primeiro chegaram dois, dois meninos. Estava eu e minha colega na água. Eles chegaram conversando com a gente. (Eles) dentro do barco, e a gente na bóia: “_ E aí, vamos dar um passeio, por aqui mesmo, rapidinho?” A gente foi empolgada, fomos lá passear de jet com eles. No passeio, eles combinaram com a gente: “_ Ah, amanhã a gente vem aqui com a lancha, a gente vai até o (nome do local).” “_ Vamos, topam?”. A gente: “_ Topa, topa”. A gente foi, falou com as nossas colegas e elas foram com a gente. No outro dia (...) eles foram na praia buscar a gente. (...) Chegaram oito (...). Chamei várias amigas, chamei sete amigas. (...). Depois a gente, até nesse dia, de dia, a gente foi só passear, mesmo. Só que já rolou querer ficar. Quando chegou à noite, eles fizeram convite pra gente passear de lancha à noite. (...) A gente topou. A gente ficou da noite até o outro dia. (...) Até o outro dia passeamos com eles. (...) É, a gente já foi combinado de ficar, entendeu? Cada um ficou com um: “_ Você traz tantos amigas que...” [risos] E a gente foi, cada uma ficou com um. (...) Acho que foram doze, é doze, porque era uma lancha enorme. Era de noventa pés. (...) Eles eram tudo de São Paulo, Santos. Mas todos bonitos, com aparência boa. Eles começaram a contar vantagem, que os pais deles eram donos disso, donos daquilo. Só que a gente não estava nem aí, a gente

estava a fim daquele momento, e...[riso]. Só que depois (...) eles foram até a nossa praia, acampar. Virou tipo uma amizade. Na mesma temporada. Eles..., ao mesmo tempo, que eles quiseram um passeio em troca de ficar, rolou um querer de amigo. Eles viram que a gente tinha muito mais amigas, muito mais colegas. Rolou um... No Reveillon eles começaram a chamar a gente para passar o Reveillon com eles, a gente não quis. Uns vieram para passar o Reveillon com a gente. Aí formou uma... É, uma amizade, um vínculo. (...) só aquele momento mesmo, depois acabou. (jovem de 21 anos, sexo feminino, ensino médio completo, branca).

Entre as experiências relatadas pelas jovens nas entrevistas observou-se, portanto que a tendência à mercantilização contemplava nuance, de modo que as interações entre as pessoas *da daqui* e *as de fora* foram descritas como amistosas e prazerosas, mas também como mercantis, “interesseiras”, com intenções prévias. Oferta-se alguma coisa que guarda em si um valor social, como um passeio em uma “lancha de noventa pés”, entretanto, com a expectativa de obter um retorno, uma contrapartida, que pode ser o próprio comportamento das convidadas, ou seja, elas devem seguir o *script* e “formar parzinhos”. O relato da jovem expressa, inclusive, que em uma mesma interação, os significados podem variar, mudar conforme a duração e a frequência das interações entre os atores em um determinado tempo e conforme as atitudes entre as partes.

A mercantilização mostrou-se como algo incorporado, inclusive, no linguajar dos jovens moradores, mas não de modo maniqueísta, como um malefício causado exclusivamente pelos turistas. É interessante o linguajar “economês” utilizado por um dos informantes para fazer sua “análise de mercado” sobre as interações afetivo-sexuais nas comunidades.

Eu digo que acontece 100 % ! (envolvimento afetivo-sexual entre morador e turista). Eu digo que 100% têm a parte sexual, porque vamo botar os homens todos nas praias, eles têm o costume de namorar no inverno porque tem pouca gente, e no verão fica solteiro porque a oferta é muito grande. Todos

os caiçaras têm o costume de sair com as turistas, porque geralmente elas são mais bonitas, arrumadas que as moradoras locais. Além disso, a grande maioria vem procurando também isso, divertir, então seria até um absurdo se eles não se envolvessem. Um monte de gata, eles não vão ficar olhando os outros turistas saírem, né? Eles têm que ser pelo menos donos de 80% do mercado, e o que sobra é pro turista. (jovem do sexo masculino, 24 anos, pardo, ensino médio completo)

5.5) Juventude local e os (as) turistas estrangeiros (as): interesses mútuos

A presença intensa do turismo internacional fomenta a economia de modo mais intenso e traz conseqüências distintas acerca do seu impacto sobre a identidade da população local e sobre a construção das trajetórias afetivo-sexuais femininas e masculinas (HEILBORN, 2006).

Emergiu fortemente do material das entrevistas, o tema das interações afetivas e sexuais dos jovens de ambos os sexos com a população turística estrangeira, também de ambos os sexos, de modo que dedicamos ao tema algumas considerações específicas, retomando e aprofundando alguns aspectos citados acima.

Nas narrativas femininas, os turistas estrangeiros para “ficar” e “quem sabe namorar”, são aqueles “que são legais”, ou seja, seguem um determinado *script de gênero* comum a outros grupos (Paiva, 2000) onde há um rol de atitudes condizentes com a identidade de cavalheiro, homem romântico, provedor de “coisas legais”. Uma das jovens justificou o porquê do interesse dela e das amigas pelo turista estrangeiro, discorreu sobre o “pacote” de atrativos que é possível acessarem ao estar com eles, o que pode incluir mudanças radicais de vida. Em caso de sorte, pode-se ingressar em um relacionamento mais duradouro que represente uma mudança inclusive de local de moradia. Pareceu mais nítida a idéia de obtenção de benefícios mais concretos e duradouros.

Tem umas amigas que, nossa! Só fica, só se for gringo (...). Tem que falar enrolado (...) vai vê que é por que... Ah, elas gostam porque leva pra jantar... Talvez seja mais romântico né, toma bons vinhos. Talvez interesse de ir embora também, né?(...) Tive várias amigas assim que também começaram a namorar com gringo e foram embora. Então... A galera se ilude, né? (jovem de 21 anos, sexo feminino, ensino médio completo, definiu-se como “morena pra negra”).

Entretanto, no escopo das relações com turistas estrangeiros, observamos a polaridade entre o turista gringo *romântico e cavalheiro*, descrito acima e aquele que “não é legal” porque oferece dinheiro. Isto transpõe a cena de namoro/ romantismo para uma cena de mercado sexual, onde a jovem passa de namorada ou “ficante” à garota de programa, o que para a maioria das informantes não pareceu de acordo com o que almejavam para si:

Nossa! A gente conhece muito gringo em (nome da cidade)! E eu... A minha irmã então, louca por gringo. A gente adora conhecer eles (...). Têm uns que são legais assim, têm uns que nem são muito. E eles costumam oferecer dinheiro para ficar, sabe? (jovem de 20 anos, sexo feminino, 1º grau completo, negra).

Nas narrativas masculinas, a maioria dos jovens mencionou ser comum e freqüente receberem “cantadas”, serem paquerados, alvos da sedução das mulheres estrangeiras, além das brasileiras. A questão da cor/etnia inseriu-se com mais destaque nas interações com as primeiras, pois eles avaliaram que a negritude é mais exótica aos olhos das “gringas”.

Pelo olhar (...) você tá sentado, sossegado, já tem mulher que já vem: “Oi”. Já quer saber das coisas... Tá ali te seduzindo. Até que você faz um passeio com elas, já chega lá e... (...). Teve uma chilena... Aí chega (...) pra você: “Aí, gostei de você”. Você não sabe onde tem uma cachoeira? Uma ducha quente pra tomar uma ducha? “Eu pago, tal...” Eu falo: “Ah tem uma cachoeira por aqui, tal caminho... (...). Elas falam: “Ah, não, vamos lá comigo, eu posso me perder no caminho, tal, você é monitor”. Eu falei,

então vamos (...) (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

5.6) Vulnerabilidade da juventude ao mercado sexual

Os relacionamentos envolvendo intercâmbios de contatos corporais/ sexuais e bens de lazer e consumo não foram decodificados pela maioria dos entrevistados (as) como atividade de prostituição, programa ou serviços sexuais. Uma informante, no entanto analisou:

(...) Assim, eu acho que você gostar de gringo é uma coisa. Agora você, sei lá, querer uma troca para ficar com ele, já é uma outra coisa. Você gostar deles, porque eles são gentis, tudo bem. São uns caras bonitos, inteligentes. Mas a partir do momento que você aceitou uma coisa para ficar com ele, é diferente. Ah, eu acho que se envolve meio que interesse, é prostituição de uma certa forma. (jovem de 21 anos, sexo feminino, ensino médio completo, branca)

Segundo a classificação da maioria dos atores entrevistados (as), este tipo de troca estaria excluído do que convencionalmente chamamos de *mercado sexual*. Aproximaram-se de considerá-la prostituição, no geral, quando havia a mediação direta pelo dinheiro ou a abordagem fosse tão direta e explícita, na oferta de um bem não financeiro em troca de sexo, que chegasse a causar constrangimento.

Outro aspecto relevante é que o conjunto de informantes, ao descrever cenas de vulnerabilidade ao mercado do sexo, o fez segundo a ótica de quem havia recebido convites, propostas ou ofertas de dinheiro e outros bens. Nenhum sujeito referiu que a iniciativa de ofertar serviços sexuais partisse diretamente de si próprio, e sim do outro.

Vulnerabilidade feminina ao mercado sexual

Vejamos a cena relatada por uma jovem, vivida por ela e mais duas amigas, interagindo com um turista estrangeiro em uma “balada”.

A gente conheceu um cara que estava no (nome do bar). Ele estava lá. A gente passou e começou a paquerar ele. Ele veio conhecer a gente e ficou na dele. Ele pegou, veio e conheceu a gente. Chamou a gente para ir na pousada para tomar uma cerveja (...) A gente foi na pousada que ele estava ficando. Chegou lá, ele ofereceu dinheiro pra ficar com a gente! Ele ofereceu mesmo, assim na caruda (...). Na hora a gente tomou um susto, mas depois a gente levou como algazarra também, só para rir, e fomos lá, bebemos cerveja com ele, demos tchau e pronto. (jovem de 20 anos, sexo feminino, ensino fundamental completo, negra).

Pedimos que a informante relatasse com detalhe como os fatos se deram até o turista abordá-las e convidá-las para irem à sua pousada, buscando construir a cena mais densamente:

Ele achou que a gente era mulher de programa porque a gente estava paquerando e olhando ele sabe? E ele tava sozinho no bar, tava tendo um showzinho lá no bar e saiu pra fora e veio conhecer a gente. E chamou a gente. Não estava tendo muita coisa na cidade, balada, chamou a gente para ir na pousada, e a gente foi! Vamos, não é? Estava sozinho. Não era muito novinho não. Acho que tinha uns quarenta e poucos já, mais para coroa. Ele achou que a gente tava paquerando ele, nós três (entrevistada e mais duas amigas), ele achou que a gente queria, não sei, dinheiro... Ele achou estranho (que as três estivessem paquerando ele ao mesmo tempo). A gente queria mesmo conhece e leva ele pro barzinho, tipo, pagar, pagar todas pra gente. A gente queria mais isso mesmo, se aproveitar, e ele que se aproveitou da gente. Ofereceu lá um dinheiro: “pra ver se é isso que elas querem”. Ele falou que dava o dinheiro que a gente quisesse pra ficar com ele. As três juntas. (...) Tava a fim de pagar o dinheiro que a gente quisesse ele falou. Ofereceu dinheiro mesmo. (jovem de 20 anos, sexo feminino, ensino fundamental completo, negra).

No caso da cena acima, a reflexão da informante orientada pela idéia de que o ato de “cavar” um contato, por via da paquera, com o turista, no caso um estrangeiro na faixa dos 40 anos, para que ele “pagasse todas”, não foi reconhecido por ela como a oferta de serviços sexuais. Entretanto ela concluiu que foram interpretadas como “garotas de programa” devido à forma como interagiram com o turista: “paquerando” e “olhando ele”. Para as jovens, o que parecia motivar a interação era a idéia de tirar alguma vantagem a partir da presença deles na cidade, entretanto, ao ser interpretada como uma profissional em busca de cliente, a informante ficou desconfortável: “a gente queria mais isso mesmo, se aproveitar, e ele que se aproveitou da gente.” O tom mercantil da abordagem se explicita pela oferta de dinheiro para “ficar com as três juntas”.

Nesta cena e em outras narradas pelas jovens a diferença etária e de geração pareceu relevante quando ela diz: “não era muito novinho”, “já, mais para coroa.” As jovens pareciam “jogar” a seu favor com o significado cultural que tem “o coroa”, o “tio sukita”²³, de modo que se posicionavam mais como “espertas”, com a idéia de se “aproveitar deles”, já que “sabiam” que os “tiozões” costumam se interessar por jovens como elas, um *script sexual* associado aos homens na meia-idade. Isto contrasta com a interação que estabeleciam com turistas também estrangeiros, porém mais jovens, que adquiriam o status de possíveis futuros parceiros, em uma perspectiva de namoro e casamento.

Eu já conheci um suíço uma vez que se interessou bastante por mim. Trouxe ele pra casa outro dia. Depois saímos à noite. Outro dia ele veio aqui, ficou. Deixei o telefone aqui daí ele ligou pra cá e no outro fim de semana ele veio pro Rio, conhecer o Rio. E foi bem legal. Foi lá em casa. Gostou muito daqui. (...) conheceu minhas irmãs (...) tinha vinte sete anos. (...) ele falava português, espanhol. Bem verdade, ele era bem interessante. Só que de ficar, de namorar... Namorar, ah! Ia ser bem difícil... E, a gente passeou de barco outro dia com ele, não foi um barco só a gente, tinha um pessoal na escuna

²³ Uma gíria ou expressão que ficou conhecida a partir de uma campanha publicitária do refrigerante da marca sukita, onde um homem mais velho contracenava com uma jovem em uma cena de paquera.

(...). Uma semana em Parati e todo dia a gente se via (...) a gente não chegou a dormir junto não, mas rolou sexo sim. A gente usou camisinha. É diferente de ficar com brasileiro, porque eles são mais afetivos, bem mais carinhosos talvez, envolventes. Não sei. (jovem do sexo feminino, 22 anos, ensino médio completo, negra)

A idéia de “fazer programa” pareceu ser compreendida pelas jovens como atrelada ao desejo de consumo, o desejo de ter e utilizar certos bens:

Eu acho que acontece bastante (prostituição nas comunidades). Rola, porque do dinheiro. Às vezes a menina não tem trabalho, não tem pai ou a mãe que dá dinheiro, e ela precisa desesperadamente, porque ela viu uma coisa que gosta e ela quer, e ela fica pensando: “_ Ah, vou me prostituir, porque eu ganho dinheiro fácil” (...) tem uma menina que tem uma fama de que ela só pega dinheiro de velho pra poder comprar as coisas. Só que ela não é pobre. Ela tem pai, tem mãe, tem dinheiro. Só que mesmo assim, ela quer algo mais do que a mãe e o pai podem dar, então ela se prostituiu. (jovem de 21 anos, sexo feminino, ensino médio completo, branca).

5.6.1) Vulnerabilidade ao mercado sexual envolvendo circulação internacional de mulheres

Foram citadas com frequência pelas jovens, experiências relacionadas a convites para viverem e trabalharem em países estrangeiros, algo almejado e valorizado por elas quando acreditavam que realmente trabalhariam em casas de família, cuidando de crianças ou em restaurantes. Estes relatos estavam associados a sentimentos de euforia diante da possibilidade, mas também com receio e insegurança quanto à veracidade do que lhes fora prometido. Citaram que as propostas geralmente partem de homens brasileiros que residem na cidade, entretanto, costumam vir de fora, são donos ou trabalhadores de hotéis ou bares e

mantém relações de sociabilidade com turistas estrangeiros; houve relatos de convites feitos também por homens estrangeiros.

Uma vez também eu conheci um italiano, que, ele me chamou pra trabalhar na casa dele, que eu ia ganhar um bom salário e falou que vinha aqui conversar com os meus pais pra mim ir . Mas só que eu não me interessei porque ele não era uma pessoa confiável (...). Eu achei que ia chegar lá e ia ser diferente. Ao chegar lá, eu não ia trabalhar na casa dele, seria outra coisa, eu desconfiei. Eu desconfiei que ia chegar lá e fazer de tudo. Escrava sexual dele sabe, de ficar na casa dele. Eu desconfiei, não quero. A fama dele era de ter mulheres, que ele faz programa com mulheres (...). (jovem de 20 anos, sexo feminino, ensino fundamental completo, negra)

A entrevistadora pediu que a jovem contasse o fato em forma de cena para que visualizássemos o cenário em que as jovens vivenciam este tipo de abordagem.

Foi assim, a gente estava no ônibus, só que o ônibus quebrou (...). Aí estava eu e minha amiga, a gente pediu carona e foi esse italiano que deu carona pra gente. Chegou lá no carro, ele tava falando que precisava de alguém, uma pessoa para trabalhar na casa dele na Itália e que pagaria por isso. Ele pagaria passagem. Aí na hora eu até me interessei. Imagina, trabalhar fora, arrumar um bom dinheiro. Ele falou assim: “ _ Vão na minha casa de noite pra conversarmos direito.” Aí marcou hora direitinho, só que a gente chegou uma hora atrasada. Aí, tocamos a campainha, acho que ele não estava (...) (jovem de 20 anos, sexo feminino, ensino fundamental completo, negra).

Além dos relatos acerca das propostas recebidas, as informantes contaram histórias de garotas e mulheres de seus círculos de sociabilidade que já tinham tido experiências de circulação pelas vias legais ou ilegais para países estrangeiros, na companhia de homens que conheceram na cidade, supostamente turistas.

Ah rola (propostas para ir trabalhar no exterior). Tem uma menina (...), conheceu um italiano e foi pra lá, pra Itália; conheceu, um mês, aí no outro

mês ele prometeu mundos e sonhos pra ela. Aí ela foi pra lá e era mentira. Chegou lá, ele prendeu o passaporte dela... batia nela, batia... E ela ficava com vergonha de voltar pra cá por causa que... Saiu achando que ia se dá bem, chegar aqui sem nada assim, assim... E ela ficou um tempão nessa situação, dele bater nela, não deixava ela sair de casa, não deixava ela conversar com ninguém. Até que ela tomou coragem assim, a mãe dela deu uma força, aí ela voltou (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

5.6.2) Vulnerabilidade masculina ao mercado sexual heterossexual e HSH

Os rapazes descreveram cenas em que recebiam propostas para realizarem diferentes tipos de serviços sexuais, seja com homens ou com mulheres: o ato sexual em si, transar com parceiro de alguém tendo o outro como expectador, sexo a três e participação em filmagem de cunho pornográfico. Mais freqüentes eram propostas feitas por homens homossexuais.

Com relação à maioria dos informantes, as narrativas sobre eventuais experiências sexuais homoeróticas, seja no âmbito do mercado sexual ou não, guardavam inexatidões, que por sua vez não foram exploradas, por meio de perguntas de aprofundamento por parte dos entrevistadores, também homens. Esta foi uma limitação do estudo. Tem-se como hipótese, que a cultura hegemônica de caráter homofóbico, compartilhada por entrevistado e entrevistador, dificultou o aprofundamento da temática do mercado sexual em interface com a homossexualidade e com o universo HSH. Em algumas cenas não temos condições de afirmar se havia mediação pelo dinheiro, quais os locais exatos, os atores envolvidos, as práticas sexuais propriamente vividas e os desfechos dos enredos. Interessante foi que as mulheres entrevistadas afirmaram que muitos colegas “faziam sim programas”, com homens e com mulheres, mas que evitavam falar a respeito; segundo elas, “escondiam o jogo” e não falavam “quanto levavam”, ou seja, se referindo a não revelação do valor financeiro recebido pelo “programa”. Uma delas afirmou que o valor chegava em torno de R\$ 600,00.

Dois informantes relataram cenas acerca do envolvimento de rapazes no mercado sexual HSH; o primeiro falou sobre a experiência pessoal (as duas primeiras cenas) e o segundo referiu-se a terceiros (terceira cena).

Já aconteceu. Veado oferece muito (dinheiro ou diversão). Até carrão bonito, o veado... Eu corria, ia pro mato, o cara no carrão me chamando: “_ E ai cara, chega ai”. (...) eu tava sozinho e um homem de azul parou um carro e perguntou: “_ Você não sabe onde é (local)?”. Eu falei: “_ Ficou pra trás, três quilômetros (...)” E ai ficou lá conversando: “_ É bonito?”. Eu: “_ É bonito.” Ele: “_ Você conhece lá?” “_ Conheço, tal.” Ele: “_ E você não quer ir comigo lá, passear, tal?”. Falei: “_ Caramba! Não.” (...) Já vi que o cara era boiola. Ele: “_ E você não tem outros colegas, mais uns colegas pra apresentar?” (...) “_ Você não quer ir lá comigo não?”. Eu falei assim: “_ Pra que? Ele: “_ Pra pegar um ou dois colegas seus pra passear que eu pago. Eu tenho dinheiro. Você não quer ir? Eu pago você!”(jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

me chamou num canto e me convidou: “_ Se você quiser ganhar dinheiro, eu venho aqui te buscar. A gente tá fazendo um filme pornô pra levar lá pra Bélgica, que é clandestino. Ele fazia a fita aqui e levava lá pra Bélgica, dentro do galpão. Eu nem cheguei lá. Aí ele e convidou, aí eu falei pra ele assim, quanto tu vai me pagar por hora? (...). Ele: “_ Não, durante meia hora tu ganha cinquenta reais. Falei: “_ Nossa, tá bom de mais” (risos). Aí ele falou assim que não era pra fazer sexo, era só pra fingir. Eles queriam que eu fizesse sexo numa cachorra. Era uma cachorra mansinha. Vinha gente pra caramba de lá, da Bélgica, ele que chamava, pra fazer a filmagem. Aí chegou na hora e eu falei: “_ Vou não”. Aí quando a gente foi lá (...). Aí ele me chamou dentro do galpão. Dentro do galpão tinha uma égua, tinha um cachorro, uns viado, a mulher dele, uma câmara grandona de filmadora, um som grande e bebida lá era o que não faltava. E ficava lá. Aí eu falei: “_ Cavalo bom, que esses cavalos tão fazendo aqui?” “Então, é pra fazer esse negócio, de filme pornô”. Só que os caras já tinham feito. Aí ele falou: “_ você até perdeu, perdeu seu dinheiro”. Aí eu falei: “_ não esquento não, eu mesmo não vou ver minha fita, ceis vão levar lá pra Bélgica, pra vender. É dinheiro uma fita dessa, é dólar, cê vai pra lá e ganha dinheiro, dólar. Aí

morreu ali mesmo e fui embora (...) (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Já ouvi falar uma que um rapaz queria que um barqueiro transasse com a mulher dele. Um barqueiro, aí chega um rapais lá: “_ Ô, como é seu nome?” Começou a trocar uma idéia com o cara, acabou que ofereceu: “_ Você não quer transar com a minha esposa? Quero ver você transando com a minha esposa...”. Ai teve um rapaz lá que foi. Foi pra praia lá. Acabou que ficou com a esposa dele. À noite veio e ficou na pousada com eles... E ele junto, depois ele ia, sabe? Depois que ele via aquela cena toda, aí ele ia. (risos) Já aconteceu umas duas ou três vezes isso daí. A proposta acontece durante o dia, na praia (...). E o pessoal topa. Ah, rapaz, olha aquele mulherão... Às vezes é uma mulher bonita, o cara não pensa duas vezes. Dessa vez que eu vi, acho que não rolou dinheiro não, às vezes o cara não quis falar. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, pardo).

O envolvimento de jovens rapazes com o mercado sexual, principalmente HSH, emergiu nas entrevistas um assunto velado, de modo que os informantes faziam relatos de experiências de terceiros, segundo eles. Apenas um rapaz, cujas cenas foram apresentadas, falou de experiências próprias. Tratava-se de um rapaz negro, com porte atlético e boa aparência. Sua entrevista chama a atenção, se comparada a de outros jovens, pela pouca censura em falar sobre os temas e por conter relatos de abordagens bastante diretas, por parte dos (as) turistas, cujas cenas revelavam menções acerca de sua cor/etnia, seu porte físico, seu penteado afro e suas habilidades na capoeira e no forró.

5.7) Vulnerabilidade da juventude às DST/HIV nas relações sexuais com turistas

5.7.1) Grau de informações e conhecimentos sobre DST/HIV/Aids e métodos de prevenção: discursos em torno do preservativo

De modo geral, as narrativas dos (as) entrevistados (as) indicaram que possuíam um nível básico de informações a respeito da correlação entre a prática sexual sem o uso de preservativo e a possibilidade de contrair alguma DST, inclusive o HIV.

Observamos, principalmente entre os rapazes, mais dúvidas sobre os diferentes tipos de DST; às vezes achavam que a sigla correspondia a um diagnóstico específico, a uma doença. Declararam formas incorretas de transmissão por HIV. Diziam, por exemplo, “pega transando” e “por transfusão”. Quando pedíamos, entretanto, que descrevessem com mais detalhes, alguns deles confundiam a questão das secreções, do esperma, com a contaminação pelo sangue e achavam que ia “pegar sangue no esperma”. Outro equívoco comum entre os entrevistados foi o desconhecimento da diferença entre uma pessoa ser portadora do HIV e ser doente por Aids, eram “os aidéticos”, na fala de alguns. Sobre os métodos anticoncepcionais além do preservativo, as mulheres demonstraram mais segurança no assunto, menos dúvidas e equívocos do que os homens.

Apesar das dúvidas e incertezas, o discurso da prevenção pareceu absorvido pelos informantes de ambos os sexos. Valorizavam o uso do preservativo e pareciam estar de acordo com a idéia de que é importante praticar sexo (mais) seguro. Nenhum dos (as) jovens mostrou-se contrário (a) à idéia da importância do preservativo, embora tenha havido menções de ambos os sexos afirmando a preferência pelo sexo sem camisinha. De modo geral, reconheciam os riscos, sentiam medo de contrair o HIV, identificavam situações em que tinham estado em risco para o HIV e referiam a tentativa de “usar sempre a camisinha”, mesmo que estivessem presentes concepções concorrentes como: “é melhor sem”

(preservativo) ou “eu queria era poder fazer sem este plástico”. O tom das reflexões femininas era mais sério e o dos rapazes, mais satírico, de “fazer graça”, “tirar um sarro”.

A gente sabe, a gente usa umas camisinha... Uma hora ou outra que rolava assim... (sem preservativo) Mas é raramente... É inevitável... Falar que você nunca fez sexo sem camisinha aí é foda! (risos) (jovem do sexo masculino, 21 anos, ensino médio completo, pardo).

5.7.2) As trajetórias sexuais dos (as) jovens das comunidades: reflexões retrospectivas

Dentre as trajetórias sexuais das seis jovens entrevistadas, cinco delas já tinham vivido várias experiências afetivo-sexuais com rapazes com idades semelhantes às suas e com homens turistas (de cinco a dez anos mais velhos que elas). Chegavam a construir alguns vínculos que culminavam, inclusive, em viagens posteriores com destino à cidade onde moravam os rapazes turistas, fatos citados com maior frequência pelas jovens, se comparado aos rapazes.

Uma das cinco jovens teve sua primeira relação sexual com um rapaz turista sem o uso da camisinha. Das outras cinco que iniciaram a vida sexual com rapazes locais, quatro fizeram sexo seguro e uma teve relação sem preservativo. A iniciativa pelo uso do preservativo foi atribuída aos parceiros pelas quatro informantes.

Duas das garotas afirmaram nunca ter vivido uma experiência sexual sem proteção. Uma tinha 22 anos em sua primeira relação sexual tinha sido aos 19 anos e a outra adolescente de 17 anos relatou ter tido somente uma relação sexual até o momento da entrevista e foi o parceiro quem optou pelo uso do preservativo.

Cinco das seis jovens afirmaram que na fase atual da vida mantinham uso regular de preservativo em relações com parceiros esporádicos, os turistas, por exemplo, ou seja, quando não eram seus namorados. No entanto, a prática regular do sexo seguro foi descrita como um processo conforme foram se tornando mais velhas, ou seja, observamos que as cenas das primeiras experiências sexuais, durante a *adolescência*, quando tinham entre 13 e 19 anos aproximadamente, o uso do preservativo era menos freqüente se comparado às cenas das experiências sexuais mais recentes. Isto, no caso das garotas com idade entre 20 e 22 anos no momento da participação no estudo. Estas percebiam, na atual fase da vida, que durante os primeiros anos da vida sexual, vivenciaram muitas situações de exposição às DST/HIV, sejam nas várias interações sexuais que tiveram com rapazes turistas ou com rapazes das próprias comunidades. As narrativas deste conjunto de jovens que reconheciam a adoção gradual do preservativo associada ao processo de “amadurecimento” pessoal, apresentavam discursos semelhantes como vemos a seguir.

Eu acho assim. Antes, eu não ligava muito para usar camisinha no meu relacionamento com a pessoa, eu não ligava muito de usar. Hoje em dia não, hoje em dia eu tenho mais noção de usar a camisinha mesmo. Eu acho que isso (uma DST) aconteceu, porque eu transava sem camisinha mesmo, é isso (...). (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra)

Diferentemente, uma das informantes, de 20 anos, relatou práticas de sexo sem proteção sem que ainda conseguisse se perceber em situações de risco, principalmente, em cenas sexuais com rapazes turistas com quem compartilhava situações de uso abusivo de álcool e maconha. Observou-se o interesse muito intenso em se relacionar com turistas de São Paulo, Rio de Janeiro e, principalmente, com estrangeiros.

Todas as jovens entrevistadas, em diferentes graus de intensidade, avaliaram que ao iniciarem a vida sexual, associada à idéia da perda da virgindade, não se sentiam

suficientemente informadas, seguras e tampouco tinham muita clareza do que viviam. Exceto a jovem com 17 anos (havia tido relação sexual há menos de um ano) e outra jovem de 22 (cuja “primeira vez” tinha sido aos 19 anos), as outras quatro jovens (com 20 a 22 anos no momento da entrevista) verbalizaram que gostariam de ter “conversado mais antes de transar” pela primeira vez (por volta dos 15 anos).

Sobre as vivências de cuidado à saúde sexual, duas delas tinham realizado exame anti-HIV e o fizeram em atendimento particular, justificado pela dificuldade em conseguir agendar consulta médica na rede pública. Uma fazia consultas e exames anuais com ginecologista do convênio médico, outras duas mencionaram situações em que pagaram consulta médica particular pela dificuldade de acesso à rede pública.

Com relação às trajetórias sexuais dos seis rapazes entrevistados, todos já tinham vivido várias experiências afetivo-sexuais com garotas e mulheres turistas, mais freqüentemente na mesma faixa etária que eles. A construção de vínculos posteriores na forma de manutenção dos contatos, namoro ou casamento pareceu menor se comparada aos relatos femininos.

Nenhum dos jovens relatou a prática regular do sexo seguro desde o início das primeiras experiências sexuais. Todos já tinham tido experiências de sexo sem preservativo com parceiras esporádicas, incluindo garotas turistas, e com parceiras estáveis.

Dois rapazes tiveram a primeira relação sexual com mulheres turistas mais velhas do que eles (até 10 anos) e afirmaram uso do preservativo. Quatro iniciaram a vida sexual com garotas locais – três fizeram sexo sem proteção e um utilizou o preservativo.

Diferentemente das garotas, os rapazes não fizeram reflexões espontâneas sobre como se sentiam no momento da primeira relação sexual, “preparados” ou não, informados ou não. Quando contaram sobre este evento, ele pareceu associado às brincadeiras sexuais com as garotas da comunidade, percebidas como virgens, logo sem a necessidade do uso do

preservativo (não teriam DST). Três dos jovens também não percebiam a possibilidade de uma gravidez; somente o garoto que transou pela primeira vez com uma garota caçara fez uso preservativo e afirmou tê-lo associado ao receio de que a parceira engravidasse. Os ambientes das cenas geralmente eram as cachoeiras ou as praias.

Sobre o cuidado à saúde sexual, quatro dos entrevistados afirmaram nunca terem feito exame anti-HIV e dois deles mencionaram de modo evasivo que tinham feito exames, pois já haviam doado sangue. A busca por consulta médica pareceu um evento esporádico; iam ao serviço “às vezes”, como diziam, para buscar preservativo. Um dos rapazes procurou médico da rede básica para tratamento de uma DST.

5.7.3) As *cenas sexuais* no cenário do turismo: semelhanças e contrastes no quadro da vulnerabilidade às DST/Aids conforme os gêneros

Embora o conjunto de informantes apresentasse um nível satisfatório de informação sobre DST e métodos contraceptivos e valorizasse a prevenção e o sexo (mais) seguro, aspectos do cenário cultural de uma cidade turística – onde se valoriza e estimula o lazer e o divertimento – emergiram como integrantes da vulnerabilidade social ao sexo sem preservativo. O cenário sexual tendeu a reduzir “o poder” da informação, do saber e da consciência que o sujeito demonstrava ter e que na prática não implicava necessariamente na adoção do sexo seguro de modo regular. Por exemplo, o consumo coletivo de álcool e drogas na “balada”, associado à prerrogativa de “curtir”, com a conotação de radicalizar: “fazer de tudo”, “se esbaldar”, pareceu contrária a idéia de responsabilidade, prudência e cuidado, reduzindo a chance de que o preservativo integrasse as cenas sexuais.

Toma umas cachaças ou outra por aí, vai pra uma balada muito louca. E de repente encontra uma lá que... É como eu acabei de falar... Você acorda do lado da pessoa e nunca viu na vida. E não sabe o que aconteceu (...). Acaba

perdendo o controle por ter bebido. Acontece muito (...). Já ouvi muita menina falar: “_ Pô, acordei com um cara que nunca vi na vida, não sei quem que foi”. Ouvi gente que parou de beber por causa de uma situação desta. “_ Não sei quem é o cara, não sei o que eu fiz com o cara”. Ouvi muito de turistas e às vezes até com o pessoal daqui mesmo: “_ Ontem peguei uma mina que eu acho que nem lembra de mim”. “_ Pô, fiquei com esta mina ontem e ela nem falou comigo”. A gente fala: “_ Pô, acho que ela devia estar muito louca” (jovem de 24 anos, sexo masculino, ensino fundamental incompleto, pardo)

Outro fator que emergiu como obstáculo para o uso da camisinha e intensificador da vulnerabilidade à infecção pelo HIV foi o que os entrevistados designaram de “confiança na pessoa”. Foi recorrente nas narrativas femininas e masculinas o reconhecimento de que viviam etapas ao iniciarem um relacionamento sexual com “alguém de fora”, usava-se o preservativo, entretanto, este era abolido ao longo do período de estadia da pessoa, conforme aumentasse a frequência dos contatos e a parceria adquirisse contornos de namoro. A justificativa era que a intimidade aumentava e junto com ela a “confiança na pessoa”. A equação costumava ser: confiança é igual a parceiro (a) saudável, igual a parceiro sem doença, igual a parceiro que, a priori, é soronegativo ou igual a parceiro não promíscuo.

Então, eu acho que de repente isso rola com muita gente, quando você ‘fica’, começa a namorar, você usa camisinha sempre, usa camisinha sempre, aí quando você tem um certo nível de confiança, você abandona a camisinha, então aí...porque na verdade você usa a camisinha como método contraceptivo, então aí depois...não dá mais pra gente usar camisinha, ela começa a usar anticoncepcional e você começa a ficar sem camisinha...o que é foda, o que não é recomendável...mas essa “tal” confiança que você adquiriu, você fala vou.... (jovem de 24 anos, sexo masculino, ensino médio completo, pardo)

Outro jovem descreveu a dinâmica do uso do preservativo durante o “namoro de verão”, como um casal “vai ficando” e segue negociando o uso do preservativo ou o abole.

no trabalho mesmo a gente conhece o pessoal, aí já marca pra noite e acaba rolando. O que acontece muito é que você conhece mina bonitinha... primeira vez usa camisinha, segunda vez usa camisinha, terceira vez você acha que já conhece a menina, a menina é legal, pá, já vai sem. E assim vai indo, acontece muito. Você olha assim: “a menina é maior gatinha, não deve ter nada”. Primeira noite vai, segunda noite vai, terceira já: “a conheço a menina já”. Você conhece a menina no seu trabalho. A gente trabalha com a praia, com o turismo. Conhece ali, dali já marca pra noite e assim vai. Às vezes na comunidade mesmo rola uma festinha, chama um pessoal diferente... (...) (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, pardo).

O relacionamento afetivo-sexual iniciado com alguém que “era” turista, mas “virou morador” da cidade, na medida em que se mudou para a região, emergiu das narrativas das mulheres jovens. Apareceu como recorrente a idéia de que a intimidade e o fato do sexo acontecer em meio à paixão, protegem a pessoa contra as DST – “*eu me apaixonei por ele*” –; tendia-se a abolir o uso do preservativo no decorrer do relacionamento, ou mesmo o uso não era iniciado, como no caso da informante a seguir, que teve sua primeira relação sexual com um rapaz turista por quem se sentiu apaixonada.

A minha primeira vez foi com um turista! Ele estava morando aqui. Ele morava na minha... na casa da minha irmã, de aluguel, e a gente se envolveu, ele tava há um ano e pouco. A gente ficava. (...) Estava morando porque ele tava dando um tempo... de droga, de má companhia, que ele estava dando um tempo da cidade dele. Ele se envolveu lá com os caras que queriam matar ele (...). E acabei me envolvendo com ele. Acabei me apaixonando. Me apaixonei, gostei. E na época minha mãe não se ligou muito, no que estava acontecendo comigo, né? E ele estava lá em casa, no quintal, e minha mãe nem... (...) Ele não serviu para mim, ele era muito paquerador, paquerava minhas amigas. Foi (a relação sexual) na casa da (nome de uma amiga). (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

O preservativo não apareceu na cena mesmo que ela tivesse conhecimento acerca do fato do parceiro ser usuário de drogas. A entrevistadora perguntou a respeito e a informante respondeu:

Nem passou pela minha cabeça (usar o preservativo). Na época, eu nem pensei nisso, na importância. Mas foi um risco que eu corri (...) de pegar uma doença mesmo, porque a gente não conhecia ele. Aí depois que ele estava morando aqui, até a minha irmã foi na casa, conhecer os pais dele. Hoje em dia, a gente conhece ele bastante, sabe que ele não tem doença. Mas na época foi um risco. (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

Assim como esta jovem referiu que sua primeira relação sexual foi com um rapaz turista, a iniciação sexual com alguém de fora também emergiu nas narrativas masculinas:

(...) eu considero a primeira vez mesmo, de falar: “_ nossa, hoje eu transei mesmo!” Acho que foi com quatorze pra quinze anos, mas antes sempre rolava aquela história, que você não sabe direito se você transou ou não... Você fala pô... Eu tinha quatorze pra quinze e a mulher tinha vinte e nove pra trinta, e era uma turista, era uma turista que vinha pra cá há um puta tempo (...). Eu usei camisinha... Eu usei uma camisinha que estava guardada há um bom tempo na carteira. (jovem de 24 anos, sexo masculino, ensino médio completo, pardo)

No caso dos relatos dos dois informantes acima, uma jovem de 20 anos e um jovem de 24, ambos tiveram a primeira relação sexual com “alguém de fora” e, na cena masculina, a camisinha apareceu, ao contrário da cena feminina. Ter uma camisinha na carteira é símbolo de masculinidade, pois pode ser exibida; isto condiz com o *script masculino* (PAIVA, 2000) de estar sempre em busca ou disponível para o sexo. A socialização masculina para a sexualidade é marcada, a partir das campanhas de prevenção, também pela valorização social do rapaz que tem consigo uma camisinha.

No caso das mulheres, observamos o receio da desaprovação social ao portarem um preservativo na bolsa, correndo o risco de serem rotuladas como “promíscuas” ou “mulher que transa com vários homens”.

Eu fui para a barraca dele e a gente transou, mas a gente botou e eu: “_ nossa, corri o risco, né?” (...) Estava meio chapada, e era a primeira vez que eu estava ficando com o cara. Ele é de São Paulo (...). Passou a idéia de usar camisinha, mas na hora foi muito rápido. E a gente tirou (o pênis de dentro da vagina). Eu perguntei para ele, se ele tinha. Ele falou que ia colocar, mas foi assim, foi muito rápido. (...) Depois ele colocou [a camisinha], mas já tinha penetrado (...). Eu quase nunca tenho camisinha, sabe? (...) Não sei, eu acho que é o homem que tem que ter. Não sei, eu acho meio constrangedor a gente oferecer, entendeu? Pegar. É nossa. Pega e tal (...). Ele pode achar que você faz isso com todos os homens. Que você fica com muitos homens. Não sei (...). (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

Dei mole. Já rolou, sim (transar sem preservativo). Teve um caso com um cara que fiquei com ele sem camisinha. E, sei lá, vai saber? Ah, porque ele era o maior mulherengo... Faz uns anos já. Eu estava lá em São Paulo. É, fui passear lá. Meu amigo, que a gente foi na casa desse cara, então a gente ‘ficou’ (...). Dá para ver que ele é um homem todo solto na vala, assim (...). Foi no quarto (onde aconteceu a relação sexual). A gente tomou champanhe para dar uma relaxada e depois rolou. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

A entrevistadora perguntou se ela havia pensado em usar preservativo no momento da relação.

Apareceu. (a idéia de usar o preservativo), eu falei pra ele. Não tinha. Eu fiquei meio que fazendo jugo duro, porque não queria, porque estava sem camisinha. Mas ele insistiu, insistiu... Aquela coisa: “ Só hoje”. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

Foi, então, perguntado se ela por acaso costumava ter preservativo com ela.

Tsc, Tsc [som de negação]. Não tenho. Porque, sei lá... Não rolava de eu ficar com os caras e já ter uma relação, assim... (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

Como já descrito, “a balada” foi o cenário onde a maioria das cenas de aproximação afetivo-sexual descritas aconteciam, seja no “forró na praia” ou no “forró no bar” ou outros tipos de festas noturnas. Depois da aproximação “na balada”, o sexo em si ocorria com frequência, durante a madrugada, na praia, na pousada ou na barraca, como também já foi relatado pela jovem da cena anterior.

Muitas vezes (acontece sexo sem preservativo) porque você está ali na balada, curtindo um forró, às vezes você está chapadão, e pá. Estou falando de outras pessoas que usam drogas também, e estão doidão. A mina pá! Se envolve com a mina, tá indo pra barraca da mina ou pousada. Tá lá doidão, se envolve... Aí a primeira pode até querer colocar camisinha, e a segunda, que a gente quer dar a segunda, às vezes daí também não tem. Ou porque tá doidão mesmo, que está louco pra porrar ali, não dá tempo né? Adrenalina, às vezes não dá tempo. (jovem do sexo masculino, 21 anos, ensino médio completo, pardo)

Esta cena, bem como a anterior, trazem à tona a questão do clima e do ritmo vividos nos momentos da relação sexual, que foram descritos como “intenso”, “muito rápido”, “tudo rápido”, “não deu tempo”. No caso das narrativas masculinas, além da rapidez, emergiu a questão da energia sexual masculina que “tem pressa” por extravasar-se, expressa pela idéia “dos hormônios”, “da adrenalina”, da “fissura pra gozar”, ou seja, o clima de tesão e excitação.

(...) a camisinha podia (usar) tava ali no bolso, mas ahhh ... Acho que é o seguinte: a transa é uma parada meio incontrolável, vai subindo, vai subindo um calor, vai subindo e você não sabe da onde vem o negócio e se o cara não tá pensando legal mesmo, ele transa sem camisinha, ele esquece da coisa e ...

Ainda mais doidão, doidão que esquece mesmo... (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco)

O clima de excitação e a rapidez, quando associado com “estar doidão” ou “chapado”, ou seja, sob efeito de drogas ou alcoolizado, diminuía a atenção para a importância da utilização do preservativo. No caso das mulheres, adiciona-se a estes o fato de sentirem-se constrangidas em ter um preservativo com elas, ou o fato de aguardarem a iniciativa masculina pelo uso do preservativo. A informante abaixo contou sobre sua primeira relação sexual aos 16 anos com um garoto caçara e, após questionada sobre sua atitude se o parceiro não tivesse colocado o preservativo, disse que não teria falado a respeito e que provavelmente teria tido relação sexual desprotegida.

Foi na casa dele à noite, os pais dele tavam lá, aí a mãe dele falou: “_ Tá tarde, dorme aí.” Aí a mãe dele foi pra igreja e aí rolou. Não me arrependo, ele foi uma pessoa especial, mas eu não sabia de nada, em relação à prevenção, só sabia que podia pegar camisinha no posto. Eu tinha dezesseis anos e a atitude veio dele, que pegou a camisinha da gaveta da mesinha do quarto dele (...). Usamos (o preservativo) porque a atitude veio dele, ele que pegou e colocou. (jovem do sexo feminino, 17 anos, cursando ensino médio, negra)

Outra jovem, também relatando sobre sua primeira relação sexual aos 14 anos com um garoto caçara, explicou como o preservativo adentrou a cena sexual.

Ele falou do assunto. Ele já foi preparando a camisinha, tudo. Eu achei interessante. Eu percebi, porque ele colocou camisinha. Eu acho que por mim, ia até sem camisinha - acho que eu nem importava; eu estava tão... (...) nem tinha passado pela minha cabeça. Eu estava tão ansiosa com tudo, que eu... Nem tinha passado pela minha cabeça, mas ele foi providenciando tudo (...). Até pensei, falei para ele: “- Que tal a gente ir sem?” [riso] Ele não concordou: “- Não, que fica grávida”. Até porque ele tinha um exemplo na

casa da mãe dele. A irmã dele ficou grávida - mãe solteira. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

Importante destacar que a informante estava relatando uma experiência vivida há sete anos e ela avaliou que, atualmente, sua maneira de agir e pensar havia mudado muito, pois acreditava que na época ela “não tinha informação” e nem “preparo” suficientes: não “sabia nada sobre doenças sexualmente transmissíveis”; somente que era possível a ocorrência de uma gravidez, o que lhe deu medo. O depoimento a seguir, da mesma informante, revela o aprendizado e construção de atitudes condizentes com a noção de sujeito sexual. Ela faz um percurso positivo quanto à percepção do risco diante das DST e do preservativo como estratégia de proteção diante das DST e de uma gravidez que mesmo não planejada não é significadora como evento negativo a priori.

Na minha opinião, eu penso em colocar camisinha porque dá doença. Que eu tenho medo da doença, nem tanto mais da gravidez. Só da doença, porque gravidez depois a gente pode dar um jeito, mas a doença é mais grave, não é? Eu penso logo em me prevenir por causa da doença, mesmo. Mas tem umas situações assim, que acho que eles (rapazes turistas) nem pensam. Acha que: “- Ah, ela é bonitinha. Não vai ter nada disso. Ela é daqui... Acho que nunca ficou com ninguém” (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

É interessante observar a percepção da informante sobre como os rapazes turistas vêem as garotas locais, como mais inexperientes sexualmente e com poucos parceiros, que talvez elucide a dinâmica de alguns encontros: rapaz de fora que tende a “relaxar” no uso do preservativo, pois para ele as mulheres caçaras não são “promíscuas” logo, não são portadoras de alguma DST. As mulheres, por sua vez, também nutrem expectativas que podem concorrer com a prática do sexo seguro tais como “quem sabe, namorar” ou “quem sabe, ter um filho”, entre outras.

Na fase de vida atual, a informante acima avaliou que tem sido mais freqüente a mulher abordar e negociar o uso do preservativo como ela afirmou fazer, ao contrário da maioria das informantes que disseram ter receio em propor o uso do preservativo.

Para falar da camisinha? Eu acho que é a mulher que fala da camisinha. O homem...acho que prefere sem camisinha. (...) Eu acho que as meninas mais que pegam (a camisinha).

(Entrevistadora: E eles topam numa boa usar, como é?)

Topam, topam. Nas situações que já aconteceram comigo, topam. Já aconteceu (de algum não querer usar). Aí, não. Tem que usar. Às vezes dizem: “– Não, assim é ruim, porque machuca, tal, tal” “_ Ah, então, não, não dá. Não rola”. Melhor não rolar. Às vezes o cara coloca (a camisinha) pra rolar, porque não quer ficar na mão [risos]. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

Valorizamos aqui, a estratégia utilizada pela informante, pois parece ter decodificado que o *script masculino* é não querer “ficar na mão”, utilizando este aprendizado na negociação do preservativo. Por outro lado, o depoimento a seguir foi feito quase ao final da entrevista pela mesma jovem do relato acima. Ela afirmava usar regularmente o preservativo, sem conseguir precisar desde quando, mas reconhecia a prática do sexo sem proteção por *várias vezes*, tanto com *namorados*, como com *rapazes turistas*, desde o início de sua vida sexual, aos 14 anos, aproximadamente sete anos antes da entrevista.

Teve situações que eu não usei, que depois veio: “_ Ai, será que...”, né? (peguei alguma doença). Não sei, de repente... Foi até com uma pessoa que eu conheço, mas eu tenho receio mesmo. Mas já aconteceu deu transar sem camisinha, várias vezes (...). É. Já aconteceu até deu transar sem camisinha com namorado, com turista, com namorado. (...) Já aconteceu também, uma vez (com um rapaz turista) sem camisinha, aí eu fiquei com medo (...). Medo de pegar doença. (...) Não sei. [Risos] Acho que não aconteceu nada, mas eu

espero nunca mais fazer isso. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca)

Finalizando, algumas diferenças entre rapazes e moças emergiram mais fortemente dentre os aspectos de vulnerabilidade ao sexo sem proteção. Elas faziam uma distinção mais nítida entre se relacionarem com rapazes locais e se relacionarem com rapazes turistas, sendo estes mais valorizados. Os rapazes não pareciam fazer uma distinção clara e valorativa entre manter relações sexuais com mulheres locais ou manter relações com mulheres turistas. Embora se referissem às “mulheres daqui” e as “mulheres de fora”, a classificação mais enfática que pudemos perceber nas concepções masculinas era aquela que dividia as mulheres entre “confiáveis” ou “conhecidas” e “não confiáveis” ou “desconhecidas” e a estas caberia certa desvalorização, pois seriam mais “promíscuas: transam com vários caras, são sem vergonha, de rua, de bar, pra uma noite só, só pra trepar, não valem nada”, entre outras expressões presentes no material.

Não (usei preservativo) porque assim... Não era menina assim de rua, era menina que quase nem saía de casa. Não tinha doença (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco).

Nesta lógica das mulheres “de confiança” versus “sem vergonha” onde se encaixava mais freqüentemente a figura de uma jovem turista? Pelas narrativas dos seis informantes depreende-se que a turista podia ser percebida tanto como “uma desconhecida” ou “mulher só pra ficar ou pra transar”, sobre a qual se tenha poucas informações a respeito de seu “histórico sexual” – como, ao contrário, uma “pessoa legal”, “amiga”, “de confiança”, “gente boa”. Isto não dependia, necessariamente, de uma convivência longa ou do estabelecimento de uma relação fixa. Em apenas algumas horas, “um papo legal”, ou em alguns dias, segundo os relatos de alguns rapazes, era possível “sacar a pessoa” pelo “seu jeito”, pelo “seu olhar”, de modo que era possível ver se a “menina era limpa ou não”, expressão utilizada com

freqüência. A necessidade de usar o preservativo foi muito valorizada com o primeiro “tipo” de turista e pouco com o segundo tipo.

(...) Ah! Os métodos (para evitar contrair o HIV) é não ficar transando com um monte de mulher, não ficar transando com essas mulheres que transam com todo mundo. Também... Porque não sei, hoje em dia você, hoje em dia você conversa com uma pessoa você sente uma pessoa né? Na fala dela, no olhar dela... É muito difícil uma pessoa ser muito falsa né? Assim, muito cínica, fria, então você acaba confiando nela e você pode ter um relacionamento com uma pessoa super legal. Mas não sem preservativo oficial, que na minha opinião é a camisinha, camisinha... (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco)

É importante perceber como os dois discursos convivem e interferem na adoção ou não do sexo seguro. Embora ao longo da entrevista o depoente do relato anterior tenha se mostrado informado e consciente, ao final ele fez uma detalhada explicação de como se podia perceber se a mulher era “confiável ou não”, e, portanto se tinha “mais cara” de quem tinha o HIV, ou não. Introduziu ao final da fala aquilo que provavelmente percebeu ser o esperado: a menção à camisinha, que ele chamou de “preservativo oficial”.

É possível perceber que a atitude de confiar versus desconfiar da pessoa, tem um sentido avaliativo e moral: se o homem “confia”, automaticamente atribui à mulher um tipo de conduta por ele esperada e de acordo com o que seria socialmente estipulado ao feminino. Se não confia é porque a mulher está em desacordo com o *script* tradicional de gênero. Além do julgamento que se faz sobre a mulher, veremos no relato seguinte como ocorria a interferência nas cenas afetivo-sexuais de elementos do cenário sexual de uma comunidade turística: “a cachoeira”, o convívio durante o “passeio diurno” e a continuidade do contato na “balada à noite”, “a fogueira na praia”, a gastronomia regional e a sedução exercida pela turista na paquera ao “caiçara”. Todos estes elementos compõem o clima da cena sexual e concorrem com um fator objetivo: a falta do preservativo na “hora H”.

Vimos pra cá, passeou, cachoeira tal. E almoçamos. E de noite ela falou assim: “o que você tem pra apresentar pra gente?” (...). Coisa que a gente faz sempre é peixe na folha de bananeira, uma fogueira, um aipim assado, quentão... Chegou lá e começou: “Ai, você é gatinho, não sei que... Poxa! E eu não tinha preservativo, só que ela falou pra mim que ela tinha feito exame em poucos tempos. Ela não me mostrou o papel do exame. Poxa, mas como eu vou saber se ela fez mesmo o exame. Mas ali na hora, na balada ali rolou. Rolou num dia, no outro dia rolou de novo. E ficamos uma semana, aí quando ela foi embora, aí começou coçar pra caramba. Aí eu falei: “Putz, a menina me deixou uma doença”. Aí fui (...): “Dr., eu tô com o pênis tudo caçando, assim, quando eu vou fazer xixi dói pra caramba.”. Ele falou assim: “Iiii meu filho, você pegou alguma doença”, “Isso aí é gonorréia, isso daí é começo de gonorréia”. Tava escorrendo, ele falou assim: “não pode deixar passar, você tem que correr, não pode deixar três semanas, se não isso daí... vai acabar perdendo o pio-pio”(jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

O fato de a jovem turista afirmar que “já fez exames”, sem defini-los como teste anti-HIV negativo ou exame negativo para qualquer tipo de DST, pareceu representar uma situação em que o caçara confiou “na palavra dela”, o que contribuiu para o sexo sem preservativo. Diante da intimidade adquirida pelo casal durante os dias que o relacionamento se manteve a confiança pareceu aumentar e as interações sexuais continuaram a se dar sem proteção.

Pareceu presente o conflito vivido pelos rapazes caçaras entre “não confiar” nas turistas que “trazem” DST, mas ao mesmo tempo, desejarem “aproveitar” as oportunidades de contatos sexuais e sociabilidade que elas representam.

É a gente confiando na pessoa, é a confiança, dá nisso. Não é porque a menina é gatinha, toda gostosinha... O homem acha isso né: “_ vou catar, vou pegar.” Não, mas não existe isso. A primeira coisa é a cabeça no lugar (...). Tem várias mulher que chega aqui, fica louca, a gente chega e já...(são

assediados). Tem pessoas que às vezes... Quando chega, é difícil uma coisa daquelas acontecer (a oportunidade para transar). “_ Ah, já vou cair de cabeça” (...). É. Com Turista. Porque assim, (...) você não conhece todas as pessoas, umas você conhece, mas tem umas coleguinhas que vêm de fora: “_ ah, minha colega”. (...). E por aí vai. Conforme vem, vão trazendo mais e mais e mais (doenças). Você não sabe o que tem no meio destas minas. É super legal essa troca de palavras, de amizade, é super legal. Agora, coisas assim de doenças, quando você pega você diz assim: “_ Nossa!” (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Dentre todos os aspectos de vulnerabilidade dos (as) jovens ao sexo sem proteção no cenário sexual das comunidades, observamos atitudes de resistência e enfrentamento. A cena a seguir expressa a idéia do “tesão masculino” e a dificuldade de “se controlar” como aspectos que integram a vulnerabilidade dos rapazes ao sexo não protegido, entretanto, nota-se na narrativa, a construção de um processo reflexivo, ou seja, a possibilidade de ser *sujeito sexual* (PAIVA, 2000). A “intensidade” da “fissura” foi contrabalanceada com a atitude de evitar o sexo sem preservativo.

Sexo não é minha vida. Mas é muito bom. Não tem explicação, na hora da vontade, não tem essa não. Até sem camisinha mesmo... se for, já era. Sabia disso? Pega livre, não tem essa não. Mas tem como se controlar, tem, tem. Eu já me controlei de várias mulherzinha, magrinha que na hora do pega pra capa: “_ não”. Não tô na fissura. Se eu tiver na fissura... (...). Ah, tá sem camisinha? Mas a menina ta dando mole? A pessoa não quer deixar passar (deixar de transar) porque tá sem camisinha, não... Mas tá sem camisinha...(…). “Ah, não tem camisinha? Vai. Um dia a gente se encontra.” (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Por fim, é de extrema relevância e válido tanto para jovens do sexo feminino como masculino o uso abusivo de álcool e de outras drogas ter emergido como fator que aumenta a vulnerabilidade às DST no cenário do turismo e como fator estimulante das relações sociais, divertimento e liberação pessoal e coletiva.

5.7.4) Concepções da juventude acerca dos serviços de saúde: encontros e desencontros

Todos os (as) jovens entrevistados (as) residiam nas comunidades onde a cobertura das ações de saúde era realizada pela rede básica composta pelos sete módulos de PSF. Dos doze informantes, três residiam na região urbana (onde há dois módulos de PSF). Os outros nove residiam nas comunidades praianas da região rural/costeira (cobertas por cinco módulos) e suas comunidades, pelo que pudemos levantar, não contavam com módulos próprios, mas sim sub-módulos, cujo atendimento era em sua maioria de frequência quinzenal. Este tipo de equipamento de saúde, mais perto de suas residências, funcionava somente uma vez por semana ou, até mesmo, uma vez a cada quinze dias. Somente uma informante referiu possuir convênio de saúde, de modo que onze dos informantes eram usuários do SUS.

Alguns entrevistados tinham informação e reconheciam o valor da rede básica e do Programa Saúde da Família; citaram, principalmente, a melhora da assistência às mulheres gestantes e aos bebês e elogiaram o trabalho das ACS.

É bom, eu acho bom (o PSF). Vai até a casa. Não é cem por cento, mas ajuda. Tem, tem aqui, também. Eu já vi as meninas passando na casa, medindo a pressão. É bom, isso é ótimo (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

De modo geral, entretanto, os (as) jovens não tinham informações aprofundadas sobre a rede de saúde e não se referiam a ela como espaço com o qual tinham proximidade ou intimidade. As menções a maior aproximação e intimidade foram relativas à figura das ACS, citando-as pelos nomes, geralmente pelas as expressões: “a Paula , agente, é que vai todo mês lá em casa, esse programa da Família”. Alguns informantes valorizaram o bom vínculo de um dos

profissionais médicos com a população, pois já trabalhava há vários anos nas comunidades rurais/costeiras.

(...) eles sempre dão informação legal (no módulo de PSF). Aí tipo eu, tenho meu direito, não tem vergonha, eu vou no médico, não vou ficar em casa até morrer. Como eu contei do Doutor (nome do profissional), lá da (nome da comunidade), ele fica indo de comunidade em comunidade (...) Eu fui lá quando fiquei doente. O problema é pra ser resolvido, é legal o Doutor (nome do profissional) (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro).

Observamos que os jovens residentes nas comunidades menores, embora se queixassem – “é ruim o posto não abrir todos os dias”, – relataram maior facilidade em agendar atendimentos e consultas, pois avaliavam que a procura não era tão grande como nos módulos da região urbana.

Tem médico aqui, vem na comunidade. Acho que em quinze em quinze dias tem o ginecologista, não sei se é ginecologista. É fácil (agendar a consulta). A comunidade é pequena. (jovem do sexo feminino, 17 anos, cursando ensino fundamental, negra).

Por outro lado, nenhum dos entrevistados reconheceu qualquer tipo de programa do setor da saúde, no município, direcionado ao segmento jovem.

(...) não tem programa não (de saúde para jovens). Nenhum. Só quando é Dia Mundial da Saúde, não sei o quê, daí eles sempre fazem alguma coisa. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

Um informante citou uma atividade educativa realizada pela Secretaria de Assistência Social, junto aos jovens.

(...) o único lugar que tem de verdade mesmo é na Secretaria de Assistência social, que eles têm um projeto lá, do Agente jovem. Eu dou força, faço

trabalho de educação ambiental com eles. Tem uma professora lá, que dá aula de sexologia para eles e fala de todos os problemas, que eu saiba né? (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco).

Muitos se queixaram das dificuldades para agendar consultas e a demora na espera para a data do atendimento, da ausência de profissionais de algumas especialidades médicas, da demora para retorno nos resultados de alguns exames, do horário de funcionamento restrito dos sub-módulos (foi citado como barreira para o acesso ao preservativo), das condições precárias ou insuficientes de estrutura física, da quantidade insuficiente de alguns insumos (pílula anticoncepcional e preservativos), principalmente nos sub-módulos.

Mal funciona o posto de saúde. Tem duas moças que fazem um trabalho aqui, são agentes de saúde, tem médicos que vem uma ou duas vezes por mês, isso é bom, mas tem uma falha na organização aqui (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

(...) mas o posto é precário, ele quase nunca tá aberto. Acho que é só de quinze em quinze dias, só em temporada, que é quando as pessoas se machucam mais (...) (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra)

(...) mas o difícil é a saúde, que eu acredito não só aqui (...), no Brasil todo, em termos de você poder marcar uma ginecologista, saber qual é o contraceptivo adequado para você usar. É difícil você conseguir marcar. Acaba que você não usa e... (...) Igual, eu tenho namorado, eu namoro há três anos. E não uso método contraceptivo, só uso camisinha, por causa da dificuldade mesmo de marcar, de saber qual o adequado, qual... (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

Os jovens entrevistados avaliaram como negativo o fato de observarem a ocorrência de ações de prevenção somente em momentos específicos tais como o Carnaval, ou dia Internacional de Combate à Aids. Indicaram inconformismo diante da percepção de que a

prefeitura “só se preocupa quando vem muita gente de fora, quando têm turistas”, como se sentissem desrespeitados porque a saúde dos moradores não é prioridade frente à saúde da população visitante.

(...) a única coisa que eu vi, foi nesse começo de ano... Às vezes tem distribuição de camisinha, aí tem distribuição no posto de saúde. Esse ano teve uma campanha da prefeitura... Ficaram distribuindo camisinha em (nome da praia). Só que num carnaval? Distribuir uma camisinha pro cara... Sei lá, de repente poderia distribuir muito mais camisinhas, ia ser uma ação mais efetiva, ter mais camisinhas no posto de saúde. Nosso posto de saúde não tem camisinha em abundância (...). E outro dia, eu fui no posto pra ver isso mesmo... Cadê? Não tem camisinha, tem muito pouca camisinha. As pessoas também não sabem muito que tem camisinha no posto, porque nunca tem, então... (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo).

(...) faz três anos que a gente oficializa com a Secretaria de Saúde, preservativos. Nunca tem, falam que vão ter e nunca tem. A gente não consegue. Pô! Eu fui tantas vezes... E conversa com o secretário, com secretária do secretário. Não, e dificilmente tem e se tem é: “_ Vamos doar 300”. Pô! 300 cara, 300 eu e meus amigos a gente usa. Cara, vem 10 mil pessoas, vinte mim pessoas pra cá ... (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco).

Sobre o acesso aos preservativos no dia a dia, distribuídos pela rede básica de saúde, descreveram que dependia da efetivação de um cadastro. Não houve relatos de mulheres que indicassem o hábito de retirar preservativo na UBS. Os homens, por sua vez, citaram com mais frequência o hábito de buscar preservativo nos serviços de saúde.

Inclusive no posto dá (preservativo). Você ia lá, fazia ficha. Podia pegar 15 camisinhas por semana. Usei a camisinha do posto. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino fundamental incompleto, negro)

Três das seis informantes se queixaram de situações em que buscaram consulta com ginecologista e devido e ao fato de estarem com sintomas de DST, buscaram atendimento particular, avaliado como “caro”, tendo gasto mais recursos do que poderiam.

Eu fui ao ginecologista, gastei a maior grana. É, por que... Nossa! Maior grana. Sei lá, gastei duzentos reais (...). É oitenta (reais) a consulta, mais o preventivo, trinta reais, mais remédio... Ah, tentei (procurar a UBS), mas é maior ruim de marcar (consulta), não dá. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra)

A utilização da rede particular de saúde também apareceu para realização do teste anti-HIV. Como a maioria nunca tinha feito o teste, pedimos que imaginassem como seria fazê-lo. Indicaram dúvidas quanto ao local no município que deveria ser procurado em caso de interesse em realizar o teste. Alguns (as) mencionaram “o posto faz”. Outros disseram “acho que é só no hospital, na Santa Casa”. O que mais chamou atenção, entretanto, foi o interesse de alguns informantes em fazer o exame na rede particular ao invés da rede pública associada à expectativa de maior respeito ao sigilo, melhor qualidade técnica, um espaço mais acolhedor, onde a profissional “conversa mais com o paciente”.

Eu nunca fiz o teste não, mas eu gostaria de fazer sim. Eu faria na boa! E, eu conheço pessoas que já fizeram. Até esses dias mesmo, uma amiga minha estava falando que ela fez, que é facinho. Que você paga cinquenta reais, vai lá e faz. Sigiloso, ninguém vai saber. Legal. Até pensei: “_ Quem sabe?” (...) É, em um laboratório particular. (...) o posto faz (...). Ah, eu acho que pagando é melhor, pelo menos você conversa com a pessoa, assim, o médico. E o fato de ser uma cidade pequena também. “Nossa, a menina veio aqui fazer

o teste, o quê será que ela tem.” (No atendimento particular) é mais reservado. Eu acho. (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

Sei que fazem o teste, mas eu sei que eu, particularmente, não procuraria, eu não procuraria lá (UBS ou hospital). Eu ia fazer em outro lugar. Mesmo sabendo, se tivesse não ia lá. Que essa coisa de ética mesmo... Eu sei que amanhã não conseguiria andar na rua. É uma coisa governamental mesmo, de profissionais não qualificados, mas não vem ao caso (...) (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco).

Eu acho que se faz exame de HIV, faz particular. Porque aqui (...) a saúde aqui (...) é muito ruim, o hospital... É tudo muito ruim. É tudo muito difícil, uma decadência o hospital (...), até para tomar uma injeção lá, é perigoso. Acho que tem que fazer particular, porque aqui (...) está muito difícil de médico (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

Além do atendimento particular, a única informante que possuía convênio médico também fez um relato sobre o momento em que realizou teste anti-HIV, o que indica que eventuais falhas no pré-teste, como a ausência das devidas orientações e esclarecimentos ao paciente acerca da sorologia, não se restringiam à rede pública.

Já fiz (teste anti-HIV). Foi muito engraçado outro dia, porque eu tava com problema de estômago e o médico falou que eu tinha que fazer exames de sangue. Na hora que a enfermeira foi tirar eu perguntei: “_ Pra que serve esse outro? A moça, super simples, ficou toda constrangida, falou: “_ Você não sabe pra que que é? Eu falei: “_ Não, o médico não me falou, eu procurei ele porque eu tô com gastrite, por isso que eu to perguntando... Daí ela falou: “_ É pra ver se tem doença, tipo sífilis, HIV... Agora que eu aprendi, eu já falei pra várias amigas fazerem, falar que querem fazer o VDRL (...). (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, branca).

Além do gasto com consultas e exames laboratoriais, algumas jovens citaram também o gasto com contraceptivo oral, embora integre a lista das medicações fornecidas no SUS. O horário de funcionamento restrito dos módulos e a distância até a UBS onde se dispensa medicamentos foram os motivos citados para a compra em farmácias:

No posto às vezes tem, mas normalmente eu compro. A ginecologista vem uma vez no mês, quando você quer mudar o anticoncepcional tem que esperar o mês (jovem do sexo feminino, 17 anos, cursando ensino fundamental, negra)

Não, não cheguei a ter não (alguma DST), mas já fui em ginecologista e ele falou que eu tenho corrimento, que eu preciso usar remédio.

E: E ele explicou, sobre o quê que era esse corrimento, que remédio, o tratamento que precisava fazer?

Explicou já. E foi aqui no posto que eu fui no ginecologista.

E: Você passa com que frequência?

No ginecologista? Não sei, eu já fui três vezes só. Até hoje, fui três vezes no ginecologista. Eu acho muito pouco.

E: Acontece alguma situação que você fala: “Ai! Eu preciso ir no ginecologista”?

Vou de tempos em tempos, mas, às vezes, eu sinto que precisa. “_ Nossa, eu estou precisando!” Quando o corrimento não passa.

E: E ele explicou o que era esse corrimento?

Ele não explicou não (...). É meio difícil perguntar por que está acontecendo (o corrimento). Mas ela passou remédio, passou a receita, o remédio eu que tive que comprar. Eu usei o remédio, tudo. Ela falou que transar sem camisinha (era a causa do corrimento). Lógico que as mulheres sim, pegam corrimento, mas exagerado, com cheiro ruim, pode ser problema de transar sem camisinha (...). Eu acho assim. Antes, eu não ligava muito para usar camisinha no meu relacionamento com a pessoa, eu não ligava muito de usar. Hoje em dia não, hoje em dia eu

tenho mais noção de usar a camisinha mesmo. Eu acho que isso (o corrimento) aconteceu, porque eu transava sem camisinha mesmo, é isso (jovem do sexo feminino, 20 anos, ensino fundamental completo, negra).

Observamos uma relação tênue e de caráter pontual entre os jovens entrevistados e os módulos de PSF. Um dos aspectos que pareceu relacionado com este “distanciamento” entre usuários e rede básica foi o fato de que a maioria dos usuários (nove dos doze) residiam em comunidades costeiras da região rural, cujos sub-módulos não existiam no formato de uma sede própria, ou então, funcionavam em horário integral somente de dois a quatro dias no mês. Muitos jovens enfrentavam dificuldades relativas ao custeio de transporte em função do difícil acesso geográfico entre suas comunidades e a região central do município, ou mesmo até o módulo da região urbana onde poderiam buscar insumos e atendimentos nos dias que necessitassem, pois ficava aberto em horário comercial, durante toda a semana. Deste modo enfrentavam barreiras à construção de uma relação de maior proximidade com os serviços e profissionais de saúde.

Outro aspecto que pareceu relacionado à baixa utilização da rede de saúde e, em alguns casos, a busca pela atenção privada é a expectativa negativa quanto à qualidade do atendimento, muitas vezes sustentada por uma concepção estereotipada da saúde pública no Brasil, associada à idéia de *precariedade*, nem sempre segundo uma avaliação objetiva. Nota-se, por exemplo, o receio e a preocupação dos (as) informantes, de modo geral, de que a baixa qualidade do atendimento também representasse desrespeito aos princípios éticos de sigilo e privacidade. Se focalizarmos a atenção no campo da saúde sexual e da sexualidade, este aspecto parece adquirir ainda mais relevância, dado a dimensão privada atribuída às questões deste campo.

As narrativas não associaram este tipo de receio ou o medo de ter suas questões íntimas na “boca do povo”, como diziam, com o modelo da atenção. Será que o Programa Saúde da Família ou o fato da agente comunitária ser necessariamente alguém muito próximo aos moradores, principalmente em comunidades pequenas como aquelas pesquisadas, tem algum impacto negativo na expectativa, por parte dos usuários, de maior ou menor respeito ao sigilo e à ética? Retomaremos este debate no âmbito da discussão.

6) RESULTADOS II: O CENÁRIO SOCIAL E PROGRAMÁTICO

6.1) O Programa Saúde da Família: a saúde sexual e reprodutiva entre outras “urgências”

Foram entrevistados profissionais da rede básica, que atuavam em dois módulos de PSF: um localizado na região rural/ costeira e um na região urbana. Os profissionais entrevistados que atuavam no módulo da região rural/costeira, nos informaram que a área de abrangência era composta por um total de dezessete localidades, agrupadas em dez micro áreas, cada uma delas com uma agente comunitária de referência. Para a cobertura das dez micro áreas, o módulo contava com três sub-módulos referenciados à equipe do módulo principal. Em quatro comunidades que não contavam com sub-módulos, os atendimentos da equipe aconteciam em sedes das associações de moradores ou em igrejas. A distância entre as comunidades era grande e para algumas delas o acesso era difícil, sendo possível somente por travessia marítima ou por trilhas. Vale ressaltar que os sub-módulos não tinham equipes próprias e não abriam todos os dias. A mesma equipe do módulo rural, considerado uma espécie de matriz, fazia a cobertura do atendimento da população das dez micro áreas. A frequência da presença da equipe era semanal ou quinzenal em cada uma delas, funcionava como uma equipe volante, cada dia atendendo em uma comunidade. Um dos sub-módulos funcionava dentro de uma comunidade quilombola, composta por aproximadamente duzentas famílias, representantes da quarta ou quinta geração. A maioria dos equipamentos de saúde estava localizada em Áreas de Proteção Ambiental (APA), o que imprime uma complexidade diferenciada em termos de gestão pública, segundo os gestores, pois aumenta a necessidade de interlocuções de caráter burocrático.

Além da **rede básica composta por sete módulos de PSF**, o município conta com um hospital, um centro de especialidades médicas, um laboratório para exames simples, as Vigilâncias: Epidemiológica e Sanitária e o Programa Saúde da Mulher, que comporta uma gestora específica, com ações bastante disseminadas na Atenção Básica/PSF. Para alguns exames colhia-se o material, mas as análises eram feitas em municípios de maior porte, como as sorologias de HIV e Hepatite, cujos resultados chegam a demorar até quatro meses. Observou-se acúmulo de funções entre os gestores, realizando não só a gestão como a manutenção parcial das atividades de assistência. Segundo relatos informais, há especialidades com as quais o município não conta, bem como exames de maior complexidade, cuja demanda é direcionada aos municípios vizinhos.

Pela inexistência de Programa Municipal de DST/Aids, a organização da atenção era feita por meio da interlocução direta entre Coordenação Estadual e DST/Aids e a Secretaria Municipal de Saúde. Segundo relatos informais de trabalhadores da saúde, a temática da Aids e da prevenção no município era marcada pelo silêncio devido a questões de ordem política e econômica como, por exemplo, a crença de que deve-se evitar divulgar número de casos de Aids ou de portadores do HIV em função do receio em associar a imagem de um município turístico ao crescimento da epidemia na região. Os relatos associaram este aspecto ao baixo investimento em campanhas de prevenção, pois isto poderia ser prejudicial à atividade econômica do turismo.

Conforme observamos, o exercício do controle social, previsto pelo SUS, por meio dos conselhos gestores e conselhos municipais de saúde, não era atuante com relação às políticas locais em DST/Aids, tampouco era praticado pela população local com relação às questões gerais de saúde, pois soubemos que o prefeito da administração anterior, depois de perder a eleição, determinou o fechamento de todas as UBS. Como os profissionais não eram contratados via concurso público, foram demitidos e a assistência básica em saúde foi

interrompida por aproximadamente oito meses, até a posse e início da administração eleita. Os entrevistados citaram prejuízos à assistência em saúde em geral, com ênfase a alguns pontos relativos à atenção em saúde sexual e reprodutiva:

Não é porque o prefeito perdeu que tem que fechar o módulo, eu acho que tem que ter uma coisa mais rigorosa sobre esse assunto (...). Aconteceu que o prefeito perdeu e fechou os módulos, mandou todo mundo embora (...) Isso aí, quando o outro assumiu abriu de novo, mas demorou um tempo até a ele estabilizar tudo (...) Ah, muita coisa prejudicou: tinha paciente que a gente acompanhava, que a gente levava remédio em casa, sabe, de HIV mesmo, tinha pacientes que a gente levava remédio para tuberculose... Tudo isso parou! Ficaram para pegar lá na Vigilância, quem tinha condições de ir buscar ou quem tinha parente para ajudar. (...) Fora acompanhamento de pré-natal que parou tudo, tudo isso que a gente faz, os hipertensos e diabéticos, acompanhava a pressão...(TÉCNICO)

Os resultados que serão apresentados a seguir descrevem a realidade cotidiana de profissionais que atuam “na ponta”, ou seja, constroem práticas necessariamente negociadas, pactuadas e/ou referenciadas aos contextos políticos e programáticos definidos tanto em nível local (a partir de demandas profundamente imbricadas na realidade social e cultural dos territórios e comunidades estudadas), como definidos regional e nacionalmente.

Trata-se de um recorte temático para fins acadêmicos, pois entendemos que na vida cotidiana das comunidades e serviços pesquisados, a dimensão “sexualidade-saúde” não tem uma existência em “estado puro”. As vivências ligadas às trocas afetivas e sexuais estão profundamente imbricadas com outras esferas da vida cotidiana como o trabalho, a família, a sociabilidade, entre outras. No caso dos serviços de saúde, a atenção às necessidades na esfera sexual, também não acontece isoladamente, ela é construída de acordo com a realidade local e permeada por outras necessidades do campo social e da saúde, por exemplo, o abuso de

drogas, as generalizações sobre “juventude problemática”, a pobreza e a “ignorância” da população atendida.

Diferentemente de um serviço especializado - onde a demanda chega depois de passar por processos de triagem - o caráter generalista, longitudinal, orientado para a família e para a comunidade (CUNHA, 2007) - faz com que a Atenção Básica se expresse pela riqueza e dinâmica de muitos aspectos de ordem social, psicossocial, cultural, biológico, histórico e político. O Programa Saúde da Família, inicialmente pensado enquanto estratégia, parece potencializar este processo, ou seja, as demandas que se colocam ao PSF - principalmente a partir da interlocução entre ACS e comunidade da qual ela também faz parte - não se restringem àquilo que é possível dar conta a partir das *ações de saúde básica* (MALFITANO, 2007) e nem tampouco se restringem ao campo da saúde.

Para compreender as práticas desenvolvidas no âmbito da atenção em saúde sexual e reprodutiva da localidade que estudamos, foi necessário compreender aspectos gerais do sistema de saúde local e abrir-se para o pano de fundo das políticas públicas para além do setor Saúde, que dessem (ou não) conta das mazelas sociais como a falta de habitação e emprego, mas também, de aspectos ligados às características sócio-demográficas da região litorânea, ao histórico das populações originais (indígenas, ribeirinhas e quilombolas) e ao cenário sexual e sociocultural característicos da vida à beira-mar, entre outros aspectos regionais.

Alguns relatos das condições e problemas de saúde apontados como principais pelas equipes de PSF indicaram a complexidade dos desafios que enfrentavam. Quando definiam quais os principais problemas das comunidades atendidas, referiam-se à diabetes, hipertensão, à miséria, à insuficiência nutricional e falta de saneamento básico, como indicam as falas a seguir.

Os principais (problemas de saúde da comunidade) é mais hipertensão e diabetes, e assim, escabiose, porque muitos deles não tem cuidado, sabe, as crianças vão para rua, brincam nos lixos. Uma vez acharam um resto de agulha, a gente não sabe de onde veio, a gente pegou, falamos na Secretaria, a criança pegou o lixo sei lá aonde, e ninguém sabe, teve esse perigo, mas a gente descobriu, foi atrás, conversamos com a mãe, fizemos o exame e graças a Deus não deu nada (...) (ACS)

Inclusive na minha micro área tem um grande problema, sim, é um lixão que existe dentro dela, é onde um rapaz diz que ele separa material reciclável e realmente ele faz isso, só que ele não vê a situação em si, aquilo é um lixão, onde mora uma senhora, uma senhora que a gente está procurando tirar ela de lá, junto com a promoção também, esse caso já foi a juízo, já chamaram os filhos. Hoje em dia a gente teve a resposta de como vai ser feito ali o remanejamento com ela, porque as condições em que ela vive é tremenda, é péssima, é horrível (...) (ACS).

Tem área sua que não tem rede de esgoto (...) as casas beirando o rio, tanto desse lado como do outro lado, todo o esgoto de todas as casas é jogado dentro desse rio (...) tem acesso à praia (...) eu acho um crime, jogar totalmente esgotos de todas essas famílias (...) tem famílias que moram no barraco de madeira, oito, dez pessoas, tudo dentro do quatinho, não trabalham, vivem pedindo comida, pedindo as coisas para os outros na rua (...) (ACS).

A necessidade de alimentação, algumas famílias, depois de um certo tempo de convívio, a gente teve como entrar mesmo nas casas, a gente procurou a promoção social, distribuimos cestas básicas (...) (ACS)

Sobre a região urbana, os depoimentos destacaram ainda: o consumo de álcool e drogas entre os jovens, a gravidez não planejada em adolescentes, desnutrição de crianças e déficit nutricional em adultos associados à pobreza e/ou miséria extrema; indicaram áreas do território com condições habitacionais de risco; exposição de moradores ao lixo acumulado em áreas;

alguns pontos sem rede esgoto; a existência de pontos de comercialização/tráfico de drogas; população com baixo nível educacional e pouca valorização cultural da escolarização; alto índice de desemprego e trabalho informal e/ou sazonal (ligado ao turismo).

Quando os profissionais descreveram o cenário das comunidades rurais/ costeiras, alguns elementos se repetiram (pobreza, desnutrição infantil, alto número de gestações e partos). A pobreza, em ambas as regiões, foi associada com a dificuldade em desenvolver hábitos saudáveis pela “falta de entendimento, falta de consciência” para os riscos em saúde. Já a religião também emergiu das narrativas, tanto dos profissionais do módulo urbano como da região rural/costeira, como referência a um conjunto de características da população que estava associado à resistência em cuidar da própria saúde, à “falta de consciência” para seguir as orientações sobre prevenção, pois, como diziam “a religião cega as pessoas”.

Porque eu acredito que seja muita falta de informação. Eu vou na casa de pessoas (...) não tenho absolutamente nada contra religião, religião cada um tem a sua opinião, cada um tem a sua, as pessoas que se dizem testemunhas de Jeová, eu pergunto: “_ a senhora está com o seu preventivo em dia, está fazendo o acompanhamento médico?” “_ Ah! Não faço essas coisas não.” “_ Mas porque você não faz?” “_ Porque minha religião não permite.” Você que tem que tentar conversar... Por mais que você explique, aí você volta... (ACS).

Quanto às diferenças em relação à região urbana, os informantes indicaram: predomínio da população mais idosa e com menor escolarização, que trabalha na pesca, agricultura e pecuária e nas residências de turistas, trabalhos estes que parecem se relacionar com o fato de que na região rural a miséria não tenha sido descrita, pelos informantes, com contornos tão intensos quanto os da região urbana. A existência de fossas e de formas alternativas de cuidado com o lixo contrastou com as mazelas de exposição aos dejetos no contexto urbano. A escolarização de crianças concentrava-se até o primeiro ciclo do ensino

fundamental, depois tendia à evasão, segundo os informantes, por dificuldades geográficas e de locomoção até a região urbana, onde se disponibiliza a continuidade da escolarização até o ensino médio.

A população das comunidades rurais/ costeiras foi descrita como humilde, pacata, hospitaleira e acessível em comparação versus a agitação, o consumo de drogas e a “promiscuidade” da vida no centro. Descreveram-na com valores morais e papéis de gênero mais rígidos, talvez pela maior influência da religião, da presença significativa de igrejas evangélicas e católicas nas comunidades rurais. Acreditavam que os moradores das comunidades mais distantes do centro, vivendo principalmente da pesca nas regiões costeiras, estavam menos expostas ao tráfico de drogas ilícitas e o consumo de bebida alcoólica, este mais ligado à vida cotidiana e às tradições culturais e nem tanto ao cenário dos bares e lazer turístico.

Acerca da vida sexual e reprodutiva da população em geral, os profissionais de ambos os módulos de PSF descreveram casais mais jovens, que se “juntam cedo”, próximo aos dezoito anos (união consensual) e que tendem a constituir família numerosa. O número de gestações e partos foi avaliado como alto, incluindo aí, o número de gestantes adolescentes (menores de 18 anos, solteiras, vivendo na residência da família de origem). Percebiam alta procura por métodos contraceptivos definitivos, muitos parceiros nas relações sexuais, baixo uso regular de preservativo e alta prevalência de DST. Os profissionais referiram maior resistência ao planejamento reprodutivo, à adoção de métodos contraceptivos e ao uso de preservativo na região rural/costeira, em função do predomínio de noções como: “Deus quer”, “deixar a natureza agir livremente”, e a associação da camisinha como “modernidade, agitação e promiscuidade”, contraditórios à vida pacata e distante do centro.

Vejamos um relato que condensa a percepção dos profissionais entrevistados sobre os aspectos sociais e culturais e o modo como se relacionam ao cenário sexual e da saúde reprodutiva:

Eu fui na casa de uma pessoa, ela tem 8 filhos, a promoção social dá uma cesta básica por mês, que obviamente não dura um mês, então, eu não sei te explicar o que era aquilo (...) é uma pessoa que a gente procura instruir, procura ajudar, existe o planejamento familiar, mas essas pessoas não querem saber de planejamento familiar, elas não querem saber de usar uma camisinha, ou de tomar uma pílula, um anticoncepcional, a importância da camisinha, não só: “o meu problema é que eu não quero engravidar, só engravidar”. Não existem outros problemas, só a gravidez! Para elas não existe a AIDS! Não existe DST, não existe isso, só a gravidez! É preocupante (...) a falta de informação das pessoas das comunidades carentes... Como falta tanta coisa falta essa orientação para que essas pessoas tomem os seus devidos cuidados para ter uma saúde, para ter uma vida sexual ativa legal. Falta tudo isso, falta orientação, falta muita coisa, saúde sexual é o que realmente falta para essas pessoas (ACS).

Mostrou-se corrente, portanto, a noção de que eram tantas as necessidades e as faltas, inclusive algumas delas para além do campo da saúde, que o lugar ocupado pela saúde sexual não era, definitivamente, um lugar de prioridade. Segundo a mesma lógica, os jovens não constituíam a principal fonte de preocupação dos profissionais, lugar ocupado pelos pacientes hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes e bebês. As jovens, quando gestantes, passavam a grupo prioritário, aspecto que discutiremos ao longo do trabalho.

6.2) Concepções dos profissionais do PSF acerca dos temas: *adolescência e juventude, sexualidade, saúde sexual e sexo seguro*

“Adolescentes” constituiu a nomenclatura mais utilizada pelos profissionais para se referirem ao segmento dos usuários entre 11 e 18 anos. O termo “jovens” era pouco utilizado e quando o faziam, estavam se referindo ao grupo acima de 18 anos, até em torno dos 21. Observamos que os profissionais tinham dificuldade para reconhecerem como jovens, os sujeitos entre 22 e 24 anos. Temos como hipótese o fato dos profissionais relatarem que nesta faixa etária a maioria dos (as) jovens já era casada ou vivia em união estável e possuíam filhos.

As narrativas em torno dos “adolescentes” enfatizavam as características atribuídas à *fase da adolescência* – indicando o que alguns autores chamam de *naturalização* ou *universalização* da adolescência (CALAZANS, 1999; OZELLA, 2002) – marcada por aspectos de cunho psicológico que diferenciam os modos de ser e agir, comparado à infância e à vida adulta, o que dificultaria a interação com “o adolescente”, pois é tido como naturalmente irresponsável ou rebelde e visto sobre a “ótica de problema social” (ABRAMO, 1997; SPOSITO, 1997). Outro aspecto comum aos depoentes foi referirem-se à adolescência como marco inicial das experiências sexuais, como se a sexualidade “emergisse” em um determinado momento, coincidindo em significado com a iniciação da vida sexual e com a ampliação da autonomia e da sociabilidade. Estas noções incluíam a idéia do risco dos adolescentes “entrarem no mundo das drogas”.

As concepções dos profissionais acerca da sexualidade enfatizavam a dimensão das trocas afetivas, dos contatos corporais e da vivência de sentimentos e sensações prazerosas e intensas.

Em relação à sexualidade, sexualidade é uma palavra que envolve muita coisa, é um capítulo inteiro, não só sexo, enfim, mas é um monte de outros sentimentos envolvidos. Sexualidade não se baseia só na penetração, ou só no ato sexual, envolve carinho, abraços, beijos e outras coisas que podem te dar prazer também. (TÉCNICO)

Para mim... Sexualidade, eu não sei definir isso (...). Sentir uma atração por outra pessoa, sentir de ter desejos, de ter aquela pessoa com você, descobrir o ato da sexualidade, mas junto com uma pessoa que você realmente conheça, mas é isso, sentir desejo pelo outro, isso para mim é sexualidade. (ACS)

Percebemos ao longo das entrevistas que abordar o tema da sexualidade no contexto da prática profissional remetia às memórias de experiências e valores pessoais dos informantes, em uma perspectiva temporal de comparação entre o presente e o passado.

A gente tem pego criança de onze, doze anos grávida. Eu tive minha primeira relação com dezesseis anos e naquele tempo era muito difícil essa coisa da mãe conversar. Minha mãe nunca sentou comigo, eu não tive um diálogo com a minha mãe quanto a isso. Eu tive um namorado, namorei três anos com ele, tive a minha primeira relação com ele, e hoje em dia você vê que a idade diminuiu muito para isso. Há 10 anos atrás, não era coisa de você estar no auge do sexo ou: “_ eu vou fazer porque minha amiga já fez.” Hoje em dia as crianças estão iniciando a vida muito cedo...(ACS)

Ao discorrerem sobre o tema da sexualidade, quase sempre os sujeitos eram as meninas, o “silêncio” acerca de reflexões sobre a construção da masculinidade e da iniciação sexual dos rapazes foi evidente. “(Sexualidade é) Sexo, as meninas de hoje, começam a namorar e só querem saber de sexo, não sabe o que pode acontecer, sexualidade é sexo” (ACS).

Por outro lado, quando se referiam às experiências sexuais dos rapazes, na maioria das vezes era no sentido de comparar os papéis tradicionais atribuídos aos gêneros que diferenciava a sexualidade “das meninas” em relação à sexualidade “dos meninos”. Assim, alguns profissionais reconheciam atitudes distintas entre *os rapazes* e *as moças* das

comunidades no âmbito das experiências afetivo-sexuais. As meninas desejariam relacionamentos mais duradouros e os rapazes, as interações mais fugazes.

Eles começam a namorar, já querem ter relações e pronto: “_ vou casar.” A maioria é isso (...). Acho que mais para a menina. O menino só quer zoeira, os meninos querem sair, ficar e o que acontecer, aconteceu. Elas até tentam (se manterem em uma mesma relação), mas os meninos variam (de parceiras) (TÉCNICO).

A iniciação sexual e a perda da virgindade foram, em geral, percebidas como eventos marcantes, física e simbolicamente, porém somente para as garotas e quase sempre como experiências precoces em suas vidas.

E ela tem 14 anos, eu me lembro que ela me falou que antes dela menstruar, ela já estava tendo relação sexual. É até uma coisa comum que a gente vê aqui, menstruam com 13, 14 anos, mas com 11, 12 anos, elas já estão se relacionando (...). Normalmente, namoradinho (com quem iniciam a vida sexual), mas que não sabem me dizer como e nem o porquê aconteceu, né? Foi uma coisa que acho que mais porque vem acontecer com outras colegas, e aí reproduzem aquilo (TÉCNICA).

A “perda da virgindade” feminina foi citada pelos profissionais como fato que, segundo observam, as meninas tendem a preservar como segredo devido ao medo da repercussão social e da desvalorização, medos estes que representam barreiras simbólicas à busca de cuidados à saúde.

Porque é uma coisa nova para elas e... A questão de às vezes estarem agendadas e ter outras pessoas da comunidade que conheçam seus familiares, por exemplo. (...) elas tenham receio (...) de estar vindo, porque há a questão da virgindade inclusive, né. A mãe acha que é virgem, o pai acha que é virgem... Aí de repente ela está aqui para colher um preventivo? A vizinha vê, a prima vê, mas, péra aí... Aí já fala para o pai e para mãe e

cria uma situação familiar constrangedora, às vezes, para essa jovem, né? (TÉCNICO).

Os profissionais, principalmente da região urbana descreveram a juventude e o cenário sexual como associados à idéia de que os jovens “transam cedo, transam muito, e transam com muita gente”, referindo “falta de responsabilidade pelas conseqüências”, (a gravidez e as DST) agravadas pela situação social de pobreza e uso de drogas:

Eu vejo pela nossa comunidade que é carente, eu acho que essa fase da juventude eles vivem muito para isso, mais do que para trabalho, mais do que para estudo, eles pensam muito em sexo, mas sem..., tanto que tem essa quantidade de meninas grávidas, e engravidando de novo, troca e na maioria das vezes não é o mesmo pai do bebê, porque daí ele já não está mais com ela, porque não deu certo, arranjou um outro namorado, outro homem e já ficou grávida de novo. Acho que eles pensam muito em sexo sem prevenção, sem pensar em estudar, sem pensar em trabalhar. E aqui na nossa comunidade infelizmente estão tendo muito contato com droga, muito isso, muitos problemas de jovens com droga (TÉCNICO).

Na tentativa de compreender as causas da alta incidência de DST e de gestações não planejadas, atribuídas pelos profissionais não somente ao segmento adolescente e jovem, mas à população em geral com vida sexual ativa, emergiu dentre os depoimentos a expressão *promiscuidade* como adjetivo que descreve as experiências sexuais marcadas pela multiplicidade de parceiros.

(...) uma das demandas que a gente enfrenta aqui muito (...), primeiro: a promiscuidade e segundo é a gestação em adolescente, que é assim..., um horror (...). São os nossos problemas aqui que a gente está começando formular hipóteses de como trabalhar com isso, tanto que vai ter um grupo aí (...) (TÉCNICO).

(...) o pessoal fala, na consulta elas não falam muito, não sei se pelo fato de eu ser homem, mas as agentes (de saúde) me falam, me contam muito que há a promiscuidade do tipo: dois, três parceiros, rodízio... (...) E promiscuidade é isso. É mais de dois ou três parceiros nos últimos seis meses, né? (TÉCNICO)

Observamos, também, a idéia da *promiscuidade* como algo relativo ao contexto familiar e “aprendido” a partir do exemplo dos pais, em especial, da mãe:

Ou a mãe ou pai que tem... A maioria mora com a mãe, né?Então é um parceiro hoje, outro amanhã, e dentro da própria casa, trazendo sempre novos parceiros... Então é um exemplo. Se a minha mãe não tem um parceiro fixo, e tal, para que, que eu tenho que ter né? Se a minha mãe abortou e eu sei que ela abortou, porque desde criança eu ouvia situações assim, agora eu entendo que era isso, então porque também eu não vou fazer se a minha mãe continua aí? Principalmente paras as meninas eu acho que a mãe ainda é a base, né?É importante o pai e a mãe, mas na questão sexual eu acho que a mãe ainda é o exemplo! (TÉCNICO)

Além da atribuição ao contexto familiar e à figura da mãe, da responsabilidade pela sexualidade dos jovens, “mais promíscua” ou “menos promíscua”, a moral religiosa familiar e da comunidade apareceu como barreira para que os pais conversassem sobre sexualidade com os filhos:

Tem uma menina, ela é nova também, não sei se ela tem dezesseis ou dezessete anos, ela é grandona, mas assim..., a mãe é muito religiosa, então não tinha esclarecimento nenhum, em casa. Não que a menina não tinha orientação, porque tem na escola, tem no posto, andava de sainha curtinha, já era vivida, mas não tinha o apoio da mãe, não tinha essa conversa (...). Não tinha apoio nenhum da mãe, quando a mãe ficou sabendo foi o maior desespero (...), que ela estava grávida (...), ela demorou um tempão para contar, acho que foi a prima dela que contou, a mãe dela é brava, mas agora tudo bem, a mãe dela vem com o nenê aí, traz o nenê para tomar vacina (TÉCNICO).

Outra dimensão relevante em que os papéis parentais ou do grupo familiar emergiram como eixo das explicações que os profissionais construíam para as atitudes dos jovens foi a questão do uso do preservativo. Quando questionados sobre o que diferenciavam as jovens que iniciavam a vida sexual com preservativo das jovens que iniciavam sem o preservativo, dois profissionais recorreram ao ambiente familiar e à *promiscuidade* dos progenitores.

Logo de cara para mim é o meio familiar! (...) De ter algum diálogo dentro de casa, acho que não usam (o preservativo) quando não tem diálogo. O que a gente observa é muita questão de viverem no meio de promiscuidade... E aí acabam reproduzindo o que vêem dentro das suas próprias casas... (TÉCNICO).

A entrevistadora, então, questionou se o entrevistado citaria outros fatores, além dos “exemplos” familiares, que distinguíssem as garotas que usavam o preservativo daquelas que não usavam; surgiu a questão da escolaridade articulada ao contexto familiar.

É. Acho que não difere muito assim do que a gente vê em estatística, a baixa escolaridade dificulta mais essa relação do diálogo, essa orientação que os pais passam né? (TÉCNICO).

Quanto às noções que possuíam sobre *saúde sexual* e *saúde reprodutiva*, de modo geral, os técnicos associaram estes conceitos com as ações que desenvolviam direcionadas à prevenção da gravidez indesejada, o acesso ao exame preventivo/papanicolau, ao planejamento familiar e à prevenção das DST/Aids. As agentes comunitárias, de modo geral, associaram saúde sexual e reprodutiva com a prática de fazer a busca ativa das pessoas e dar orientações sobre como evitar gravidez não desejada e prevenir as DST. A principal atribuição do PSF nessa área foi definida pela maioria dos informantes como “fazer prevenção”, “dar orientações” e “informar a população”.

O papel do PSF é orientar, né? Trazer essas pessoas para a gente estar orientando o que pode acontecer. (ACS)

Quando discorreram sobre prevenção e as ações desenvolvidas para estimular a prática do sexo seguro, a maioria dos profissionais do PSF avaliou que os jovens residentes nas comunidades onde se localizavam os módulos, freqüentemente não iniciavam a vida sexual com preservativo. Referiam-se quase sempre às garotas.

Normalmente não (usam preservativo na primeira relação)! Para as poucas que vêm e que fizeram uso desde o início, então até um gancho que a gente tem de estar falando: “_ olha, que bom que você usou, continue usando, porque você até agora não passou por nenhum risco e se continuar usando vai estar bem mais... vai estar livre desses riscos ou vai estar diminuindo”! (...) Tem, mas bem pequeno, um grupo pequeno (que inicia com camisinha) (TÉCNICO).

Os profissionais tentavam compreender os motivos do uso irregular do preservativo pelas adolescentes: tinham dúvidas sobre elas terem informação “suficiente”, ou não; adotavam a idéia bastante difundida pela literatura de abordagem essencialista sobre “o adolescente” *onipotente e sem juízo*; afirmavam que as famílias que não dialogavam sobre sexualidade com suas filhas ou se referiam à simplicidade, ao recato, à *falta de informação* e à *falta de interesse em se prevenir* da população *mais humilde*, pelo fato de residir na zona rural. Aspectos mais conjunturais e socioculturais, como a normatividade de gênero ou mesmo o cenário do turismo não foram citados. Vejamos a explicação de um (a) profissional para a não adoção do preservativo pela juventude:

Eu acho que falta um pouco de juízo, de consciência da própria pessoa, é como uma tragédia, a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, eu acho que falta um pouco de colaboração dos pais também, orientação, da mãe ser mais amiga das filhas, dos pais serem mais unidos, entendeu. Eu tenho uma religião, então eu acho que falta um pouco de religião também,

estrutura na família, acho que tudo isso, porque ter tem (preservativo na UBS), aqui tem, às vezes acaba, chega e acaba, mas não fica muito tempo sem preservativo (TÉCNICO).

No módulo localizado na zona rural, se comparado aos módulos da região urbana, os profissionais deram mais ênfase à *falta de informação* das crianças e adolescentes acerca da sexualidade assim como seus pais e a população em geral. Associaram a *falta de informação* ao baixo grau de escolaridade e à “simplicidade”, “humildade” das pessoas, possivelmente pela vida “fora” da cidade. Referiam-se às crianças e adolescentes em tom mais infantilizado, como se fossem mais ingênuos, ao contrário da população jovem da região urbana, descrita como mais “saidinha”, “sabida”. Vejamos a descrição dos motivos para a realização de uma atividade educativa com grupo de adolescentes na região urbana.

Esse grupo aconteceu porque a gente vê a necessidade de informação, mesmo das crianças. (...) Falta informação, eles não sabem como agir, os pais não sabem, não sabem informar (...) (TÉCNICO).

Os profissionais, em sua maioria, pareciam confundir *informação* com *conhecimento*, em uma equação, cujo resultado não é exato: conhecimento ou informação não necessariamente implica prática do sexo seguro, aspecto já apontado pela literatura. Ter *conhecimento* para *escolher*, decidir pelo uso ou não do preservativo, foi indicado como fator necessário para a prática do sexo seguro, e os adolescentes e jovens da região urbana tinham “menos” informação, segundo os entrevistados, do que o grupo residente na região urbana.

Eu acho que assim (...) hoje em dia, não há desinformação! Eu acho que tem informação, mesmo na escola, com as dificuldades que até os professores tem de conversar! Sempre em algum momento, alguma coisa é falada, tanto que às vezes a gente vai à escola fazer palestras e tudo mais.

Eu acho que é mais uma questão, de se convencer de que as coisas podem acontecer, com você! Aquela coisa mesmo do adolescente, né? Só vai acontecer com o outro, não vai acontecer comigo. Então assim, talvez elas não tenham o grau de conhecimento necessário para você escolher, né. Mas algum conhecimento elas tem, mas vão pela aquela onda de que só acontece com o outro, comigo não acontece... (TÉCNICO)

6.3) A importância das agentes comunitárias de saúde (ACS) como elo entre serviço e comunidade: reconhecendo as necessidades para prevenção em DST/Aids

Destacaram-se nos relatos tanto dos técnicos como das agentes comunitárias, a frequência com que estas identificavam situações no território, faziam escutas, colhiam dados, efetuavam orientações, sugeriam a realização do exame “preventivo” e levavam as informações coletadas ao conhecimento dos técnicos das equipes. O olhar das ACS, seus conhecimentos sobre as comunidades e as famílias, a leitura que faziam acerca do que era (ou não) problema e necessidade de saúde implicava nas estratégias de prevenção planejadas pelas equipes.

A partir de conversa minha, ela já tinha falado para mim que queria marcar um preventivo, eu perguntei se ela era virgem. Aí ela falou que não e disse o tempo que ela tinha começado a ter relação, eu falei: “- vamos agendar sim (...)”. Na época ela devia ter uns 16 anos (...) ela falou que estava sentindo umas dores quando tinha relação e então ela queria fazer um preventivo. Aí foi aonde a gente descobriu que ela estava com NIC II (...). Fomos descobrindo o que tá acontecendo com as meninas, as DST, tudo, não só esta, assim várias... Vendo o que a gente precisa fortalecer mais. (ACS).

Além das agentes comunitárias, as auxiliares de enfermagem também se reconheciam enquanto participantes das ações, responsáveis, principalmente, pelo acolhimento, na UBS, dos usuários (as) que solicitassem informações, orientações, insumos ou atendimentos clínicos. Observamos em seus relatos a valorização da postura ética – que respeitasse o sigilo e a privacidade – e fosse empática e acolhedora. Justificavam esta necessidade, em especial, com relação à abordagem da sexualidade.

(...) ele (um usuário) ficou bem tímido, chegou no postinho meio retraído, perguntou se a (nome) estava (...), eu falei: “_ não, mas se você quiser conversar eu estou aqui”. (...) Ele veio e conversou: “_ eu queria fazer um exame tal, porque houve isso e isso” (...) (...) Na recepção, ele falou que queria falar com a técnica (...) “_ você vem aqui dentro, a gente vai conversar”. Aí eu chamei ele. A gente acolhe o paciente mesmo, para ele poder ter liberdade de contar as coisas, porque no meio do pessoal não vai ter coragem (...) a gente nem deixa também, porque se tem mais gente, cê às vezes até sabe, rola aquilo que eu te falei, o tipo do preconceito, então a gente nunca deixa o paciente, a gente chama, acolhe o paciente, conversa com ele separadamente (...) Ele tinha feito relação com uma pessoa e ele achava que essa pessoa estava com doença, ele ficou muito preocupado se ele tinha pego, então ele pediu para fazer exame, eu falei: “_ você tem que passar pelo Dr, pedir uma requisição de exame”, Aí ele fez, só que não acusou. Ele falou: “_ nossa estou livre”! (TÉCNICO)

Observamos que as auxiliares atribuíam aos enfermeiros e médicos a incumbência de organizar e coordenar as atividades educativas em grupos; elas se mostraram pouco seguras em desempenhar funções de maior liderança, assumindo freqüentemente o papel de apoio e suporte.

Vale destacar a legitimidade que os profissionais de medicina e enfermagem atribuíam ao trabalho de interlocução entre as ACS e as comunidades acerca das questões no campo da sexualidade. Reconheciam a importância destas enquanto conhecedoras do território e das famílias, com vínculo capaz de mobilizar pessoas e grupos acerca da importância da prevenção às DST/HIV.

As agentes (comunitárias de saúde) são muito boas, porque eu capacitei no começo sobre a importância do (exame) preventivo, a importância da DST... Elas começaram a se preocupar, e elas já têm aquela visão de conhecer a comunidade. Então elas já vão, às vezes, no foco. Têm muitas (pessoas) que elas não conseguem trazer para cá, tem, por exemplo, outras mulheres, diz que nunca tinham feito um preventivo, 65 anos, 66 anos e aí (as agentes)

conseguem captar (...), conseguem abordar para poder vir fazer o preventivo, e também tem um trabalho (...) que a gente faz com a personalidade da gente: “_ como eu sou”, a comunidade começa a acreditar no trabalho, e aí a gente consegue adquirir a confiança delas ou deles. (TÉCNICO)

Os profissionais descreveram a questão do vínculo e da confiança progressiva como o contraponto à dificuldade dos usuários jovens em buscar o serviço de saúde para as questões sexuais. O *tabu* da sexualidade, como referiu uma informante, pareceu mais intenso no caso da juventude residente na região rural, permeado pela moral religiosa bastante forte nas comunidades rurais cobertas pelo módulo pesquisado.

A gente sabe que eles têm relação sexual muito cedo, alguns, muito cedo, e assim... Quando eles têm alguma doença sexualmente transmissível, aí é lógico que eles já criam aquele tabu: “_ como eu vou fazer?”, “_ para quem que eu vou falar isso?”, “_ como que eu vou conduzir essa situação?”. E na maioria das vezes eles não se comunicam, guardam para si, mas a gente percebe que eles têm essa dificuldade de chegar, seja lá qual profissional for para estar pedindo ajuda. É logicamente que conhecendo as pessoas, tenta chegar nelas de maneira sutil, chegar nelas e ver até onde a gente pode estar dando essa assistência a esse jovem, mas assim..., é um trabalho difícil... (...) Então, eu acho que conforme a situação vai apertando, aí eles não tem mais como..., aí tem que procurar ajuda profissional mesmo, aí procura, mas assim em última estância. (TÉCNICO)

Como observado acima, o fato das ACS terem sido associadas com a idéia de confiança e vínculo com a população, o que facilitaria a abordagem da sexualidade e, em decorrência, das questões de saúde-doença, não significava necessariamente ausência de dificuldades e, tampouco, aptidão nata ou segurança na abordagem da sexualidade. A maioria relatou desconforto em abordar queixas sexuais durante a visita domiciliar, pois não se fala

deste assunto do mesmo modo que se perguntava sobre a hipertensão do paciente, por exemplo.

(...) doenças sexualmente transmissíveis a gente conhece várias, mas tem aquelas que a gente trata, mas isso depende muito das mulheres, porque elas que tem que vir para a gente e dizer o que elas têm né? Eu não posso chegar na casa dela e falar: “_ você está com corrimento?”(ACS)

Das cinco agentes comunitárias entrevistadas, somente uma delas mencionou que os jovens do sexo masculino procuravam-na para tirarem dúvidas sobre DST e métodos contraceptivos ou solicitarem tratamento. Os rapazes eram referidos como “mais envergonhados do que as meninas”.

Teve um jovem... Rapazes chegam para gente, pedem para marcar médico, uma consulta, aí ele chegou para mim e pediu: “tem como você marcar uma consulta, porque eu estou com uma doença que eu peguei, não sei se foi de alguma mulher, de alguma menina, estou mal mesmo”. Falei você vai, a gente fica tentando marcar médico para fora, porque aqui tem que ser tudo encaminhado para fora. (ACS)

Ao questionarmos a mesma informante se tanto as garotas como os rapazes conversavam com as ACS sobre suas necessidades de tratamento ou de prevenção e se eles tinham mais dificuldade em buscar estas profissionais, a ACS diz:

Os dois procuram (rapazes e moças) (...). Acho que não (os meninos não têm mais dificuldade). Eles estão tão acostumados com a gente, nas visitas, na casa, que eles nem tem mais... (...). Eles falam com a gente longe (da mãe, de algum familiar) (...) Pede até para a gente entregar algum exame: “_ não entrega para minha mãe, entrega quando eu estiver sozinho” (ACS).

Por outro lado, a maioria das ACS percebia uma nítida diferença entre rapazes e moças na busca por cuidados em saúde sexual. Uma informante descreveu como se dava sua visita mensal ao domicílio, o que permitiu a emergência de alguns aspectos que ilustram a construção das iniquidades de gênero no acesso às ações de prevenção em saúde sexual.

Bom, os homens nunca me falaram nada (...) de ter bichinho lá, nunca falaram! Eu sei de casos que tiveram, porque vieram ao médico direto, o médico dava o remédio, depois pedia para mim voltar, porque essa é uma parte que tem que ter notificações. Eu ia até a casa procurava conversar com a mulher. Muitas das mulheres, depois de muito tempo de confiança, conversavam comigo na frente deles, acabavam dizendo que estava melhorando: “_ a ferida melhorou, a coceira melhorou”, mas nunca eles chegaram e falaram: “_ eu estou com coceira, dá para marcar um médico para mim. Assim não, os homens. Já as mulheres, normal: “_ estou com corrimento, dá para marcar um preventivo, uma consulta?” “_ Eu tive relação ontem e doeu, tem como marcar o médico para ver o que é?” Sempre foram abertas quanto a isso. Na visita a gente entra, vê a ficha daquela pessoa e sabe o que ela tem. Dali eu já faço o meu questionário: “_ Sr. João está bem a sua pressão?” “_ Dona Maria fez o preventivo esse ano já?”. Com elas eu tenho total liberdade, no meu segundo ano de serviço, eu já tinha total liberdade com a minha área e com elas em relação a isso. E quando a gente descobria HPV, essas coisas, a gente tinha mais um certo cuidado, a gente começava a colher o preventivo de seis em seis meses, para estar controlando aquela ferida (...) se precisar ir para o hospital do câncer, a gente manda e assim vão fazendo o tratamento delas, liberdade total eu sempre tive (...) com as mulheres, com os homens é mais difícil, eles às vezes só falavam depois da consulta com o médico (ACS).

6.4) População e território: reconhecendo a juventude, suas necessidades e direitos no campo da sexualidade e da saúde reprodutiva

Os profissionais do PSF entrevistados - médicos (as), enfermeiros (as), agentes comunitárias de saúde e auxiliares de enfermagem - demonstraram motivação em conhecer as

áreas de abrangência cobertas pelas ações de saúde do módulo em que atuavam, o perfil da população *adscrita* e os principais agravos em saúde dos diferentes segmentos populacionais que compunham o território. Nas suas narrativas refletiram sobre os entraves na atenção à saúde integral e, em especial, à saúde dos (as) adolescentes e jovens. Características como timidez, rebeldia, onipotência e irresponsabilidade foram atribuídas aos sujeitos na *fase da adolescência*, em uma perspectiva naturalizante ao elaborarem suas justificativas para as dificuldades na promoção da saúde de adolescentes e jovens. Um aspecto interessante foi que quanto mais os profissionais reconheciam estas dificuldades, mais defendiam as práticas direcionadas ao segmento, descrevendo as mais variadas tentativas e “jeitos de fazer” no cotidiano para se aproximarem dos (as) adolescentes que, segundo os informantes, “acham que nada de ruim acontece com eles, usam drogas, são rebeldes, entre outras características atribuídas à juventude”. De modo geral, as ACS que tinham maior tempo de trabalho no PSF, se mostraram muito sensíveis às necessidades em saúde sexual das adolescentes.

Eu tenho um grande número de adolescentes, sim. (...) eu conheço muito bem a população (...) eles foram meus amigos de anos atrás, alguns deles. Então eu tenho mais fácil acesso de conversar, certos tipos de assuntos com eles, então a maioria das meninas, quando perdem a virgindade, eu falo: “_ vamos fazer um preventivo, vamos tomar o remédio, senão daqui a pouco você vai ficar grávida“. Sempre procuro mostrar o problema antes de acontecer. A menina me procurou e disse: “_ eu perdi a virgindade, mas minha mãe não sabe, eu preciso fazer um preventivo“. Eu falei: “_ não, tudo bem, pode deixar que eu vou marcar, mas não vou falar para sua mãe que você não é mais virgem“. E com isso eu fui criando um vínculo com eles. Então com os adolescentes eu tenho a maior liberdade na minha área. Se são um ou dois que ficam mais em outros bairros, eu quase não falo com eles, mas falo com a mãe e ela me conta os problemas deles que tem dentro de casa (ACS).

Parece bastante positiva a sensibilidade da ACS em oferecer o exame preventivo e pautar a questão de “tomar o remédio”, referindo-se à utilização de contraceptivo oral; além de intuir a importância de proteger a informação sobre a iniciação sexual adolescente em relação à sua mãe, enquanto uma necessidade para o vínculo e para a continuidade da assistência à saúde dos jovens. Ficam, no entanto algumas questões que discutiremos ao longo do trabalho: quais os motivos subjetivos que norteiam as ACS na proposta do cuidado, elegendo para isto, o exame preventivo (papanicolau) e o contraceptivo oral? Por que, dada a constatação da “perda da virgindade”, o preservativo e a prática do sexo mais seguro não foram eleitos, pela informante acima, para iniciar uma abordagem educativa?

Os resultados indicaram a dificuldade dos profissionais em falar da sexualidade “antes da menina perder a virgindade”, de modo que falar de sexo antes do ato sexual acontecer mostrou-se como uma prática estranha, contraditória, para a maioria dos profissionais. Podemos pontuar o não reconhecimento das (os) adolescentes enquanto sujeitos sexuais (PAIVA, 1996, 1999, 2000) enquanto não se tivesse a certeza de que tinham vida sexual ativa. Neste sentido, a educação sexual ficaria destinada aos “iniciados”, fato que associado à carência de outras fontes educativas ou barreiras materiais e culturais, contribui para a vulnerabilidade às gestações e às DST entre adolescentes com vida sexual recém iniciada.

Além das concepções dos profissionais sobre adolescência e juventude, outros fatores foram citados como inerentes à dificuldade de fazer a cobertura de saúde dos jovens, principalmente as ações de prevenção: a valorização da atenção “curativa” frente à “preventiva” e as próprias diretrizes do PSF que focalizam a organização dos recursos e da atenção em função de prioridades de agravos e grupos considerados em maior risco.

Quem que é a população que tem DST? A população sexualmente ativa. São jovens e adultos jovens. Adultos jovens têm algum problema de saúde? Não. (...) é população que não aparece no posto. A demanda do posto qual é? Idosos, mulheres com filhos pequenos, isso lota... Adolescentes é raro vir

aqui, fazer uma avaliação. Até preventivo mesmo... (...) vêm para cá porque acontece alguma coisa (...). Aquela visão: só vai precisar do médico quando está doente mesmo e, é claro, acaba usando medicamento, toma medicação por conta própria; provavelmente antes de vir no médico, pergunta para o vizinho, no farmacêutico, ou mata, a mata direto e pedem alguma coisa para determinados sintomas e dão, os farmacêuticos dão mesmo, não querem saber (TÉCNICO).

A fala de uma ACS, ao refletir sobre o que seria necessário para aumentar as ações de saúde direcionadas aos jovens, demonstra a dificuldade de encontrar e de dialogar com este grupo, pois serviço e população compartilham a cultura institucional, no campo das práticas em saúde, da atenção baseada no modelo biomédico da queixa-conduta (CUNHA, 2007).

Deste modo, as atividades de prevenção tendem a ser menos reconhecidas como ações de cuidado à saúde.

Estar buscando esses jovens e estar mostrando para eles que PSF é isso: prevenção. Eles não vêm, porque acha que não está doente (ACS).

Outro fator que emergiu nas explicações dos informantes acerca da dificuldade de estabelecer vínculos com os adolescentes foi o reconhecimento de alguns contextos familiares marcados por conflitos entre as gerações, por situações de precariedade das condições de vida e ruptura das redes sociais de suporte. Estas situações pareciam gerar sentimentos de impotência diante da percepção dos profissionais de que os jovens destas famílias, às vezes referidas como “desestruturadas”, eram aqueles que a equipe de saúde tinha mais dificuldade em acessar e manter vínculos.

(...) eu lembro de uma menina aqui, que tem até um problema familiar, né... A mãe um dia me abordou, a menina tem 14 anos agora, a mãe um dia me abordou, (...) porque essa menina tem inclusive questão de conselho tutelar envolvendo, uma questão bem assim..., complexa, do meio familiar e das escolhas dela também... (era acompanhada pelo Conselho Tutelar

porque tinha um relacionamento afetivo com um homem adulto, usuário de drogas).

A mãe pediu para eu conversar com ela, que queria que ela viesse para um preventivo, para saber se ela já tinha uma vida sexual, e relatando inclusive, ter observado um corrimento, e coisas assim. Então pedindo ajuda, né? (...) A menina também não pára em casa, mas com o passar do tempo, essa menina procurou, a coleta de preventivo (...)

A primeira coisa que ela me pediu, foi que eu não falasse para mãe dela que ela tinha vindo aqui, né? Logo de cara, então você já percebe, que o conflito familiar é uma coisa forte, né. E que apesar da mãe pedir socorro, a filha, saber que precisa, não quer que a mãe interfira nesse processo. Então ela veio, foi atendida, aí a mãe veio me perguntar se ela veio, elas ficam sabendo, né, uma comunidade pequena, todo mundo fica sabendo. Aí eu falei: “_ olha acho que a senhora tem que conversar com ela! Ela conversou comigo, eu não posso estar passando para senhora, a senhora tem que procurar por ela e tudo mais” (...). Ela (mãe) até aceitou porque, ela já sabe que a filha é uma pessoa difícil, (...) Mas, aí a menina veio, chegou o resultado do preventivo, ela veio pegou, aí a gente orientou o que precisava ser feito e tudo mais...(…) Deu uma alteração, uma DST. Eu não me lembro agora (qual) e a gente orientou a passagem pelo médico e tudo mais... Ela levou o resultado, ficou de voltar, e não retornou, no primeiro momento, aí depois a mãe retornou..., aí a mãe veio para uma coleta de preventivo, e perguntou se o problema continuava, aí eu falei que tinha dado uma alteraçãozinha, que ela precisava de um acompanhamento... (...) que ela tinha pego só resultado (..)Tivemos todo um trabalho de captação de chegar e conversar de novo, de trazer, até que ela veio, mas uma resistência que não é só pela questão do problema... É um problema familiar que existe, e aí fica, cada um puxando a corda para o seu lado... (TÉCNICO).

Além da identificação das problemáticas previstas pelas diretrizes do PSF tais como a hipertensão, a diabetes, bem como a prioridade da atenção às mulheres gestantes e crianças, principalmente em situação de risco social, os entrevistados, quando questionados acerca dos outros agravos de saúde do segmento adolescente e jovem – compreendendo as faixas 11 a 17

anos e 18 a 24 anos – citaram, com bastante ênfase três problemáticas: 1) o uso abusivo de drogas ilícitas, 2) a alta prevalência de DST(s), 3) a gravidez não planejada entre mulheres adolescentes solteiras menores de idade, nomeada como *gravidez na adolescência*.

Os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem citaram a alta prevalência de DST, principalmente nas mulheres jovens, grupo ao qual é oferecido, com mais frequência, um procedimento diagnóstico específico: o exame “preventivo”, ou seja, o papanicolau. A partir do resultado positivo para uma DST no “preventivo”, são chamados os homens, parceiros sexuais estáveis das respectivas mulheres, ou seja, maridos ou namorados. Vejamos algumas narrativas:

Mas aqui (...) a gente tem a atenção da DST, muito clara, principalmente nos preventivos. A gente tem um alto índice de resultados com DST, HPV, né? (...) É mais do sexo feminino mesmo e através da coleta do exame preventivo. E a gente percebe que é principalmente nas mulheres mais jovens! (...) Até 25 anos mais ou menos, 14 anos, quando vem para coleta de preventivo, que é agora que elas estão começando, a comparecer mais. (TÉCNICO).

Eu acho que as meninas novas que se envolvem com rapazes, não se previnem, não usa camisinha, é muitas meninas com NIC I, NIC II, meninas novas com essas doenças! A gente está querendo fazer palestras nas escolas para falar sobre isso (...) A gente chama para colher o preventivo, aí elas vem, de 30 à 60 dias chega o resultado. E quando chega o resultado, a enfermeira vai identificar e a maioria está com NIC III, NIC II que já pode virar um câncer, né?(...) A gente está com muita gestante na faixa de treze à dezesseis anos, grávidas e com essas doenças. (ACS).

A questão das “adolescentes grávidas”, expressão utilizada pela maioria dos profissionais entrevistados emergiu fortemente em suas narrativas sobre a realidade do trabalho nas comunidades.

Especificamente na Atenção Básica, com a expansão e o fortalecimento do PSF, e a subsequente melhora da assistência pré-natal, surge algo paradoxal: os (as) adolescentes são descritos (as) como a população mais ausente dos serviços cuja cobertura carece ser ampliada, mas, quando aparecem as adolescentes gestantes, elas roubam a cena! Notou-se nas entrevistas que a invisibilidade das adolescentes no serviço se transformava em “supervisibilidade” assim que elas se tornavam gestantes, uma vez que o PSF as prioriza enquanto população a ser atendida. Apresentamos a seguir o depoimento de uma agente de saúde sobre como ela se dirigiu à mãe de uma adolescente de 14 anos que acabara de saber que a filha estava grávida:

(...) a minha função é estar fazendo isso também, é estar acompanhando mais que nunca a sua filha. Agora ela é uma gestante! Ela vai ter que fazer um pré-natal (...) (ACS).

Ao ser perguntado sobre quais eram as necessidades desta adolescente, na visão do serviço de saúde, antes dela se tornar uma gestante, a ACS acrescenta:

Essas necessidades não aparecem. Ela é apenas uma adolescente (...). Na verdade, eu penso assim: que até ai (até engravidar), não era um problema, como se fosse um problema para a mãe, para a família... E também, a gente tem a obrigação de fazer esse acompanhamento. Antes quando ela era simplesmente uma adolescente, fazia uma visita domiciliar, você não tem tempo de estar falando tantas outras coisas. Às vezes esses adolescentes não estão em casa, tanto menino quanto menina (...) nem lembramos: “_ Ah! Aqui tem um adolescente, o fulano de tal tem uma filha (...)” (ACS)

O depoimento acima demonstra o baixo grau de reconhecimento da dimensão psicossocial da prevenção e do cuidado e, por conseguinte, sua falta de legitimidade enquanto atribuição da rede básica na atenção aos jovens.

Por outro lado, quando gestantes, as adolescentes foram referidas como o foco da “busca ativa”, a “prioridade do atendimento”; elas tinham a “consulta garantida de gestante”, despertavam empatia e maior afetividade nos profissionais de saúde, enfim, são as “jovens mães”. Todos os profissionais da região urbana afirmaram com bastante veemência que a gravidez na adolescência era um dos principais problemas de saúde do território que cobriam.

A gente tem, todo mês, tem que dá essa relação para a enfermeira (das gestantes e respectivas idades) para o fechamento. Eu estava com quinze na minha área (gestantes abaixo de 18 anos) (...) Nasce aquele monte, aí daqui a pouco cadastra mais (...). Só adolescente (...) de quinze (anos). Difícil quando a gente pega alguma já com trinta, trinta e dois, para fazer o pré-natal? (ACS).

Ali, o que acontece? Se você me perguntar qual o percentual de gestante adolescente que a gente tem, eu vou te falar que 80% do nosso pré-natal é de gestante adolescente, né? Tem assim, as que são adolescentes, mas que tem um parceiro fixo, né? Uma boa parte; e se sentem até orgulhosas de casar, tão jovens: “_ Mas eu já sou casada... (...) Uma coisa boa, essas que tem uma relação mais estável, um parceiro mais fixo, eles vem inclusive no pré-natal, com elas. Então isso é uma coisa boa, é um contraponto, por serem muito jovens, né? (...) (TÉCNICO).

É interessante perceber que a gestação em si não foi significada como negativa, em função da idade “precoce” da gestante, mas sim em função da circunstância da gestação: se no contexto de uma união matrimonial/ familiar, ou quando a adolescente é solteira e ainda vive no contexto familiar de origem. Foi descrito como fato comum “os jovens casarem ou juntarem cedo”, antes mesmo de passarem à condição de maioridade ou logo a partir dos dezoito anos.

Outro aspecto acerca da temática da gestação de adolescentes que emergiu foi o fato de o profissional de saúde sentir-se angustiado diante da situação socioeconômica precária da maioria das adolescentes gestantes da comunidade pesquisada na região urbana. Notou-se que

o profissional tinha alguma consciência de que fazia uma avaliação segundo seu próprio referencial de classe média sobre quais seriam as condições materiais ideais para se ter um filho.

Eu lembro, lembro de uma... (...) ela tem uma vida muito difícil, bem pobre, ela ficou grávida nova, agora não lembro a idade dela, não é 15 anos não, é um pouquinho mais, mas jovem ainda, ficou com o corpo bastante deformado, com muitas estrias, e ela vive sorrindo, aí eu perguntei se ela estava tomando remédio, ela falou que não, que estava usando só preservativo de vez em quando (...) Ela está bem, ela parece que está feliz, com toda dificuldade que ela tem (...) eu vi esses dias ela no mercado com o pai do nenê (...) mas eu sei que a vida deles é bem difícil (...) Estava com o pai da criança, diz que foi planejado, planejado..., sabe? Morava num quarto com banheiro, o menino... quando ela estava grávida ficou desempregado, e ela falava tão assim... Me chama a atenção essas coisas, entendeu? (em tom de indignação) Me chama a atenção, porque às vezes eu não sei se elas estão certas ou se sou eu que me preocupo demais com a situação (TÉCNICO).

Embora ela estivesse em uma relação afetiva estável, “morando junto” com o pai da criança, a situação de pobreza despertava inconformismo no profissional, como se a situação social ruim fosse necessariamente um impedimento para a vida familiar feliz.

Outro aspecto a ser destacado é que a análise dos profissionais acerca da “gravidez na adolescência”, como nomeiam, refere-se sempre às meninas solteiras, ou seja, se dá segundo um recorte de normas bastante tradicionais para os papéis de gênero. A problemática é analisada segundo a ótica da menina, como se a responsabilidade pela criança que irá nascer coubesse exclusivamente a ela e à sua família de origem. Os profissionais têm a expectativa de que a jovem se assuste, de que leve “um baque” ao ver-se grávida e, a partir dali, não engravide mais já que foi “tão” orientada, como costumam dizer

(As gestantes adolescentes parecem) menos preocupadas do que as mais velhas, são mais largadas, com menos responsabilidade, não vejo muito susto e medo no olhar delas assim..., por ser tão nova. Eu tenho uma gestante agora..., já tive várias, mas no momento é uma de quinze anos, que está com um nenezinho de 1 ano e 3 meses e já está com barriguinha de novo. E ela foi orientada! (TÉCNICO).

Observamos um “silêncio” quanto à paternidade adolescente, o que parece relacionado com pressuposto implícito de que a paternidade é por excelência secundária; como se dos jovens adolescentes não se pudesse “esperar muito”, criar muita expectativa quanto ao ato de “assumir o filho”, em co-responsabilidade mesmo que não viessem a casar ou compor novo núcleo familiar.

Os profissionais foram perguntados sobre as possibilidades da equipe estimular a participação masculina ou subsidiar reflexões junto às gestantes adolescentes sobre as crenças e expectativas de gênero relacionadas aos papéis parentais, objetivando maior autonomia e para que buscassem a presença dos rapazes pais das crianças. No geral, as colocações expressaram que tais situações são “assim mesmo” e oferecem pouca perspectiva de mudança. Os profissionais não identificavam a temática como relevante, estaria fora da atribuição ou da alçada dos profissionais atuarem no sentido de promover ou estimular socialmente a paternidade adolescente. O “pai adolescente” não foi, sequer, significado enquanto demanda para o serviço de saúde, como é o caso da “mãe adolescente”. Foram reconhecidos, por alguns profissionais, os impactos negativos sobre a trajetória educacional das adolescentes mães.

A grande parte (das adolescentes que engravidam) pára de estudar, ou nem estão estudando mais. Faz da primeira a quarta (série) e depois a quinta série já é em (nome da cidade se referindo ao centro, distante das comunidades rurais) no caso dessa região. Muito delas nem terminam, nem chegam à

oitava série (...), engravidam na sexta, sétima série e não concluem o ensino fundamental. (TÉCNICO).

Podemos afirmar que a noção de *direitos sexuais e reprodutivos*, enquanto parte do direito à saúde e da cidadania, não integrava o repertório norteador das práticas dos profissionais dos módulos de PSF estudados. Não houve sequer menção espontânea acerca do tema e quando estimulados a falar livremente sobre o que significavam os direitos sexuais e reprodutivos, a definição mais recorrente referiu-se ao direito das mulheres ao sexo sem violência ou imposições por parte dos homens, em uma direta associação com o direito a estar livre de situações de violência sexual. Alguns informantes associaram a não-violência à noção de obter prazer e satisfação na vida sexual. Os homens não foram identificados como sujeitos de direitos sexuais e/ou reprodutivos e sim como aqueles que violam os direitos femininos.

O Estado não foi identificado como responsável pela promoção e respeito aos direitos sexuais; o setor saúde pode promover direitos ao oferecer informações e insumos em prol da vida sexual saudável, entretanto seu potencial é percebido como limitado em termos de capacidade e autoridade para coibir as violações de direitos, bem como de autonomia para promover direitos. O Conselho Tutelar não foi citado enquanto órgão que fiscalizasse o Estado - no caso dos direitos de cidadania dos sujeitos menores de 18 anos - quanto ao cumprimento de sua responsabilidade na construção de respostas programáticas na forma de políticas e programas dedicados a crianças e adolescentes. Por exemplo, uma situação relatada pelos informantes envolveu a contaminação vertical pelo HIV e uma gestante de quatorze anos. Quando solicitados que refletissem sobre a responsabilidade da administração pública por eventuais violações de direitos em função de falhas gerenciais na implementação das políticas, os profissionais organizaram suas falas em torno da culpabilização da jovem e de sua família, respectivamente, “irresponsável/sem juízo” e “desestruturada”. As circunstâncias técnicas e gerenciais que culminaram no atraso do resultado do teste positivo de uma gestante

de 14 anos e a conseqüente infecção de seu bebê não foram reconhecidas pelos entrevistados enquanto falha por parte do Estado na proteção dos direitos da adolescente mãe e da criança; identificavam, no máximo, como “um problema da saúde daqui, essa demora nos exames”.

A visão que tinham, por sua vez, do trabalho do Conselho Tutelar enfatizava a atribuição de “cobrar a adolescente” acerca de sua “responsabilidade de mãe” pelo tratamento de saúde de seu bebê, uma vez que a viam, em parte, como responsável pela transmissão vertical, pois iniciara tardiamente o pré-natal e o teste anti-HIV, que associado com a demora no retorno do resultado culminou no parto sem o conhecimento prévio da soropositividade da gestante.

6.5) Encontro entre profissional de saúde e a juventude: dúvidas, timidez, medo, confiança, empatia e vínculo

Emergiram com intensidade nas narrativas, os conflitos éticos vividos por alguns profissionais com base nas concepções sobre a relação jovem-família. Duas circunstâncias pareceram desencadear tal situação: 1) atender o (a) jovem sem que a família saiba o conteúdo dos atendimentos, principalmente quando se tratava de tratamento para DST; 2) fazer o trabalho de prevenção disponibilizando preservativo ou anticoncepcional oral para as jovens, sem que as mães soubessem que a filha tinha vida sexual ativa. Este conflito se mostrou mais presente nas narrativas das ACS do que dos profissionais técnicos. O fato de serem moradoras da comunidade não lhes garantia a proteção “do consultório”, ou seja, sendo amigas ou conhecidas das mães das jovens, relataram ouvir perguntas, constantemente, das “mães preocupadas”. As ACS pareciam se identificar com elas enquanto mulheres e mães:

(...) Eu acho errado esconder (da mãe o diagnóstico de sífilis de um rapaz de dezessete anos) porque a mãe, a família tem que ficar sabendo o que está

acontecendo, né? Veio uma mãe e perguntou o que estava acontecendo, eu tive que contar para essa mãe, aí ela: “_ eu sabia que estava com isso, mas eles não...” (...) Ela veio (...) pediu, aí conversei, ela falou obrigado. Eles não vão nem na mãe, vem na gente, e a gente que tenta ajudar eles (...). (A mãe) agradeceu por eu ter passado ele pelo médico, pego o pedido de encaminhamento, levado para marcar (ACS).

Outros aspectos que enfatizaram quando se referiram ao encontro entre jovens e profissional/serviço de saúde foram: a diferença de idade e o perfil “psicológico” atribuído aos jovens: são “tímidos”, “desconfiados”, “escondem o que querem”, “têm vergonha”, entre outros que resultam em insegurança dos próprios profissionais em se relacionar com “o adolescente”.

Eu acho que eles (jovens) têm sempre um medo de chegar, e o profissional de saúde também não sabe muito como lidar, né? (TÉCNICO).

O primeiro momento é sempre difícil por elas não te conhecerem e o fato de você ser mais velho, né, isso tudo, num primeiro momento deixa elas meio sem saber como falar (...). É... então, num primeiro momento a gente percebe uma timidez, um constrangimento em estar questionando, criticando... (TÉCNICO).

Por outro lado, os profissionais valorizaram a dimensão do acolhimento e da escuta aos adolescentes no serviço de saúde, para lidar com o “jeito adolescente de ser” a partir de estratégias que encorajem aparecimento das necessidades que dificilmente encontrariam canais de expressão nos ambientes médicos (PAIVA, AYRES, FRANÇA-JÚNIOR, 2004).

(...) o adolescente em si não pede muito, ele pede atenção. E a atenção é: às vezes você acolher ele e ouvir. E daí ele vem e a demanda vai surgindo porque um puxa o outro. (TÉCNICO).

E o que eu percebo assim... que a primeira coisa é eles confiarem em você né? Saber que... o que elas tão falando para você, vai ficar com você!

E...você tentar se aproximar da realidade delas, e até colocar as exigências suas, na adolescência também, porque quando vem o adulto falando eles pensam que a gente não passou pelas mesmas coisas né? E quando você começa a colocar, que também foi adolescente, também teve os mesmos medos, as mesmas angústias e, às vezes, os mesmos problemas, eles começam a te aceitar melhor, né? Nunca como igual, mas começa a perceber que você, de alguma forma, quer ajudar. E aí a aceitação passa a ser mais fácil, né? (TÉCNICO).

E... às vezes ele... (“o” adolescente) Como é que eu vou te falar? Não é que ele procura, mas quando ele vem, ele quer alguém que entenda o que é que está acontecendo com ele! Quando ele chega a vir. (TÉCNICO).

6.6) Aspectos socioculturais sobre o território: o reconhecimento dos impactos do turismo sobre a sexualidade, a reprodução e a saúde

6.6.1) O *cenário sexual* e a juventude nas comunidades anfitriãs de turismo

É necessário notar que, de modo espontâneo, as narrativas dos profissionais não reconheciam que o cenário sociocultural das comunidades anfitriãs de turismo exercia algum tipo de influência sobre as interações sexuais entre os jovens. Não pareciam valorizar o fato de existir um contexto de sociabilidade, paquera e trocas afetivo-sexuais entre as pessoas moradoras e a população transitória, como os (as) turistas. O cenário turístico parece não ser visível enquanto fator a ser considerado na dinâmica das cenas sexuais e na vulnerabilidade às DST/HIV da população local. Nas narrativas dos profissionais de nível técnico, observamos que o reconhecimento dos impactos negativos do turismo sobre a saúde acontecia, no geral, depois da pergunta direta da entrevistadora.

Por outro lado, as agentes comunitárias foram aquelas que, na descrição da comunidade e dos seus problemas de saúde, mais mencionaram espontaneamente o impacto do turismo nas questões de saúde. Associavam o fluxo turístico à disseminação das DST, às

gestações frutos de relações sexuais com turistas, o incremento do mercado sexual e do consumo de álcool e drogas ilícitas.

Com certeza (o turismo tem impacto). Aqui na nossa área, por exemplo, (...) questão do uso de drogas, essas questões todas que (...) acaba influenciando, na calada da noite né? Trás muitas pessoas de uma classe social melhor aqui, né? Para se comprar, para consumir, tudo mais, turismo sexual, a questão das adolescentes envolvidas... (ACS).

De modo geral, quando perguntados sobre a atividade turística, a resposta tendia a personificar a “culpa” na figura do turista, inconformismo com o fato das pessoas “terem sim informação”, suficiente para se prevenirem. Vejamos alguns depoimentos:

Tem (informação) porque a gente está aqui, aberto para dar informação. É falta de interesse deles... (ACS).

Eu não acredito que sejam eles (os turistas), eles podem ter sua parcela de culpa nisso, mas eu acho que ninguém faz o que não quer. Tem casos, claro que tem sim, mas eu acho que cada pessoa.... Hoje em dia, com as informações que a gente tem, não só na televisão, rádio, revistas, jornal (...). Os turistas têm sim as parcelas de culpa, porque a gente sabe que a maior parte da evolução do vírus HIV, é justamente nisso, época de carnaval, esse negócio de turismo. É mais....., cada um tem a sua parcela de culpa nisso tudo, tanto a população como os turistas, eles não usam porque eles não querem, tipo a camisinha, vamos supor, elas não usam porque elas não querem, porque o governo dá, se não tem no postinho, gastam 3 reais com maço de cigarro ou em baile, porque não podem passar numa farmácia e se proteger? Cada um tem sua parcela de culpa, eu não julgo nem o turista, nem a população. Hoje em dia, o mundo como está, as informações que vem à tona sempre, cada um tem que ver pela sua saúde. (ACS)

Eu acho que é diferente (a saúde das pessoas que moram em cidade turística) porque turista mesmo, época de carnaval, época de festa que a cidade lota,

passa o carnaval, aparece um monte de meninas grávidas, e aí de quem é? Quem é o pai? “_ Ah! fulano veio de fora, turista, engravidei.” “O gringo veio, saí com o gringo engravidei.” E veio, teve, foi embora e nunca mais apareceu (...) (TÉCNICO).

Além da associação entre o maior incremento do turismo em determinadas épocas e o aumento no número de gestações, as ACS também reconheceram a correlação entre a atividade e a ocorrência das DST, inclusive do HIV, definido pela maioria como “uma doença que vem de fora”:

Até doenças né? Que nem essas doenças de fora, como o HIV, às vezes não tinha aqui, agora com muito turista, aí vai vindo se envolvendo, a gente conhece: “_ você pegou de quem? “_ Ah! Eu saí com um gringo lá! E peguei a doença.” É que eles falam para a gente que tem, a gente leva a medicação, o coquetel, e eles falam (...) (ACS).

O incremento no consumo de bebida alcoólica associado aos períodos de temporada e às festividades locais também foi citado como agravante da prática do sexo sem proteção e, conseqüentemente, com o aumento das DST/HIV.

Acho. (que o turismo aumenta a ocorrência de DST) (...) É muita gente de fora, muito gringo, muita gente mesmo, aí tem festa, festa (...)... É pinga que bebem, não tem o controle (...) da bebida alcoólica, eles bebem aberto, e acaba tendo muita relação sexual. (ACS).

Você acha que umas meninas dessa, bebem, caem na noitada, bebem, bebem... Eu tenho pessoas conhecidas que usam maconha, então, bebem, se drogam, e você acha que quando vão transar... Muitas dessas daí tem consciência de estar se prevenindo, até mesmo o rapaz, mas muitas das vezes não tem, nem um lugar certo, um lugar apropriado, às vezes é em qualquer lugar (...) na praia... (TÉCNICO).

6.6.2) Juventude, mercado do sexo, turismo sexual e circulação de mulheres

As narrativas dos profissionais acerca do envolvimento de jovens no mercado sexual variaram. Alguns o reconheciam, já para outros era uma questão pouco perceptível. Também observamos alguns equívocos acerca das nomenclaturas que diferenciavam os fenômenos como o *abuso sexual*, a *exploração sexual* comercial e a prostituição ou trabalho sexual.

A cerca das práticas que podemos considerar como pertencentes ao universo do mercado sexual, os informantes reconheceram muitos “problemas”: jovens transam com turistas por dinheiro ou por outros interesses, garotas engravidam “sem querer” ou jovens engravidam “querendo, de propósito”, acreditando que então tornar-se-iam esposas e mudariam de cidade ou de país e, por fim, jovens “transam também por dinheiro” com homens moradores locais, principalmente com “homens velhos”. Identificaram também, a circulação de mulheres adolescentes, jovens e adultas entre municípios, estados e países, com a suposta finalidade de “trabalho direito”, mas com a descoberta subsequente, de que foram enganadas e se tratava de trabalho sexual, de caráter explorador e opressor, ficando a mulher refém desta situação.

Segundo as falas, as mulheres são estimuladas por “uma ilusão”, uma expectativa por novas oportunidades de vida, que geram o interesse das jovens pelos turistas.

Mas o que a gente percebe de uma forma geral, é que principalmente, para as meninas, sim (...) há muitas expectativas de... de repente conhecer um gringo e se dar bem, né?(...). Mais das meninas eu acho (se comparadas aos meninos), bem mais das meninas (...). É mais (...) uma percepção mesmo, assim, geral entendeu? Até porque não é só das adolescentes, né? É de alguns familiares também. Até para uma perspectiva de uma melhor qualidade de vida, condição de vida para seus filhos, então é uma coisa que você percebe (...). Dá uma sorte, né? Encontrar alguém e se dar bem, fazer um bom casamento... Sair daquele meio, ter oportunidade e de ver o

exemplo de outras pessoas que aconteceu isso, que tiveram, literalmente, a sorte né? (TÉCNICO).

Na percepção geral dos profissionais, há mais aceitação social e estímulo para que as moças jovens busquem casamento com os turistas para ascenderem socialmente. Isto as tornaria mais vulneráveis ao ingresso no mercado sexual, ao turismo sexual e à circulação/tráfico de mulheres?

Os entrevistados mencionaram a ocorrência de propostas às adolescentes e jovens para que tirassem fotos cuja função era fazer a divulgação de imagens, via rede internacional de computadores, para turistas estrangeiros em seus países, como forma de incrementar a rede do mercado do sexo na região.

(...) uma mocinha muito séria, muito séria. Um dia ela conversando comigo, teve uma pessoa... Fez uma proposta para ela, ela é muito bonita sabe, e a pessoa fez uma proposta, ficava vigiando aonde ela ia, aí fez uma proposta que queria que ela tirasse umas fotos nuas para mandar pela internet lá para fora, e quando viessem os gringos, ficariam com ela. E ela ficou guardando isso, porque ela ficou com medo de falar isso para alguém, e ele ficar sabendo (...) 19 anos ela tinha (...). Acontece, acontece. É mentira a pessoa falar que isso não existe. Existe, porque hoje em dia tem meninas com dez, onze anos, já com corpinho e estão se prostituindo, infelizmente. (TÉCNICO).

O que os informantes chamavam de turismo sexual na região era a ocorrência de uma circulação de pessoas oferecendo sexo ou buscando sexo (respectivamente, moradores locais e turistas) em alguns bares, estabelecimentos, ou mesmo passeios em embarcações, envolvendo ou não pagamentos em dinheiro. Fizeram comparações com a realidade de outras locais, pois acreditavam que o turismo sexual acontece na região, mas em menor escala ou visibilidade do que nas regiões do nordeste do país.

(...) é muito velado, não é como algumas cidades brasileiras que a gente ouve falar assim... Inclusive em propaganda, de que se você for para lá, você vai ter a facilidade sexual! Eu acho que o Brasil chama essa questão, né? São pessoas mais quentes e tudo mais. Então eu acho que o estrangeiro que vem, ele já vem com essa... Qualquer lugar do Brasil que ele for, ele já vai, um pouquinho com essa expectativa né? (...) Até às vezes a gente conversando com pessoas que trabalham com turismo, que colocam que às vezes saem em barcos com meninas jovens ou mulheres e são estrangeiros, exclusivamente, para encontros sexuais assim, então essas coisas a gente ouve, né? (...) (TÉCNICO).

Percebiam motivações diferentes para o envolvimento de adolescentes e jovens ao mercado sexual e a prática da prostituição por mulheres adultas:

Tem bastante adolescente (envolvidas com turismo sexual). Tem porque a expectativa delas de ir mudando, assim de vida, né? A maioria, eu acho que vai em função disso: querer um futuro diferente... (...) Não é uma coisa assim: “_ Eu vou me relacionar porque eu gosto né?” Porque têm prostitutas, e é claro que elas gostam de vários homens, vários parceiros. Mas eu acho que elas (as adolescentes) não é muito isso! É uma questão: “_ Puxa! Quem sabe se eu vivenciar isso... eu dou sorte e saio dessa vida de dificuldade e carência em que eu estou né?” (ACS).

Os profissionais acreditavam que o envolvimento das jovens é “mais inconsciente assim” do que o envolvimento das mulheres adultas, elas não teriam o objetivo claro de “realizar programas”. A consciência tende a acontecer ao longo do processo, conforme “descobrem” o potencial de ganho material e financeiro atrelado a uma *decepção* diante da ascensão social que não aconteceu. A idéia da *ilusão* foi mais atribuída às jovens como o fator que às expõe ao mercado sexual.

Para algumas adolescentes, eu acho que... De - repente seja até um meio de mudar de vida, ilusão de mudar de vida, porque o turista é aquele que tem o dinheiro, eu não tenho. Quem sabe a gente pode negociar, rola muito isso

também (...), o próprio corpo mesmo, eu preciso, digamos o dinheiro, ele pode me dar (...), então a gente (...). Eu não sei se chega a ser muito, eu sei que acontece (prostituição de jovens) por questão financeira e por questão de futuro, de ilusão (...) mudar de vida, ir embora, morar fora do país, normalmente é isso. (TÉCNICO).

Quando questionada sobre a ocorrência de prostituição envolvendo jovens em locais comerciais conhecidos, uma profissional, em tom de desgosto, citou a ocorrência em dois espaços: na região urbana, na área central do município e, também, em uma comunidade da região rural, em uma praia com intensa ocupação turística nos períodos de temporada.

Destacamos o fato de que a vulnerabilidade ao mercado sexual reconhecida pelos profissionais foi a vulnerabilidade feminina. Não houve menções à vulnerabilidade de homens ao mercado do sexo, seja este heterossexual ou homossexual.

6.3) Prevenção com Adolescentes e Jovens campo da Saúde Sexual e Reprodutiva: concepções, estratégias, barreiras e oportunidades

De modo geral, as atividades de prevenção foram descritas como fundamentais ao trabalho de saúde junto às comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família.

(...) Não só nessa parte (na saúde sexual) como em todas as áreas é a prevenção (a principal função da Atenção Básica). Primeira coisa que a gente deveria focar, que o Programa de Saúde da Família foi criado para isso, é para a prevenção. Nem sempre a gente consegue fazer isso em todos os sentidos. (TÉCNICO).

Apareceu com frequência nas falas dos entrevistados a preocupação acerca do dispêndio de recursos com a assistência e tratamentos em detrimento das atividades de prevenção. Foram citados como aspectos que dificultavam a realização da prevenção a insuficiência de recursos, principalmente humanos e de equipamentos saúde, diante das necessidades de atendimento da população; a alta rotatividade dos profissionais; problemas administrativos e de gestão dentre os níveis de complexidade da rede SUS e a *pressão*, termo utilizado pelos profissionais para descrever a solicitação da população e a cobrança por parte de gestores pelo cumprimento de metas quantitativas, de um grande número consultas individuais. Seguem os depoimentos de dois profissionais técnicos:

(...) Para a gente dar conta da área a gente tem que sambar muito, e mesmo assim não faz o que é que tem que ser feito de forma correta. Porque a gente tem o Planejamento (Familiar) para fazer, na verdade a unidade básica, você sabe, (...) a gente busca a prevenção, mas a gente acaba sendo um vínculo de assistência para a comunidade, então a gente tem... (...) a gente sempre procurou fazer isso, (...) sempre quis fazer isso (a prevenção), mas a gente faz a assistência, acaba a demanda sendo muito alta e a gente não consegue, às vezes, fazer o que realmente o PSF faz que é a prevenção

diretamente ligada a comunidade, porque a gente faz aqui a assistência que é diária, (...) tem que ficar aberto das 8 às 5hs, todos os dias, né? E dentro dessa assistência (...), ainda tem que atender as outras comunidades. O ideal é que tivesse um técnico de enfermagem para cada sub-posto (...) (TÉCNICO).

(...) tem que ter tempo disponível (...). Agora se eu fico aqui só consulta, consulta... que é o que geralmente a maior parte da gestão deseja, porque é o que mostra pra população: a enfermeira atendendo a demanda e não fecha o posto para ter uma reunião, para ter uma conversa, para ter um planejamento para ti atuar (...). E a população também teria que compreender, não vai ter consulta por que o médico vai estar fazendo uma palestra, entendeu? A gente trabalha em cima de fator de risco. Quais são os fatores de risco? O fator de risco aqui é muita promiscuidade, gravidez na adolescência? Bom, é isso mesmo? Está verificado, em cima disso que nós vamos chamar essa população pra prevenção (...) para educar a população para tentar diminuir esse fator específico, assim como outros. (TÉCNICO).

Para a abordagem da saúde sexual e reprodutiva, foi enfatizado o dispositivo do *planejamento familiar* como a principal estratégia de prevenção. O trabalho de apoio técnico da área de Saúde da Mulher foi valorizado pelo impacto no aumento da frequência e na melhora da qualidade dos grupos de planejamento familiar, resultado do trabalho em parceria com a gestora da referida área. Observou-se que não se tratou propriamente da realização de capacitações e sim, da instauração de processos coletivos de formação/educação em serviço, baseados na prática do “fazer junto” e da co-responsabilidade, semelhante ao que autores da área de co-gestão e planejamento do trabalho em saúde descrevem como *Apoio Matricial Especializado* (CAMPOS, 2007). Os profissionais referiram maior segurança e competência técnica para desenvolverem as ações de planejamento familiar e demonstraram significativa capacidade de implementação e análise crítica.

Acerca da prevenção em saúde sexual, além da valorização do *planejamento familiar*,

os entrevistados descreveram outras atividades de caráter educativo, embora menos freqüentes e mais incipientes, que demandavam aprimoramento do planejamento e da gestão, mas contavam com significativo empenho e legitimação por parte das equipes para articulações com recursos/instituições das comunidades, seja do Setor Público ou do Terceiro Setor.

A realização do exame “preventivo” (papanicolau) foi indicada como ação de prevenção, uma vez que sua expansão se deu na rede básica. Pelo fato de detectar infecções viróticas, como por exemplo, verrugas genitais e herpes, bem como infecções vaginais causadas por fungos, o procedimento foi descrito como um avanço nas estratégias de prevenção às DST. Dentre estas, grande relevância foi atribuída ao “preventivo”, por diagnosticar o vírus HPV, cuja prevalência na população atendida foi indicada como alta, mas quando diagnosticado e tratado precocemente evita o câncer de colo uterino. A partir do tratamento das DST os profissionais citaram a redução da exposição ao HIV de mulheres que não aderiram ao uso do preservativo regularmente.

O momento de solicitar ou revelar o resultado do exame “preventivo” também foi significado como espaço de prevenção, uma vez que podiam ser “feitas orientações”. Este procedimento não foi nomeado como Aconselhamento pré ou pós-teste, prática difundida e utilizada nos serviços especializados em DST/Aids e objeto de debate acadêmico. No entanto, alguns técnicos mostraram-se sensíveis a realizar uma abordagem singular e educativa durante essas interações.

Tanto nos módulos de PSF da zona urbana, como da zona rural, os profissionais descreveram e valorizaram a organização do *planejamento familiar*, enquanto um dispositivo para educação em saúde e prevenção. Explicaram o número e freqüência dos encontros, o perfil dos participantes, e o fato de ser volante, no caso da zona rural, ou seja, acontecer em diferentes comunidades e não somente no módulo principal, o que tinha como objetivo

aumentar a participação, dado que a distância geográfica incidia negativamente na participação de moradores das comunidades mais distantes.

A descrição dos encontros de planejamento familiar por um profissional de enfermagem do módulo de PSF da região rural/costeira indicou que a atividade tinha perfil psicoeducativo. Havia a prática do debate e das reflexões em grupo, relações mais horizontais entre profissionais e usuários, consideração da dimensão sociocultural e não somente biomédica; abordagem ampliada da sexualidade, incluindo a dimensão do prazer sexual (e não somente a reprodução) e dos roteiros de gênero (PAIVA, 1999) e a tentativa de unificar planejamento reprodutivo e prevenção das DST/HIV.

Observou-se, nas duas regiões, a tentativa de incluir mulheres e homens adolescentes e jovens nos grupos de planejamento familiar, atrelada às reflexões acerca da dificuldade em concretizá-la. O perfil majoritário costumava ser de casais em relações estáveis que já possuíam filhos e almejavam, principalmente, o acesso aos métodos contraceptivos de caráter definitivo.

(o Planejamento Familiar) é direcionado para todas as mulheres em idade fértil, só que acabam vindo mais aquelas que já estão entupidas de filhos e querem fazer laqueadura. Mas as outras também são convidadas, só que acabam vindo participar, de todas as reuniões, essas que realmente já estão no limite. (TÉCNICO).

A participação de casais mais jovens, entre 18 e 24, ou mesmo de mulheres jovens desacompanhadas, embora, já em união conjugal, foi referida como “um pouco mais freqüente”, se comparada à participação de jovens na mesma faixa etária, porém, solteiras (os).

Acredita-se que a linguagem direcionada ao planejamento reprodutivo circunscrita à esfera conjugal/familiar dificulta a participação e adesão de jovens, que vivem a sexualidade

muito mais associada à sociabilidade, à experimentação relacional, ao prazer e menos vinculada à noção de constituição familiar. A abordagem com ênfase nos aspectos socioculturais – incluindo as experiências afetivo-sexuais, a dimensão de gênero e a prevenção às DST – embora nos pareça adequada e profícua, precisaria ser ajustada e direcionada aos adolescentes e jovens. A utilização da nomenclatura *planejamento familiar* pareceu não se constituir como fator de incentivo à participação jovem na atividade, pois não dialoga com o universo cultural dos sujeitos. Dado que o nome da atividade define seus participantes, ou seja, a quem se direciona, *grupo de planejamento familiar* não estaria de acordo com a identidade jovem e com as vivências, no campo da sexualidade, nesta fase das trajetórias sexuais. Observou-se dificuldade por parte de alguns profissionais na compreensão dos motivos pelos quais a adesão do segmento jovem era baixo nestes grupos. A participação incipiente dos (as) jovens nos grupos de planejamento familiar era geralmente atribuída aos próprios e não ao planejamento da atividade que não considerava as especificidades deste segmento.

Eu acho que é falta de querer se cuidar, falta de querer se cuidar mesmo, preguiça das adolescentes de ter um compromisso, vir naquele horário (...) tem adolescentes que vem, mas naquela situação de dois, três filhos...(ACS)

Os profissionais não tinham conhecimento e não operavam as atividades educativas a partir do referencial da promoção da cidadania e dos direitos sexuais e reprodutivos, enquanto direitos humanos. Notou-se a conotação de “fazer a prevenção para auxiliar aquele que precisa, que é mais irresponsável, que é carente, enfim que precisa de ajuda”. Embora embasados por princípios de solidariedade, discursos deste tipo acerca da prevenção podem se converter em práticas que inferiorizam os jovens e pouco os estimulam enquanto sujeitos sexuais e sujeito de direitos.

O segmento das adolescentes e jovens foi descrito como “o mais difícil de cobrir”, embora os profissionais mencionassem o aumento progressivo na procura pelo exame “preventivo” por parte delas, justificado pela maior difusão na mídia e pelas campanhas do setor Saúde. Atribuíam a dificuldade à “falta de conhecimento da importância que é o exame preventivo”, bem como devido às características, já citadas, da própria fase da adolescência.

Eu posso falar mais o que eu tenho observado né? (...) na faixa etária de 20 a 35 anos mais ou menos (...) a gente teve um ganho grande (...) porque toda paciente que passa (...) solicitamos o exame preventivo (...). Independente da queixa, (...) orienta o preventivo como rotina, então isso tem aumentado a demanda. (...). Tem sido sim (boa, a aceitação da conduta). Elas vêm, elas ouvem bem, né? Então a gente está tendo um ganho com isso aí, principalmente nas mulheres mais idosas, porque elas estão vindo bastante (...). Maior cobertura, pelo que eu observo, é... 20 a 35 anos (...) (TÉCNICO)

6.3.1) As estratégias para a prevenção com jovens

6.3.2) Ações do PSF no cenário do turismo: reduzindo a vulnerabilidade da juventude ao mercado sexual e ao sexo sem proteção

Um aspecto importante que emergiu das narrativas foi o relevante papel das agentes comunitárias de saúde na prevenção. Pelo lugar social que ocupam, as ACS têm potencial para realizar a distribuição do insumo atrelada às possibilidades de interlocução educativa com os moradores. Uma ACS, da região rural, responsável pela cobertura de aproximadamente 130 famílias de uma comunidade quilombola descreveu suas ações de prevenção junto à juventude.

Eu tenho muita facilidade de conversar com jovens, apesar da minha idade, mas eu tenho filhos em casa, então eu procuro conversar, e tem muitos

jovens lá e eu percebo que eles gostam, aí vão até o postinho, pegam camisinha, eu oriento como é que tem que fazer... Eu sempre pego (preservativo) aqui na unidade (módulo principal) levo para o meu posto de saúde (sub-módulo, dentro da comunidade quilombola) e converso que tem que usar mesmo! Não tem que ter vergonha de usar! (ACS).

Em contraste com o potencial das ACS e do PSF para a ampliação das ações de prevenção de base comunitária, não foi descrita nenhuma ação programática específica para a prevenção às DST/HIV que levasse em conta o cenário turístico que amplia a vulnerabilidade às interações sexuais comerciais e ao sexo sem proteção entre jovens moradores. O tom das reflexões dos profissionais era de certa impotência. Pareciam sentir-se sem repertório para abordar a problemática, bem como desprovidos de diretrizes e respaldo da gestão municipal, seja da Secretaria Municipal de Saúde ou de Turismo. As falas confluíam para a idéia de que o mercado sexual ligado ao turismo existia, mas em função de ser velado e não acontecer em território claramente demarcado, as abordagens coercitivas ou preventivas não eram realizadas.

Observamos algumas ações pontuais por parte dos profissionais do PSF diante da vulnerabilidade de jovens ao mercado sexual que foram nomeadas pelos informantes como a tentativa de estimular a cultura do *auto cuidado e da auto-estima*, demonstrando o enfoque sobre o indivíduo, em sua dimensão psíquica, e não na dimensão social.

Tem muito aqui (prostituição)! (...) Tem algumas meninas que usam o corpo com os turistas, né? Existe, infelizmente existe, a gente tenta buscar isso aí, na forma mesmo de se auto cuidar né? (TÉCNICO).

A idéia de *se auto cuidar*, segundo a profissional consistia no sujeito se interessar pela oferta do exame “preventivo” feita pelas agentes comunitárias de saúde. Nas palavras dos entrevistados, “algumas das jovens são convencidas”, se referindo ao resultado positivo desta

busca ativa realizada pelo serviço de saúde, por meio das ACS das áreas/ comunidades onde identificavam maior ocorrência da prática de jovens na atividade da prostituição.

A equipe almejava que as jovens, a partir do vínculo e orientação da profissional, comparecessem à realização do exame. A informante avaliou que as jovens, em sua maioria, “são novas, né... 17, 18 anos” e que algumas delas “até já pararam” (de fazer programa), estabelecendo uma correlação entre o trabalho em saúde e a reversão de situações de vida de alguns usuários: “a saída dessa vida” (de algumas jovens), “justamente por causa da nossa abordagem”. Segunda a profissional, elas “tentam, né... evitar um pouco”), em uma idéia de reduzir a frequência dos “programas”.

É interessante notar que o objetivo da ação tem um sentido de prestar assistência: diagnosticar eventual DST pelo exame do papanicolau e tratá-la e, o que seria um resultado ainda melhor na visão do (a) profissional, reduzir o número de programa ou “sair desta vida”.

Abordagens com o enfoque de “reduzir danos” parecem contrariar valores e sentimentos de alguns dos profissionais. Não se conformam com o fato de que talvez a “saída desta vida” não seja assim, tão rápida, o que implicariam ações de prevenção no momento presente.

6.3.3) Grupos psicoeducativos com adolescentes e jovens: tentativas, acertos e desacertos

Embora não tenhamos identificado ações de prevenção às DST/Aids direcionadas aos jovens que incorporassem a dimensão do cenário sexual das comunidades anfitriãs, observamos nos dois módulos de PSF pesquisados a motivação das equipes em realizar atividades educativas para a abordagem da sexualidade. As atividades em andamento foram descritas como recentes e ainda em construção, iniciadas a partir da sensibilidade maior por

parte de um ou outro profissional que estava mais sensível para as necessidades específicas dos jovens – “ela está ligada nisto, puxando a equipe e o serviço para este trabalho”.

A seguir temos um exemplo das concepções e iniciativas de ações em saúde sexual realizado por alguns dos profissionais entrevistados. Não foi mencionada a existência de uma coordenação técnica específica ou de diretrizes da gestão.

Essa enfermeira que a gente está agora, ela é super interessada por essas coisas de doenças sexualmente transmissíveis. Ontem a gente foi fazer uma palestra, botamos barraquinhas com todos os métodos de prevenção... (...) a gente está querendo fazer palestra no colégio, tentando inventar, para trazer eles para estar falando, conversando... (...) A gente leva aparelhos, a gente está começando agora e é muito legal, e eles se interessam mesmo, os jovens vêm perguntar o método de prevenir doenças, eles vêm perguntar (...) eu acho que a partir dos dez, onze anos, já tem que começar, eles estão muito avançados, pela idade. (ACS).

Ao descrever com quais recursos do território a equipe de PSF estava fazendo parcerias, observamos a sensibilidade até para um segmento populacional bastante “esquecido” enquanto sujeitos sexuais, as pessoas em acompanhamento nos serviços de saúde mental.

(...) vem chama a gente para fazer uma palestra, os colégios, a promoção social está pedindo agora, até o CAPS²⁴ que é um lugar que ficam pessoas..., mental (...) fomos. (Entrevistadora: E como é que foi? Vocês conheceram os pacientes?) Eles se interessaram, eles queriam colher o preventivo, as mulheres, marcamos preventivo para elas, se interessaram...(ACS).

Em meio às atividades realizadas, percebeu-se um reconhecimento da necessidade de ajustes programáticos para promover ações educativas junto à juventude. Os profissionais

²⁴ Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos de saúde destinados a prestar atendimentos para pessoas em situação de sofrimento mental.

descreveram algumas estratégias para a atenção em saúde das mulheres adolescentes que já iniciaram vida sexual e, por isto, “deveriam realizar o exame preventivo”. As abordagens coletivas em espaços no território com concentração de jovens foram descritas como alternativas eficazes para promover vínculo, educação em saúde e aumento da cobertura em saúde sexual nesta faixa etária.

Uma das atividades descritas foi a organização de grupos com crianças e adolescentes, com idades bastante variadas, realizados por um profissional do módulo de PSF da região rural a partir da parceria com uma ONG que realizava trabalhos sócio-educativos com crianças e jovens de camadas pobres das diferentes comunidades que compõem a área de abrangência da equipe de saúde da família. Segundo o profissional, tratava-se de uma população “carente de informação”.

No primeiro encontro da atividade educativa participaram cerca de cinquenta sujeitos, de ambos os sexos e idades de 9 a 17 anos. Um segundo encontro aconteceu no dia seguinte, pois foi avaliado, pela equipe, como necessário somente às meninas “mais velhas” de 12 a 17 anos, excluindo, portanto, os garotos adolescentes e as garotas “mais novas”. Vejamos o relato completo do profissional técnico que conduziu a atividade:

(...) foi numa reunião de grupo de adolescente (...) para explicar para elas, do órgão reprodutor feminino, tudo o que tem que explicar. Naquele grupo (...), mais ou menos umas sete ou oito, não menstruavam, então saiu várias perguntas: “_ tia, aquele “OB” pequenininho, a gente que não menstrua ainda pode usar”? Elas já têm aquela preocupação, assim..., mesmo com 12 anos, 11 anos, que ainda não menstruaram. Têm outras que não sabe nada, mas têm outras que já ficam ali prestando atenção, perguntam, peço para colocar a camisinha, logo levantam, já querem colocar, têm outras que começa a rir, ficam retraídas (...). Esse grupo aconteceu porque a gente vê a necessidade de informação, mesmo das crianças. (...) Falta informação, eles não sabem como agir, os pais não sabem, não sabem informar (...) Não tem informação, elas não sabem, não se previnem, a televisão está aí para

mostrar, a gente viu a necessidade. As minhas agentes são muito boas e elas moram na comunidade, então, por exemplo, elas vem e falam: “(...) _ Tal menina está andando com fulano, muito, assim, naquele lugar, está indo para atrás do muro, está escondendo”, vamos ver quem que é essa mãe, vamos ver se ela está vendo isso, vamos ver quem que é, vamos então ver se a gente consegue conversar”. Aí chama a mãe: “_ Mãe olha, está acontecendo isso, chama a criança, conversa também.” Aí a gente vai vendo o que a gente pode fazer para resolver, para orientar, para a mãe ficar de olho aberto, porque a gente também não pode tomar conta de tudo, (...) aí teve essa abordagem com cinquenta e poucos jovens, e aí a gente viu que tinha algumas meninas que já estavam tendo relação sexual (...). Foram indicadas as crianças mais carentes, que precisam de mais atenção, mais orientação, (...) eles chamaram para a gente fazer orientação, a gente foi e fez as orientações num grupo de meninos e meninas, aí depois a gente viu a necessidade de fazer uma outra reunião só com as meninas, entendeu, para estar explicando. (...) Foi em forma de palestra, de dinâmica. Fizemos dinâmica com dança, fizemos um monte de brincadeiras... A dinâmica era assim..., a gente colocava as crianças sentadinhas...(conta o desenvolvimento da dinâmica e da discussão). (...) Falamos bastante coisa, da parte reprodutiva, da sexualidade feminina, da parte de sexualidade masculina, mas depois a gente viu a necessidade de fazer com as meninas, separado. (TÉCNICO).

Durante esse relato notam-se a valorização das atividades de educação e prevenção com crianças e jovens e a necessidade de aumentar a frequência destas nas diferentes comunidades. Foram eleitos, como entraves, o excesso de outras atribuições e prioridades como a cobertura de gestantes, hipertensos e diabéticos; a *pressão* das atividades de assistência curativa, na forma das consultas individuais; a extensão geográfica do território de cobertura, incluindo comunidades muito distantes uma das outras e, como principal, a falta de recursos humanos e materiais.

Investigamos, então, como ocorreu a dinâmica do segundo encontro, onde foram incluídas somente as meninas “mais velhas”, bem como os conteúdos que a equipe elegeu como prioritários.

(...) a gente abordou uma idade mais de 12 à 17 anos (...) Entendeu? Aí a gente já não pôde falar com essas de 10, 11... E elas queriam estar, eu falei: “_ Não, hoje é só das mais velhas, a tia hoje vai conversar só com as mais velhas, depois a tia conversa com vocês.”

(...) Aprofundamos bem dentro, mesmo, do ciclo reprodutivo, explicamos direitinho como que acontece, a menstruação como que é, como que acontece, como é o período fértil e não fértil, quando começa, quando termina, o porquê que elas engravidam, o ciclo da reprodução, tudo, devagarzinho, para elas, até chegar na prevenção. (TÉCNICO).

São interessantes as diferenças de gênero que aparecem acerca da participação dos meninos na atividade educativa: “eles quase não falam, quem fala mais são as meninas. Um ou outro que pergunta alguma coisa, eles ficam tudo quietinho.”

Na mesma linha de argumentação, outro aspecto interessante a explicitar, é que no primeiro encontro, onde a atividade foi mista, reunindo os sexos, a discussão se iniciou com o reconhecimento das diferenças corporais entre meninos e meninas:

(...) a gente começava a falar dos nomes que dava para vagina, para vulva, que era xoxota, tal. Cada um falava uma coisa e na hora do pênis, falava peru, aí todo mundo... (risos). Então a gente sentia que é falta de informação, às vezes, o pai ou a mãe não senta, às vezes, para conversar, né? Conversar. (TÉCNICO).

A oficina seguiu com uma dinâmica que buscava demonstrar como o HIV pode ser transmitido em uma relação sexual com alguém que é portador do vírus, sem a possibilidade

de saber, “pelo rosto da pessoa”, quem tinha, ou não, o vírus, de modo que a camisinha era necessária.

A prevenção das DST/HIV e a incorporação do uso do preservativo foram eleitas como temas de trabalho necessários às diferentes idades e a ambos os sexos. A reprodução, por sua vez – enfocada a partir do funcionamento do corpo e do sistema reprodutivo da mulher – foi eleita enquanto tema a ser trabalhado somente com as mulheres jovens, “mais velhas”. Foram excluídos os garotos e as adolescentes mais novas.

A seguir temos um relato sobre outra atividade com o segmento jovem, realizados pela equipe de um módulo de PSF na região urbana, que busca construir o trabalho em rede e de modo intersetorial:

A gente tem iniciado um trabalho com adolescentes, né? Há uns dois meses atrás mais ou menos, eu fiz... apesar de não ser... tinha adolescentes da nossa área aqui (...) e de outras áreas também. Mas assim... foi a forma que a gente tem encontrado de estar tendo um contato com os adolescentes... É mais fácil com as meninas a principio né? Então, a gente fez um grupo, até é um programa da promoção social, o Agente Jovem. E fizemos um encontro com elas, de orientação e elas acharam importante estar vindo para coleta do preventivo, então a gente agendou um dia e elas vieram. (TÉCNICO).

Foi pedido que ao profissional que descrevesse como se deram as articulações comunitárias para o planejamento e a realização da atividade:

A gente teve no mês de março, um evento na praça sobre o dia da mulher, né?(...) onde a gente estava trabalhando com a questão de orientação de DST, planejamento familiar, entre outras coisas, né? (...) e a psicóloga (...) do Agente Jovem comentou com a gente da importância de estar falando com essas meninas. A gente marcou um dia, elas vieram, a gente fez uma palestra sobre DST e nos disponibilizamos a marcar um dia para que elas viessem para coleta do preventivo. E foi bem aceito. Então por isso que eu

penso assim: que muitas não vêm, porque não sabem (...) não conhecem o exame preventivo, não sabem da importância do preventivo, o medo de fazer, né? (TÉCNICO).

Segundo o relato, participaram da palestra, jovens de ambos os sexos, na faixa de 15 a 17 anos e como resultado, de um total aproximado de 20 meninas, “umas 15 delas aceitaram participar e vieram para coleta”. Dos aproximadamente 10 ou 12 garotos, nenhum deles buscou o serviço de saúde, após a atividade, conforme foi ofertado.

Num primeiro momento, a gente falou da questão de DST, uma palestra geral para todos. E nos disponibilizamos a coleta de preventivo para as meninas. E os meninos ficaram... A gente deixou um espaço aberto para que se tivessem algum questionamento, que não quisessem fazer ali, ou até alguma suspeita de DST, que nos procurassem na unidade. (TÉCNICO).

Nas abordagens coletivas direcionadas a promoção da saúde do segmento jovem, os profissionais demonstraram recorrer, preponderantemente, à estratégia da *palestra*, que se caracteriza por ser não-dialogada, pela ênfase nos aspectos biomédicos e formas de contágio. A estratégia foi avaliada como resolutiva, ou seja, implicando a presença dos profissionais aos espaços do território e a construção do vínculo com o serviço a partir da abordagem de coletivos.

(...) quando você abre um dia e um espaço, em que só estarão jovens como ela e, às vezes, até só jovens do mesmo grupo que ela já está convivendo, fica mais fácil para ela aceitar fazer o exame. (TÉCNICO)

(...) É o caminho (fazer palestras em espaços com concentração de jovens) porque é a forma que a gente vai ter (...) de começar atraí-las para a unidade. Que quando elas vieram para buscar o resultado, por exemplo, elas já vieram independente do grupo. Então isso mostra que elas já se sentiram a vontade

para chegar aqui, elas tiveram um primeiro momento que dependeu do grupo para chegar... Mas a partir desse primeiro momento elas viram que aqui é um lugar que elas vão ser recebidas e vão ser bem atendidas né? (...) (TÉCNICO)

Embora o recurso da palestra tenha suas limitações, este tem sido o dispositivo freqüentemente utilizado e avaliado como positivo, necessário e incorporável à dinâmica de trabalho da equipe de PSF. Duas das ACS entrevistadas descrevem como vêem seu papel na organização de atividades de prevenção, associando a palestra a outras ações mais práticas junto aos participantes, indicando uma tendência a realizar procedimentos que se aproximariam do que chamamos de *oficina*.

Estar fazendo palestra, estar mostrando camisinha, ensinando mesmo a usar, tem gente que não sabe, tem todo um jeito, eu acho que em cima disso, estar trazendo esse jovem, cada agente de saúde ficar responsável na sua área, levar o convite, se a pessoa não compareceu não desistir, quando tiver outra reunião, insistir, ir lá, conversar. Foi tão bom, quem veio estar chamando outro jovem, fazer uma coisa que seja boa, que atraia o jovem, para ele poder estar voltando e trazer outros jovens, eu acho que seria muito bom. (ACS).

(...) palestra seriam legais, estar convidando as comunidades, fazendo palestras com eles, falando mesmo o verbo deles, falando como que acontecem as coisas, mas não sendo muito moralista, mas assim, estando aberto a diálogos, palestras, mas de forma que você fale a mesma língua que eles: “_ se você transar com fulano vai pegar AIDS!” Não assim! Assim: “_ vocês podem transar à vontade, mas desde o momento que vocês usem a camisinha para estar se protegendo não só da gravidez, como das doenças”. Entendeu? Acho que seria legal: palestras no nível deles, estar falando a língua deles, porque não adianta você ser o expert no assunto e falar coisas que a população não vai entender (...). (ACS).

Destacam-se do relato acima a valorização do diálogo, a aproximação do discurso biomédico e científico da cultura local, a crítica às abordagens moralistas que “pregam” o

medo e o estigma aos portadores do HIV e ao direito à vida sexual ativa com proteção, sem a noção de que a multiplicidade de parceiros seja necessariamente prática a ser coibida pelas ações educativas de prevenção.

Parece possível se tomarmos como base as narrativas acima, que as ações de prevenção sejam “mais” psicoeducativas, baseadas na promoção da cidadania, e “menos” biomédicas ou baseadas no princípio de conscientizar “pelo medo”, ao mostrar fotos de infecções em estado crônico, atreladas à informação dos agentes etiológicos de cada uma das DST. As referidas fotos de materiais educativos foram citadas por uma ACS como recurso que “não ajuda e sim atrapalha” o trabalho de educação em saúde.

(...) eu tenho esse livro um bom tempo, eu nem trago. Sabe por quê? São fotos muito fortes. Tem estado de sífilis, de HPV, então já são aqueles estados bem grave, tem o NIC... Aí, quando a gente leva para uma casa (numa visita domiciliar), tem pessoas que vai entender de outra forma, às vezes ela nem tem (uma DST), a gente só está fazendo a prevenção, mas a pessoa já vai ficar com medo de vir ao posto fazer o preventivo ou fazer outro exame, ou seja, até mesmo estar procurando, com medo de estar com uma daquelas doenças e já tá naquele estado da foto (...). Então o que acontece? Porque no começo, tudo há tratamento e ali foi pessoas que foram deixando, já estão em estados terminais, então esse livro ele é muito forte...(ACS).

Assim como avaliaram questões acerca dos conteúdos, processos de trabalho e tipos de materiais de apoio a serem utilizados, valorizando as atividades educativas coletivas, os informantes refletiram sobre seus próprios processos de aprendizado. Relataram “aprender na prática” e por meio das próprias tentativas, erros e acertos, o que não é em si mesmo ruim, porém indica certa falta de respaldo em termos de planejamento, formação continuada ou apoio técnico da gestão, área da Saúde do Adolescente e do Jovem bem como da Prevenção às DST/Aids, ambas do âmbito estadual.

(...) eu acho que falta realmente a questão de estratégia e formação da gente, enquanto profissional de saúde, para criar essas estratégias de estar trazendo e acolhendo o adolescente. E aí, eu acho que se fala muito na questão da política de saúde do adolescente, e é tudo muito bonito, mas os municípios não são cobrados, não são responsabilizados. Também nos apóiam pouco... (TÉCNICO)

Um depoimento foi ilustrativo da necessidade de maior apoio técnico para o planejamento, execução e avaliação das ações psicoeducativas de prevenção no Programa Saúde da Família. Os profissionais se depararam com a impossibilidade de realizar o que tinham planejado, passar um filme, o que permitiu que se utilizassem “na hora h” de outro método junto aos jovens, o que disparou reflexões por parte dos (as) profissionais, bem como se abriu uma possibilidade de encontro com os sujeitos e suas demandas.

E aí a gente teve (...) um primeiro encontro com esses adolescentes desse grupo de dança, foi até no horário da noite (...) compareceu em um grupo bem legal, e nesse dia assim: “_ o quê que a gente vai conversar primeiro com eles?” Não sei. A gente não sabia ainda o quê eles queriam. Então vamos levar um vídeo que fale de gravidez na adolescência... E o engraçado é que a primeira preocupação que a gente tem é essa, né? Pelo menos eu percebo que é uma preocupação minha: a gravidez. Vamos tentar de alguma forma dirimir essas adolescentes gestantes, né? Só que aí a gente chegou lá, não deu certo, teve um problema no DVD, não deu para passar o vídeo. E aí? O quê que a gente vai fazer? A intenção era passar um vídeo e discutir em cima dele... Bom, vamos para o recurso dos papeizinhos. Aí passamos os papéis, contamos da impossibilidade de passar o vídeo, e tudo mais... Então vamos ver quais são as demandas deles e vamos responder essas perguntas para depois trabalhar em cima disso... E a gente viu que eles não querem saber nada de gravidez agora! Eles não querem ouvir falar sobre gravidez na adolescência agora. Não teve uma pergunta voltada pára isso! Teve assim... 90 % das perguntas para questão da DST/AIDS (...) o relacionamento a dois, sexualidade, um pouco de família, um pouco de influência das drogas nas

relações sexuais, então isso... assim.... mudou completamente a nossa perspectiva de trabalho, né? (TÉCNICO).

Seguimos investigando o que esta experiência desencadeou na equipe, enquanto processos de trabalho. Pela descrição, a continuidade envolveu diferentes integrantes da equipe de PSF (médico (a), enfermeiro (a) e agentes comunitárias).

Nosso próximo encontro agora, na terça-feira (...) a gente vai trabalhar DST com eles, na medida do possível, porque como a gente não tinha nenhum material didático nem nada, nós fomos respondendo as perguntas que eles nos fizeram. E ficamos quase 2 horas, interrompemos, em função do horário, já que estava avançado! Ficamos devendo algumas perguntas para eles, que estão guardadas. A gente vai continuar (...) a DST e o relacionamento a dois, porque agora, para eles, isso é fundamental, e a gente sabe que falando disso, a gente já vai estar entrando na questão da gravidez, né? Falando sobre prevenção de DST... (...) Então isso surpreende muito! (...) Não dá para chegar com um pacote pronto porque a nossa visão é uma e, de repente, a minha preocupação com a gravidez é porque eu tenho muita adolescente grávida aqui, mas para eles isso não é fundamental agora. (TÉCNICO).

O entrevistador perguntou quais temas os (as) profissionais identificaram como de interesse do grupo de jovens.

Ah! Eles perguntaram... tinha perguntas assim: “_ como lidar com uma relação a dois?” Outros querendo saber da questão do sexo anal, outros perguntando de questão de ejaculação precoce, né? O que é sífilis? Deixa eu ver... Sei lá, né? Tanta coisa que surge no momento (...) questão da mulher, da menina de gozar, né? Como é que sabe se gozou, se é isso ou se não é? Então eles tem muitas dúvidas... Ah! Teve essa questão da influencia do uso da droga na relação sexual: o que acontecia, né... quando você estava... tinha usado uma droga. Identificou essa questão: se você usou uma droga, o que acontece com você, sexualmente né? Tem mais prazer, não tem? (TÉCNICO)

O profissional percebeu que a vida dos sujeitos não se dá em recortes temáticos e que a dimensão da sexualidade é um conjunto de significados e experiências vividas em meio à inserção do sujeito em um contexto cultural, onde a tal *gravidez na adolescência* não é um “ponto” escolar. O impacto da utilização de estratégias mais dialógicas em trabalhos com grupos de jovens é poder observar processos reflexivos e seu potencial educativo, no sentido de promover a emancipação do sujeito sexual a partir da construção de repertórios coletivos e não, somente, da produção de pessoas “informadas” e “orientadas”.

E foi interessante que nesse meio tempo, um dos adolescentes do grupo (...) fez uma colocação legal, e ele até falou: “_ olha, (...) mas eu acho importante estar falando que quando a pessoa usa droga ela acaba esquecendo de usar o preservativo porque ela está embalada pela droga”. Então eu achei interessante essa colocação dele. Porque a gente sabe disso (...) mas muitos não atentam para isso e ele, enquanto adolescente, chegou e falou. Não sei se por uma vivência dele, ou uma percepção... (TÉCNICO).

O (a) profissional reconheceu o aprendizado coletivo promovido pela colocação do próprio jovem participante no grupo, comparando-o ao impacto da fala do profissional de saúde.

6.3.4) Agrupamentos ou grupalidade: *palestra ou abordagens psicoeducativas*

É extremamente forte e arraigada nas práticas do campo da saúde a realização de palestras norteadas pela concepção médico-centrada, pelo padrão do profissional de saúde do tipo “receitador”.

Como palestrante, organizador de grupos, aplicar uma dinâmica de grupo, acho que é tranquilo, a gente sabe fazer bem. Não fiz ainda nenhuma dinâmica de grupo (...), geralmente o tipo é de palestra, de jogar

informações, deixo sempre aberto para fazerem perguntas, falo em relação a casos, tento ser mais didático possível. (TÉCNICO)

Também emergiu das narrativas o significado que vem sendo construído em torno da realização de grupos educativos em saúde, ao longo da implantação da estratégia Saúde da Família. Na fala dos profissionais: “vamos fazer grupos”, “os grupos de hipertensos”, “os grupos de gestantes” e, ainda, menos freqüentes e fonte de maior dor de cabeça, “os grupos de adolescentes”. Um argumento para validar tais práticas é a ampliação da oferta, dar conta da demanda, o que não seria possível pela via do atendimento individual. A palestra entra como dispositivo que acessa simultaneamente um número grande de usuários. O grupo impede que um diálogo demorado aconteça entre profissional de saúde e paciente, “atrapalhando” o que já é difícil: o fluxo grande de pessoas para atendimentos.

Precisa de disponibilidade de tempo, porque a questão é eu falar para um e repetir 100 vezes a mesma coisa para cada um que vem aqui. Falar com um grupo aberto, uma ou duas horas, essa é a questão da otimização e esse é o papel do médico ali, está na lei do PSF, na diretriz do PSF. (TÉCNICO)

A idéia de grupalidade é valorizada, entretanto, segue ainda permeada pela noção tradicional de “falar para o outro ouvir”, fala quem domina o saber, o conteúdo, fala para pra aqueles que não sabem, principalmente sobre as doenças e as “boas práticas” individuais para evitá-las.

A gente teve uma palestra (...) e nessa palestra foram 18 pessoas, o grupo tem que manter ele, sabe mesmo que chova vai ter aquele grupo lá. É muito fácil desfazer o grupo também, atrasa, um negócio chato. Agora, se faz um negócio padrão, que o pessoal curta, a realidade das pessoas que elas vivem eu acho que só tem a crescer. (...) E vai ser vários assuntos, a idéia é..., claro, o hipertenso e o diabético têm que estar incluído também, mas a idéia é falar de determinados assuntos, todos, principalmente daqueles diagnósticos da

população primeiro. Se tem bastante hipertenso e diabético, num primeiro momento nós vamos estar explicando isso aí e depois, tem bastante idoso, vamos explicar sobre envelhecimento normal, de envelhecimento fisiológico, vamos falar o que é artrose, doenças reumáticas, vamos falar, vamos falar sobre tuberculose. Aí é que está, neste momento ali, é um momento de aprendizado da população, os agentes (comunitários de saúde) também estão todos lá e estão aprendendo também. (...) Os agentes estavam passando na casa distribuindo panfletinhos (...) (TÉCNICO)

Solicitou-se ao entrevistado que imaginasse como poderiam ser utilizados grupos para o trabalho de prevenção às DST/HIV:

(...) Então a mesma coisa pode acontecer com DST/AIDS, abordar numa semana, poderia vir a conseguir um panfletinho para ser entregue um por casa, os agentes trabalhando em cima disso naquele mês, e o pessoal vindo, (...) que nem tem, por exemplo, a semana de hanseníase, o pessoal vem, tem uma mancha aqui, será que é Lepra? Aí é que está, é uma questão toda que envolve..., é multifatorial né? (TÉCNICO)

Diferentemente das palestras, as abordagens psicoeducativas baseadas na utilização de dinâmicas, jogos lúdicos, práticas corporais e debates coletivos em roda desconstruem a lógica médico-centrada e o foco na patologia. Permitindo a emergência da experiência cotidiana, da dimensão intersubjetiva e sociocultural das práticas e dos processos saúde-doença, como aconteceu no grupo de jovens, onde foi utilizado com jovens onde foi utilizado o recursos de coletar perguntas e temas escritos em papéis, a tal atividade dos “papeizinhos”. Há referências ao impacto positivo das atividades de grupo no aumento da adesão e qualificação do vínculo entre usuários e serviço/ profissional de saúde:

Depois da participação dos usuários em grupos, eles aderem à gente assim..., com uma naturalidade imensa! Aderem um vínculo com o profissional. Eles passam a confiar, tipo: “olha, amanhã eu vou conversar com você sobre isso!” (TÉCNICO)

6.4) Barreiras programáticas e culturais à ampliação do acesso

6.4.1) Acesso ao preservativo

Ao investigarmos nos dois módulos de PSF como ocorria a distribuição do preservativo, constatamos que a estratégia mais tradicionalmente observada nos serviços da rede básica consistia na dispensação dos preservativos, na farmácia, dentro da UBS, a partir da solicitação por parte dos usuários e mediante a efetivação de cadastro. Eram nas farmácias que ocorriam, também, a oferta dos contraceptivos orais.

Emergiram das narrativas questões programáticas e culturais como fatores que interferiam na procura, por parte dos usuários, dos insumos disponíveis para a prevenção.

Eu acho, estou com a farmácia quase cheia de anticoncepcionais vencendo, entendeu, tem anticoncepcional, tem preservativo. (Entrevistadora: como que é a busca das pessoas por preservativo na unidade, na farmácia?) Procura bastante, mas sempre são as mesmas pessoas, entendeu, não é uma coisa geral, tipo assim, começou a namorar um está apaixonado pelo outro, não usa o preservativo, só quer usar remédio, isso quando usa, porque já tem orientação na escola, já tem orientação na televisão, já tem orientação aqui quando vem fazer preventivo, já tem orientação (...) Porque ter tem, aqui tem, às vezes acaba, chega e acaba, mas não fica muito tempo sem preservativo. (TÉCNICO).

Também foi mencionada a distribuição de preservativos nos eventos comemorativos como Dia da Mulher e Dia Mundial de Luta contra a Aids.

Dentre as atividades de base comunitária, não foi citada como estratégia de prevenção a disponibilização de preservativos em grupos educativos com jovens, em escolas ou ONG (s), por exemplo. Quando realizavam as palestras, geralmente informavam à população sobre a disponibilidade de preservativos no serviço de saúde mediante a realização do cadastro.

Nestas atividades pareceu freqüente a prática de orientar e oferecer às jovens o exame “preventivo”/papanicolau, estimulando-as a procurarem o módulo de PSF.

A procura pelo preservativo no serviço de saúde mostrou-se perpassada pela dimensão de gênero. Foram citadas atitudes distintas entre homens e mulheres na busca pelo preservativo, bem como por outros métodos:

(Os adolescentes) pedem, vêm aqui, começa a dar risada, com vergonha. “_ Você quer preservativo?” “_ Eu quero. É para o meu irmão!” (...) A gente faz um cadastro, pega o nome deles, data de nascimento e todo mês podem vir pegar de quinze em quinze dias, quinze camisinhas. (Tem problema de faltar?) Não. (...) Pega o nome, endereço (...). Não precisa trazer documento (...). (TÉCNICO)

A entrevistadora perguntou se os jovens costumavam buscar o preservativo e quem vinha com mais freqüência, se as meninas ou os meninos:

(...) Vem. Mais meninos (...) meninas não vem muito. Elas acham que tomando anticoncepcional, não precisa da camisinha. Aí é que está. O principal é a camisinha, você não vai engravidar e não vai pegar doença. (Entrevistadora: as meninas procuram mais o que?) As meninas procuram mais o anticoncepcional, a injeção... E os meninos mais o preservativo. (TÉCNICO)

6.4.2) Acesso à atenção no serviço de saúde: diferenças entre rapazes e moças

Embora a busca pelo preservativo na UBS pelas mulheres adultas e jovens fosse percebida como menor, se comparada aos homens, eram elas quem mais buscavam procedimentos: atendimentos, exames, orientações nos serviços de saúde, consultas médicas ou de enfermagem. As mulheres, também, se comunicavam mais com as ACS. Isto se

mostrou com mais intensidade quando os informantes refletiram sobre as queixas e demandas relacionadas, especificamente, à sexualidade e reprodução.

A sensação de *desconfiar de estar com alguma coisa* desencadeia a busca pelo serviço de saúde pelas mulheres. Os homens, por sua vez, foram descritos como aqueles que raramente buscavam a rede básica/PSF, pouco solicitam acerca de orientações ou procedimentos às ACS e quase nunca vinham às atividades coletivas quando convidados. Preferiam ir ao Pronto Socorro no hospital ou iam à UBS somente quando o quadro se agravava e como o último recurso. Nestas situações, os técnicos relataram que os rapazes tendiam a abordar mais diretamente o médico, assim como no caso dos módulos em que este profissional era do sexo masculino.

Os profissionais destacaram que favoreceria o acesso ao cuidado, se as equipes de PSF contassem com técnicos, profissional da medicina e da enfermagem, de ambos os sexos, pelo fato de que é significativa a identificação de gênero, ou seja, entre as usuárias e a médica ou a enfermeira e entre os usuários e o médico ou o enfermeiro. Disseram que homens e mulheres sentem-se, desta forma, mais confortáveis, o que facilitaria a busca pelo cuidado nas questões concernentes à sexualidade.

As normas e expectativas sociais tradicionalmente associadas ao masculino contribuem para um menor reconhecimento dos próprios homens quanto ao direito e legitimidade de buscarem os recursos de saúde, seja para prevenção ou tratamento (FIGUEREDO 2005).

As queixas masculinas? Poucas. E quando chegam, geralmente é mais em relação à base sexual mesmo, do tipo: não está conseguindo mais ter ereção, idoso..., mas é muito pouco que chega. Com relação a sintoma de DST, dor, ferida, quase não chega... (...) acho que uma... Eu já atendi vários lá no hospital, acho que eles vão direto para o hospital, como aqui é uma área..., talvez..., isso é uma hipótese, como é

uma área que tem agentes que moram na mesma área, está sempre abrindo prontuário, fechando prontuário, e aqui deixa tudo anotado, talvez eles prefiram, os homens prefiram ir ao hospital (TÉCNICO).

Este relato aponta para a questão do sigilo e atenta para o fato de que a presença de pessoas da comunidade trabalhando no serviço de saúde, as agentes comunitárias, pode configurar receios dos usuários em terem suas questões mais íntimas expostas aos moradores, conhecidos e vizinhos.

Observamos, na realidade cotidiana dos serviços – e as entrevistas apontaram na direção semelhante – que as portas de entrada para os homens nos serviços de saúde eram restritas. Não havia abordagens ou grupos direcionados a eles, o cargo de agente comunitário de saúde era exercido em sua maioria por mulheres, estas, muitas vezes amigas, vizinhas, comadres das esposas, mães ou irmãs dos referidos homens.

Constatamos uma prática muito consolidada no trabalho das agentes comunitárias de saúde: na visita domiciliar mensal, a abordagem sobre as demandas em saúde do núcleo familiar acontecia tendo as mulheres como porta-vozes. Esta prática não se restringia às famílias monoparentais chefiadas por mulheres e pareceu associada às crenças que tradicionalmente relacionam “casa/ambiente doméstico” e “cuidado” ao universo feminino; eram interpretadas como cuidadoras do lar, dos filhos e do marido.

O fato de se dirigirem às mulheres pode dificultar o acesso à assistência no caso de agravos masculinos em saúde sexual, como as DST adquiridas, por exemplo, em um relacionamento extraconjugal ou homoerótico. Os valores tradicionais acerca da sexualidade (conjugal, monogâmica e heterossexual) marcam as práticas das ACS. Esta consideração é válida para ambos os sexos, entretanto com maior impacto sobre a saúde dos homens.

A dificuldade das agentes em abordar as questões de saúde da população masculina, dirigindo-se diretamente aos homens, incluía a dificuldade em abordar os adolescentes e jovens do sexo masculino, percebidos como “fechados” e *machistas*.

(...) Às vezes isso acontece muito nas casas, a gente chega nas casas para se deparar com os jovens, por isso que eu te falo, as meninas são mais abertas a conversar, a tudo, a esclarecer, do que o homem, o homem é um pouco... Ainda é meio machista. É horrível falar isso, mas é, porque eu sou casada e eu vejo (...). Até mesmo de estar falando de usar a camisinha, às vezes as mulheres não usam por causa do próprio parceiro, não quer usar e elas acabam aceitando, como se fosse normal.

O *machismo*, neste termo, foi citado por duas das agentes comunitárias. Nota-se que no depoimento acima o machismo é quase uma característica individual e de personalidade, não uma dimensão cultural. O machismo, também, era uma das explicações mais fortes dos profissionais para a dificuldade masculina em buscar cuidados de saúde, aceitar convites para a participação em atividades educativas de prevenção e para que alguns casais incorporassem o uso do preservativo.

Eu acho que uma parte (da dificuldade dos homens) é de machismo. Porque existe ainda, acha que o homem, não sei..., não sei nem muito explicar... (...) O machismo é uma coisa... que atrapalha ainda um pouco, apesar do desenvolvimento, dos estudos, mas ainda tem homem que é machista (...) Depende muito da criação daquele homem, tem homem que ainda abre a cabeça para o mundo de hoje, mas tem homem que ainda acompanha a família porque é aquilo...

O depoimento acima expande um pouco mais a concepção de machismo. Aspectos da cultura machista se complementam aos aspectos programáticos, pois constatamos nos serviços estudados, assim como apontam a maioria estudos sobre saúde e masculinidade, a ausência de interlocutores masculinos e marcadores simbólicos que dialoguem com os homens adultos e

jovens e os incluíam na cultura do cuidado à saúde. Os serviços de saúde são espaços feminilizados e os homens são não são identificados, como prioridade, pelos programas e ações de saúde na rede básica, (FIGUEIREDO, 2005) como são as gestantes e as crianças. Os homens eram identificados pelos informantes como sujeitos das ações de saúde, quando eram hipertensos ou diabéticos.

Embora os profissionais não tenham relatado estratégias de prevenção direcionadas aos homens adultos ou jovens, nem tampouco estratégias para incorporá-los, de alguma maneira, nas atividades que eram frequentadas pelas mulheres, percebiam como frequentes as situações em que os adolescentes do sexo masculino eram conduzidos pelas respectivas mães aos serviços de saúde. Isto, segundo os informantes, requeria “jogo de cintura” para o manejo do atendimento de modo a facilitar que a problemática “driblasse” as barreiras e encontrasse espaço para ser explicitada.

Tem uns que vem com a mãe. Também isso é um negócio que corta muito eles em dizer, a mãe corta às vezes, né? (...) Se é acima de 17, 18 anos, (...) grande, eu falo: “_ não precisa passar a mãe junto“. Tanto é, que esse garoto aí, ele só falou quando a mãe saiu. Eu falei: “_ com licença, faz favor, agora eu preciso conversar com ele!” (...) Que ele queria se matar porque o pênis dele era diferente. (...). Ele tinha 17 anos (...). Ele chegou referindo uma tosse e tal... Todos os sintomas... Aí foi indo, a gente foi conversando, conversando, até que ele abordou a questão que era essa, que tinha o pênis deformado, mas na verdade ele nunca tinha tido relação por causa disso, e aí foi, examinei e era normal, não tinha nada alterado (...) um pênis deformado, na cabeça dele (...). Não tinha nada, nem fimose ele tinha (...) (TÉCNICO).

Não obstante as inúmeras dificuldades relatadas pelos informantes na promoção da saúde dos homens adultos e jovens, os técnicos descreveram que o fato de criarem vínculos com o território - aspecto propiciado pela estratégia Saúde da Família - permite ao longo do tempo “aumentar a confiança” masculina, o que reduz progressivamente a resistência em se

“expor” ao serviço de saúde. O respeito ao sigilo também foi citado como reforçador da confiança para a permanência da continuidade da assistência e no caso da assistência masculina, esta dimensão aparece como mais necessária ainda, como se fizesse o contraponto para a vergonha masculina em se expor e diante do adoecer.

Mas eu já tive rapazes que já me procuraram (...). Um deles veio me procurar, que ele estava queixando muito de corrimento, muita coceira no pênis, aí eu falei: “_ vamos ver então”! Aí entrei, fiz o exame, (...) e era sífilis, tinha já úlcera perfeitinha, aí a gente começou a tratar, mas ele veio procurar... Mas ele já sabia que a enfermeira era eu (...). Já tinha outros contatos (...). Facilita pra caramba! (...) Ele estava com vergonha... É, foi adquirindo confiança (se referindo ao usuário em questão), e tudo da ética melhor possível, porque senão o negócio vaza e aí perde a credibilidade do paciente todinha e não volta mais. (TÉCNICO)

As meninas na faixa etária de 11 a 13 anos também eram freqüentemente trazidas por suas mães e despertava surpresa e preocupação nos profissionais, o fato de que elas chegavam “cada vez mais cedo” ao serviço de saúde, apresentando queixas de DST ou suspeita de gravidez. Sentiam-se impactados diante do diagnóstico de uma DST em adolescentes acompanhadas em pré-natal.

Eu cuido das mulheres, a gente faz um preventivo, aí no final ela vira e fala assim: “Enfermeira, doutora, você cuida de criança também? Adolescentes?” Eu falo: “_ Porque mãe? A minha menina está com 10 anos, ela está com corrimento, está com muita coceira, a calcinha está amarelinha.” Eu falei: “_ não, mãe, trás sim, se eu não puder cuidar, eu oriento alguns cuidados que tem que fazer, aí a gente passa para o Dr. (.....) que é pediatra, está bom”? (TÉCNICO).

Eu me lembro de uma gestante de 16 anos, a maioria é dessa faixa etária, ela estava fazendo o pré-natal, tudo bem, aí a gente agendou o preventivo. Quando ela veio para coleta do preventivo, ela estava com condiloma,

quando eu fui colher, estava com várias verrugas... Conversei com ela, é até uma adolescente bem receptiva, tímida, mas assim... que aceitava, que ouvia, conversei com ela, eu falei: “_ Mas isso já estava acontecendo?” (se as verrugas já estavam presentes) (...) “_ Não”. Em momento nenhum, nada... Eu acho que ela não conhecia o condiloma como uma DST... Então quer dizer, as verrugas foram surgindo, e a gente sabe que na gestação pelas questões hormonais aparece mais rapidamente, né? O processo é mais rápido, então, aquilo foi surgindo, a coleta do preventivo foi feita porque está no nosso protocolo, a coleta do preventivo (...). (TÉCNICO).

Conforme o (a) profissional relatava o caso, perguntas eram feitas pela entrevistadora com o intuito de construir a cena mais densamente. O relato continuou ilustrando como foi feito o atendimento à adolescente, no momento do diagnóstico, que se encontrava no consultório e sem acompanhante.

Expliquei o que estava acontecendo, ela ficou meia estarecida, porque: primeiro e único parceiro, né? O namorado. Peguei o álbum, mostrei para ela, os riscos, como deveria ser tratado, estava até sem médico aqui, orientei que ia encaminhar para o obstetra avaliar e a gente continuaria acompanhando, tudo mais. Essa, felizmente, foi uma pessoa que aceitou bem, aí falou... só não entendia como, porque era o primeiro parceiro, aí eu questionei a respeito dele, se ele tinha algum sintoma, se tinha alguma verruga, e tudo mais. (...) Ele não tinha lesão nenhuma, não tinha nada, então acho que por isso ela não tinha consciência nenhuma do problema, para ela era como se fosse uma verruga que aparece na mão, no joelho (...). Ela não achou isso um problema: ver surgir umas verrugas ali, não associar o problema, mas teve uma boa aceitação do acompanhamento (...) (TÉCNICO).

Foi perguntado ao profissional se havia a presença de algum familiar da adolescente, a mãe, por exemplo, e o que ela pensava sobre a relação entre “adolescente”, “família” e “serviço de saúde” nas circunstâncias em que havia um diagnóstico desfavorável.

Nesse dia estava só nós duas (...). Ela (a adolescente) optou por não fazer (contar o diagnóstico para a mãe), (...) a gente entrou na questão da mãe... Até porque você fala de um condiloma, uma DST, então a primeira coisa... Adolescente, querendo aquela gravidez: “_ E o meu bebê? O que vai acontecer?” Então ela começou a chorar, e tal, aí eu falei: “_ Veja com quem você quer conversar, eu sei que sua mãe é participativa com você!” (...) Eu falei: “_ Você fica a vontade para ver se você quer conversar com ela, com o seu parceiro, qualquer dúvida eles podem me procurar aqui para eu estar explicando, orientando, que tratando direitinho não tem risco.” Informei direitinho... (...) É porque aí, ela optou por não falar com a mãe, então quer dizer, mesmo em outras consultas que a mãe veio, eu já sabia que aquele era um assunto que a gente não tocava naquele dia (...). A gente fica feliz, por ver que a sua orientação foi bem aceita, que o tratamento foi efetuado, que teve resultado, tanto que ela foi para o parto já sem nenhuma lesão de condiloma mais. Então a gente fica satisfeito quando vê essa aceitação. (TÉCNICO).

Dois pontos merecem destaque. O relato ilustra o direito ao sigilo, à privacidade e à liberdade, enquanto direitos dos adolescentes, que foram respeitados no contexto do atendimento, assim como a valorização da autonomia e da capacidade de decisão da adolescente em relação a compartilhar ou não com a mãe a experiência do diagnóstico. O segundo ponto é que, considerando as poucas vezes em que jovens do sexo masculino eram atendidos em consulta, nenhum dos integrantes da família era reconhecido como figuras de suporte ou mesmo “de controle”, como eram no caso das garotas. Além do acesso desigual aos serviços entre garotas e garotos, a percepção de que elas são “mais frágeis” e eles mais “independentes”, confere a eles uma possibilidade maior de receber apoio familiar do que no caso dos garotos.

Ela (a adolescente) optou por não fazer (contar o diagnóstico para a mãe), (...) a gente entrou na questão da mãe... Até porque você fala de um condiloma, uma DST, então a primeira coisa... Adolescente, querendo aquela

gravidez: “_ E o meu bebê? O que vai acontecer?” Então ela começou a chorar, e tal, aí eu falei: “_ Veja com quem você quer conversar, eu sei que sua mãe é participativa com você!” (...) Eu falei: “_ Você fica a vontade para ver se você quer conversar com ela, com o seu parceiro, qualquer dúvida eles podem me procurar aqui para eu estar explicando, orientando, que tratando direitinho não tem risco.” Informei direitinho... (...) É porque aí, ela optou por não falar com a mãe, então quer dizer, mesmo em outras consultas que a mãe veio, eu já sabia que aquele era um assunto que a gente não tocava naquele dia (...). A gente fica feliz, por ver que a sua orientação foi bem aceita, que o tratamento foi efetuado, que teve resultado, tanto que ela foi para o parto já sem nenhuma lesão de condiloma mais. Então a gente fica satisfeito quando vê essa aceitação. (TÉCNICO).

No caso desta jovem, ela tinha um namorado e este foi encaminhado ao serviço de saúde de sua área de residência, o que indicou o reconhecimento do profissional da necessidade do cuidado estender-se ao parceiro. No entanto, mostrou-se uma preocupação dos profissionais a maneira que deveriam proceder diante de situações cujos parceiros sexuais não eram estáveis, tais como “ficantes” ou “rolos”, como eles diziam. Não emergiu nas entrevistas a relevância do profissional dialogar com a jovem sobre a necessidade e as reais possibilidades dela conversar sobre o diagnóstico com parceiros desse tipo. Quando percebiam que elas “não tinham um namoradinho” ou que “saíam com um e com outro”, como expressavam os entrevistados, o assunto não era abordado. No caso dos rapazes, tal dilema nem chega a se constituir.

6.4.3) Desperdício de “oportunidades” para a prevenção: a consulta médica ou de enfermagem e o aconselhamento em sexualidade, reprodução e DST/Aids

Investigamos a percepção dos profissionais quanto à utilidade da consulta clínica individual para abordar questões da sexualidade e da prevenção, mesmo que a busca pelo atendimento não fosse mobilizada por queixas desta esfera.

(Entrevistador) **Se a pessoa não traz isso, e ela está numa consulta clínica geral, é de costume, faz parte do protocolo, investigar?**

Não tem protocolo. No meu protocolo faz. Sempre na questão das mulheres eu cito o preventivo, tem corrimento, tem dor na relação, tem sangramento na relação, ciclo menstrual como é, usa anticoncepcional, não usa, o número de parceiros nos últimos seis meses, sempre pergunto... O que é interessante... Essas informações chegam para mim: “_ só um só, tenho parceiro fixo“. Eu acho que elas têm receio de falar (...)

Aqui aparece a preocupação do profissional, no caso, um homem, em incluir a saúde sexual, o que é bastante positivo, criando para si, o “seu protocolo”, focando, como se pode ver, os aspectos biomédicos, “excluindo” de certa forma a dimensão subjetiva das práticas sexuais. Ele pondera que as mulheres talvez tenham receio em falar para ele, quantos parceiros sexuais exatamente elas mantêm. Consideramos algumas hipóteses: sexo masculino do profissional, o fato da abordagem usar um questionário, a dimensão da moralidade que paira tacitamente já que as mulheres não são estimuladas socialmente a terem vários parceiros, ao contrário, são designadas como “promíscuas”. Vale ressaltar que o termo “promiscuidade”, como já citado anteriormente, apareceu nas narrativas como uma característica da sexualidade da população atendida na região urbana, do ponto de vista dos profissionais entrevistados.

O profissional segue, então, explicando como é seu “protocolo” nas consultas com os homens, para abordar a dimensão da sexualidade.

Geralmente eu pergunto se tem algum problema na relação sexual, se tem coceira, tem algum corrimento, dor para fazer xixi, alguma coisa desse tipo. Estou usando a linguagem leiga mesmo.

Um aspecto fundamental que emergiu do material foi a dificuldade em fazer uma abordagem mais integral das experiências sexuais no espaço da consulta médica e de

enfermagem. É como se no universo do consultório se tivesse que fazer uma seleção: priorizam-se os comportamentos/attitudes/atos, dos quais se deve “limpar”/“espanar” aquilo que é da subjetividade, as singularidade, ou seja, aquilo que, de alguma maneira, dificulta a padronização e vem mais carregada de valores afetivos e morais, muitas vezes divergentes da moralidade do (a) profissional. Estes são os conteúdos qualitativos da experiência dos sujeitos: com quem transa, o que é sentido, onde, quando, como..., ou seja, a descrição densa da cena e do cenário sexual que buscávamos e dos roteiros para os gêneros, aspectos apontados pela literatura como cruciais a serem manejados em ações de prevenção, no caso da consulta, por meio da atividade do aconselhamento.

A dimensão psicossocial amplia o “protocolo”, “encomprida” por demais a consulta; a pressão exercida segundo a lógica da produtividade sobre a rede de saúde tende a dificultar a prática da integralidade do cuidado ou a construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica (CUNHA, 2007).

(...) eu tento abordar com todas (questões da sexualidade) mas, na verdade, eu uso um formulário fechado na minha cabeça, principalmente, pela falta de tempo. Não posso deixar a pessoa contando, porque vai faltar tempo para atender outra pessoa. Geralmente é uma consulta objetiva e não subjetiva: a pessoa começa contando e quando ela termina, eu já entro com uma série de perguntas, da cabeça aos pés, iniciando a parte sexual, fechadas, pergunta fechada... E se ela começa a sair, interromper, talvez se essa informação for válida, deixo ela falar um pouquinho, aí já entro com outra pergunta ou, se acho que não é válida, já interrompo, que também não dá, eu não tenho tempo para isso...

Relevante para o trabalho de prevenção foi o reconhecimento por alguns profissionais da dificuldade em abordar as parcerias sexuais dos usuários no manejo das situações em que informavam ao paciente sobre um diagnóstico positivo de alguma DST. Tendo como referência a co-construção do *sujeito sexual* e a noção de “com quem se

transa”, ou seja, como o sujeito significa “o outro” com quem se relaciona sexualmente, é um dos aspectos mais relevantes da cena sexual que interfere na decisão de adotar ou não o preservativo (PAIVA, 2000).

(...) Não! Não é não! (uma prática comum do profissional de saúde perguntar sobre as parcerias sexuais, com quem o paciente mantém relações e como ele acredita ter contraído a DST). É até assim... Uma coisa que você está falando, é uma coisa que dá para eu atentar que é uma falha (...). Conforme você coloca, colocou, eu acho que é importante sim (abordar as parcerias sexuais), por isso que eu coloquei, então, que eu acho que é uma falha, porque de repente eu trabalho com isso e não atentei para a importância que isso tem, e a partir do momento que você está falando, eu começo a ver que é importante, até para captar outras pessoas que ela possa estar trazendo (...).

Quando perguntamos ao profissional a que ele atribuía a dificuldade em abordar, no atendimento, a vida afetivo-sexual e as parcerias, ela responde:

(...) Eu acho que assim..., é não entrar muito na individualidade do outro, porque, eu penso eu mesma, se eu vou numa consulta, tem coisas que eu quero falar, tem coisas que eu não quero falar, é claro que às vezes o profissional consegue me conduzir e tira tudo o que eu não queria dizer para ele, então talvez falte para a gente isso, como buscar dessa pessoa o que ela não quer me falar e eu sei que é importante saber, (...) isso é essencial para um diagnóstico, para um tratamento posterior, mas como eu vou falar? Eu quero ganhar a confiança dessa pessoa, preciso saber, (...) não quero assustar, não quero me sentir invasor da privacidade dele.

Neste momento, nota-se que no diálogo estabelecido entre entrevistadora e entrevistado (a) que o (a) profissional parece ter a sensação, naquele instante, de que algo lhe “passava batido”, até então, no cotidiano da prática. Isto corrobora a idéia de que o aprendizado se dá em meio aos processos comunicativos que auxiliam a disparar reflexões e,

possivelmente, a construir repertórios de atitudes e práticas no campo da assistência em saúde.

Destacamos aqui, além dos fatores já citados que dificultam uma abordagem mais integral da sexualidade no espaço da consulta, a noção de respeito por parte do profissional pela privacidade do paciente ao não “entrar tanto” na vida íntima do sujeito atendido. Considerando que ele já se encontra numa situação de fragilidade, por receber um diagnóstico de DST, alguns entrevistados imaginavam que seria ainda mais “sofrido”, ter que falar sobre sua vida. Há, provavelmente, sofrimento ou incômodo que podem ser do próprio profissional. As pessoas, quando atendidas, se sentiriam melhor atendidas e apoiadas, quando encontrassem “um outro” que, junto com elas, refletissem mais profundamente sobre suas questões afetivo-sexuais.

(...) no começo a gente explica (sobre o que é uma DST), o papel da gente não é... assim... Muito pelo contrário, Deus me livre da gente desfazer uma relação por causa de um resultado de exame, isso acontece, né. Se a gente não tiver o cuidado na hora de abordar, a gente destrói até um relacionamento, então, isso é muito sério.

A dificuldade em realizar a prática do aconselhamento na Atenção Básica – que inclui a abordagem singular do sujeito em atendimento, considerando as dimensões individual e social – mostrou-se associada, entre outros, aos receios e inseguranças por parte dos profissionais em abordar temáticas geradoras de sentimentos intensos nos próprios profissionais, além de remeterem ao universo de valores morais: fidelidade/infidelidade, vida/morte, dor/prazer, etc. Vejamos o depoimento abaixo.

(...) chegou uma mocinha, abordou a menina (outra funcionária) lá na frente, tinha 15 anos, aí, ela queria conversar com a enfermeira, aí entrou, começou a falar que estava com a regra atrasada, ela começou a contar tudo o que

tinha acontecido com ela, todo o processo (...) aí eu tive que pedir tudo que a gente pede mesmo, (...) fazer aquela pesquisa toda. Passou uma, duas semanas, ela voltou com o resultado, teve que fazer o pré-natal. Passou duas semanas e meia, mais ou menos, ela vem trazendo um amiguinho dela: “_ ah, enfermeira eu queria falar com você, eu quero conversar, trouxe o meu amigo aqui, ele quer perguntar umas coisas para você”. Eu falei: “_ tudo bem”. Aí eu chamei eles pra dentro, fechei a porta, e começamos a conversar. Ele começou a contar o que tinha acontecido com ele. Porque aconteceu com a amiga e ele estava presente no dia em que aconteceu com a amiga, eles tinham ido numa festa de adolescentes e nessa festa de adolescentes, rolou lá a transa com outros colegas, ele com outras amiguinhas dela e ela com outro amiguinho, que engravidou, ele estava muito preocupado, porque ela tinha engravidado e ele tinha transado com outras meninas na festa, não foi só com uma. Uma idade (...) que eu fiquei..., me baqueou, me marcou, ela tem 15 e ele 16, imagina os outros quanto não tinham, nesse relacionamento aí, eu fiquei muito preocupada, porque do jeito que ele me contou que tinha acontecido, ele: “_ você acha que tem risco dela....? Eu já liguei para ela, a menstruação dela está parada, não veio”. (...) Aí eu falei: “_ vamos ver a onde ela mora, me fala.” Comecei a buscar, tentar a confiança deles: “_ não, mas eu não quero que a senhora fale com ninguém, para o meu pai, não, não fala nada, a gente vai conversar ver o que a gente vai fazer”. E eu: “_ mas não pode deixar, vamos ter que procurar a mãe dela, procurar ela, conversar.” Aí descobri, (...) bem longe daqui (...). Eu pensei: “_ Ele mora aqui, vou ligar para a enfermeira do PSF de lá e vou contar para ela o que está acontecendo, para ela fazer uma visita lá e fazer uma pesquisa geral. Foi batata (...) ela foi na casa dela, chegou lá, fez a abordagem, não entenderam muito bem a situação. (...) Conseguiu falar com a menina, e também aconteceu a mesma coisa, (...) ele foi pai com 16 anos de gêmeos! Gêmeos! Ele mora aqui (na área de cobertura do PSF que a informante trabalha). E ela mora lá com a família dela (...) Foi também um relacionamento nessa festa (...) Eles já eram amigos de escola. (...) Foi numa festa de sexta-feira a noite, um monte de amiguinhos juntos, então os adolescentes com 15 e 16 anos estão se reunindo para festejar e festeja já em grupo, (...) tudo junto no mesmo ambiente, não teve a questão de buscar a privacidade, foi tudo junto. Isso me deu um aperto. Nossa! A gente tenta... não pode passar isso: espanto, né? Eu tentei ser o mais natural possível: “_ vamos fazer isso, vamos fazer aquilo.” (...) E aí é que está., aonde é que está

a informação, os pais saberem onde estão esses adolescentes, né? A noite, o que eles estão fazendo, com quem que eles estão. (TÉCNICO)

Quando perguntamos sobre o uso do preservativo ter sido referido por algum deles, a profissional respondeu:

Rompeu (o preservativo), ele contou quando abordei. Ela não usou, não lembrou de usar. Ele usou, mas ele falou que rompeu, aí continuou depois mesmo assim sem colocar outra e foi aí que ...

O (A) profissional relatou sua iniciativa em fazer uma “*busca ativa*” dentre os “oito ou nove adolescentes” que ela ficou sabendo que estavam juntos na mesma experiência sexual. Três deles eram da área de abrangência de seu módulo e os outros de outra área, fato que a fez contatar profissional do respectivo módulo, que segundo ela, também fez a “busca ativa” destes adolescentes, tanto meninas como meninos. O resultado foi a “descoberta” de duas gestantes adolescentes, uma delas, a primeira adolescente que procurou o serviço de saúde e a outra, grávida de gêmeos, moradora de outra comunidade, cujo pai era o garoto que procurou a rede de saúde, acompanhado da amiga. Ambas foram assistidas em pré-natal.

O relato permite a visualização da tendência do profissional em trazer à tona a função parental e familiar de “supervisionar” as práticas sexuais dos adolescentes e jovens, bem como a necessidade de “informar a mãe” sobre a gravidez da filha adolescente.

Outro aspecto a pontuar é que o PSF tem condição estratégica para infiltrar-se nas comunidades e nos grupos familiares, o que fortalece a perspectiva do trabalho em rede e da vigilância em saúde diante de situações de maior vulnerabilidade de determinados grupos sociais a alguns tipos de agravos. No caso, por exemplo, do grupo de adolescentes que tiveram experiências sexuais em uma festa, foram organizadas e disparadas ações conjuntas

entre equipes de PSF de áreas distintas com objetivo de realizar ações de prevenção e assistência.

As tradições de uma sociedade adultocêntrica que, historicamente, quer monitorar a fecundidade da população pobre e controlar os corpos e a sexualidade infantil e feminina marcam as práticas dos profissionais, mesmo quando fazem a *busca ativa* para, em caso de gestação, se garantir o direito ao pré-natal. Isto se torna relevante quando consideramos as equipes que entram nas comunidades e nos ambientes desprovidos destas reflexões sobre o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Longe de fazer uma análise que desrespeite a luta de diversos segmentos no Brasil pela melhora da assistência à gestante a fim de reduzir o número de mortes de mulheres e crianças por complicações puerperais, ressaltamos a importância de estimularmos uma prática mais fortalecida rumo à equidade de gênero, o que inclui, por exemplo, a ampliação da concepção da gravidez, para além da dupla mãe-bebê e que inclua o homem enquanto sujeito.

No caso das narrativas dos (as) profissionais pesquisados, observamos a incorporação do discurso hegemônico onde o homem “desaparece” como ator, de modo que a paternidade não é valorizada ou estimulada. Isto parece ser incorporado pelo serviço de saúde, no contexto do atendimento à gestante, principalmente, no caso das adolescentes e jovens que engravidaram no contexto de relações afetivas não circunscritas ao casamento ou união estável.

O caso relatado sobre as práticas sexuais de adolescentes em uma festa é bastante ilustrativo da tradição biomédica que marca as práticas atuais do PSF em compreender a gravidez/reprodução como eventos do universo feminino. Possivelmente, a etapa seguinte à melhora da assistência materno-infantil no país seja ampliação da reprodução a partir da perspectiva de dois gêneros. A cena relatada pelo profissional teve como ator principal um garoto de quinze anos que buscou o serviço de saúde acompanhado por uma amiga também

adolescente, preocupado com a possibilidade de se tornar pai, relatando que a menstruação de uma das garotas, com quem tinha tido relação sexual na festa, estava atrasada. Este garoto veio a se tornar pai de gêmeos. Entretanto, o eixo narrativo do entrevistado só enfatiza a necessidade de buscar a suposta gestante, averiguar o fato e iniciar seu acompanhamento. Não aborda qualquer conversa com o “adolescente-pai”. Este sujeito não é reconhecido em seu processo de construção de uma nova identidade. Estes aspectos mostram-se relevantes se pensarmos no estímulo ao aprendizado do sexo seguro e na adoção do uso correto do preservativo, diminuindo a vulnerabilidade às DST e, no caso, a vulnerabilidade a uma segunda gravidez, de outra adolescente com quem o garoto venha a se relacionar futuramente. No caso deste adolescente, ele relatara ao profissional que o preservativo havia rompido.

A questão de gênero - a gravidez como evento feminino - se une à noção individualizada da assistência em saúde, hoje questionada pela noção de *atender a família*, proposta pelas diretrizes do PSF. Em dois módulos de PSF da cidade pesquisada nos períodos em que aconteciam as consultas de pré-natal, identificamos a presença de várias adolescentes e jovens. A maioria delas estava sozinha ou acompanhada de outras mulheres. Uma ou outra tinha por companhia maridos e namorados, menos ainda, homens que fosse “somente” pais de seus futuros filhos. Chamou a atenção o fato de que os companheiros permaneceram esperando-as na área de espera, não ingressando aos consultórios durante as consultas de pré-natal. O atendimento ocorria pela convocação do nome da mulher. Outros rapazes foram vistos “circulando” por ali, chegavam a pé ou de bicicleta, com rostos tímidos, como se estivessem de passagem. Como a área era delimitada por uma cerca de alambrado, o que não impedia o contato visual, as interações entre eles e as supostas companheiras se davam por meio da aproximação delas até a cerca ou até o portão de entrada. Deste modo, eles não adentravam a espécie de varanda da casa, onde funcionava o módulo de PSF, local habitado naquele período quase que exclusivamente por mulheres.

6.4.4) A rede básica de saúde e a descentralização da atenção em DST/Aids

A experiência de construção de um modelo descentralizado das ações de prevenção e cuidado às DST/Aids é recente na região do município estudado. A ausência de um Programa Municipal de DST/Aids *estruturado* foi apontado pela gestora do Programa Estadual como fonte das dificuldades na interlocução com o município e, por conseguinte, no avanço da qualidade da atenção em nível local.

As deficiências gerenciais do sistema de saúde local, incluindo a rede básica, prejudicavam as parcerias entre Programa Estadual de DST/Aids e a Secretaria Municipal de Saúde. Um exemplo citado por ela foi a arbitrariedade da administração municipal anterior em efetuar o fechamento de toda a rede de unidades básicas por aproximadamente dez meses.

Com relação aos sistemas de notificação e monitoramento, a baixa notificação das DST e dos casos de Aids, bem como os equívocos técnicos no abastecimento dos dados do Sistema Nacional de Notificações (SINAN), comprometem a construção das estratégias de planejamento para a prevenção e o cuidado, uma vez que os dados epidemiológicos não refletem com fidedignidade o panorama da epidemia de Aids no Estado e, tampouco, os grupos mais atingidos pelas outras DST(s), dentre eles o segmento adolescente e jovem. Um exemplo dos problemas nas notificações foi que de 2000 a 2006, segundo o SINAM, foram notificados somente quatro casos dentre os três agravos (sífilis, condiloma e herpes genital) e as três síndromes (do corrimento cervical, do corrimento uretral e da úlcera genital).

A gestora esclareceu que a epidemia de Aids no Estado totaliza de 1982 até julho de 2006, 52.839 casos de Aids, entretanto este número possivelmente seja superior, dado que a subnotificação dos agravos de notificação compulsória é ainda muito elevada e a qualidade das informações contidas nas fichas ainda está aquém do desejado.²⁵

²⁵ Ver Boletim Epidemiológico da Coordenação Estadual de DST/Aids-RJ, 2006.

Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/dstaids/Pub.shtml>

Em contraste com o decréscimo da epidemia nas duas regiões metropolitanas, o Boletim aponta que a região chamada de Baía da Ilha Grande vem apresentando, desde 2003, aumento em suas taxas de incidência de Aids, ocupando o posto de região com os maiores índices do estado (32,5 casos por 100.000 habitantes). As comunidades anfitriãs de turismo, onde o presente estudo foi realizado, se localizam em um dos municípios que integram, justamente, a região citada, da Baía da Ilha Grande, composta por três municípios, no total.

Quanto aos grupos etários mais atingidos, vale destacar que as categorias utilizadas pelo Boletim Epidemiológico, com base no SINAM da Secretaria de Estado da Saúde, não permitiram uma visualização dos casos relativos ao segmento adolescente (11 a 17 anos) e jovem (18 a 24 anos) uma vez que as categorias utilizadas foram: crianças (menores de 13 anos), adolescentes (13 a 19 anos), adultos (20 a 49 anos) e adultos acima de 50 anos. Esta divergência ilustra, na prática, a dificuldade conceitual e operacional que envolve o planejamento das ações e o monitoramento dos agravos em saúde que incidem sobre o segmento adolescente e jovem. Trata-se de um exemplo que ilustra a dificuldade de articulação entre Coordenação Estadual de DST/Aids e a área técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem e a Atenção Básica, seja em nível estadual ou federal.

No aspecto da intersetorialidade, foram mencionadas pela gestora as dificuldades na interlocução entre o Programa Estadual de DST/Aids e a Coordenadoria de Educação do Estado, o que prejudica a inserção ou a intensificação das ações de prevenção na rede pública de ensino mediante a estratégia de aproximação entre os setores da saúde e da educação.

Com relação à descentralização das ações de prevenção e cuidado em DST/Aids, a partir do fortalecimento dos sistemas de saúde locais, incluindo a rede básica e o Programa Saúde da Família, este processo foi reconhecido, valorizado e analisado a partir da necessidade de menor verticalidade, maior articulação e permeabilidade entre os Programas e

Áreas Técnicas afins. No município pesquisado, esse processo foi avaliado pela gestora entrevistada como em estágio inicial e incipiente, demandando maior sensibilização e envolvimento da gestão local. Por outro lado, a gestora entrevistada valorizou a interlocução entre a Coordenação Estadual de DST/Aids e a gestão municipal da área de Saúde da Mulher, instância esta avaliada pela informante como aquela que apresentava maior sensibilização acerca da necessidade de articular ações que envolvam a rede básica e o Programa Saúde da Família.

Como estratégia para o processo de descentralização da atenção às DST/HIV/Aids, a gestora destacou a realização, durante o ano de 2006, do *Seminário de Vulnerabilidades* e de duas *Oficinas de Planejamento* (com duração de três dias cada), subseqüentes ao seminário, que aconteceram na capital do Estado, reunindo coordenadores municipais dos Programas de DST/Aids e representantes de outros Programas e Áreas Técnicas, como por exemplo a Saúde da Mulher e a Saúde do Adolescente e do Jovem. Esta foi referida como a principal estratégia de co-gestão entre Coordenação Estadual e o nível local. Tinha-se por objetivo mapear as ações desenvolvidas nos municípios, fomentar novas iniciativas e oferecer apoio técnico para o desenvolvimento de ações de prevenção e assistência, bem como para elaboração de projetos para obtenção de recursos como, por exemplo, o recurso previsto pelo PAN (Planos de Ações e Metas).

Foram citados os avanços conseguidos por meio do PSPE (Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas) – uma estratégia articulada entre os Ministérios da Saúde e o da Educação que prevê a introdução, no espaço escolar, de uma política de educação preventiva e de promoção da saúde. Objetiva-se, a partir da implantação de nove Pólos Regionais de Referência, coordenar e acompanhar o desenvolvimento das ações com o apoio de equipes locais²⁶. Os

²⁶ Ver Boletim Epidemiológico da Coordenação Estadual de DST/Aids-RJ, 2006.

Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/dstaids/Pub.shtml>

resultados deste Programa no município estudado foram avaliados pela gestora como *incipientes* e restritos, até o momento, à formação de uma rede antes inexistente, à identificação de alguns atores com potencial de trabalho e àquilo que a informante denominou de *construção do debate e aproximação* entre a saúde e a educação.

6.4.5) Testagem e aconselhamento em HIV/ Aids e a rede básica de saúde

Como o município em questão não conta com Programa Municipal de DST/Aids, bem como com Serviços de Referência em DST/Aids, a instância que coordena as ações relacionadas é a Vigilância Epidemiológica estabelecendo fluxo de ações conjuntas com a rede básica de saúde, composta pelos módulos de PSF, com o hospital municipal e com um profissional médico infectologista que, segundo os profissionais entrevistados, atendia no Centro de Especialidades.

(...) Aqui a vigilância epidemiológica acompanha bem de perto esses casos, nós conhecemos nossos portadores, a gente faz a entrega de medicação, a gente acompanha na medida... Quando tem o agendamento, tem a consulta com pneumologista, ou a coleta de sangue para fazer a dosagem para o CD4 e tudo mais, a gente entra em contato (...). Não (colhe na UBS), faz direto no laboratório. Alguns casos, por exemplo: está precisando fazer um hemograma, uma glicemia, exames de rotina que são solicitados, aí colhem aqui. Só a contagem de CD4 quando é feito o exame, aí faz direto no laboratório. Então eles (profissionais da Vigilância) estão sempre contatando: “_ olha fulano tem pneumologista marcado para tal dia, avisa, fica em cima para avisar.” Se foi faltoso: “_ verifica para mim porque não foi.” Exame de ultra-som, às vezes precisa. (...) Com todos os módulos (é o mesmo procedimento). Todos nós conhecemos os nossos soropositivos, sabemos onde estão, trabalhamos em parceria, na verdade a Vigilância faz essa parceria.(TÉCNICO)

Dos relatos dos informantes, percebeu-se que havia dificuldades na testagem sorológica, o que comprometia a prevenção e o cuidado posterior em função do tempo longo de espera até que o resultado retornasse ao profissional que solicitara o exame. Segundo fomos informados, a coleta do material era feita nas UBS, mas as análises eram realizadas em laboratórios de municípios maiores da região, processo que chegava a demorar de dois a quatro meses.

Pedir teste é relativamente fácil, tem que preencher duas folhas grandes, o nome, separadas, né? (...) Isso também faz parte, porque demanda tempo, tipo se eu pedir para todo mundo que vem aqui, demanda um tempo (...). Pedir, eu posso pedir, só o que acontece é demora dois ou três meses para vir o resultado, às vezes as pessoas não vêm trazer de volta. Eu só recebo (resultado da sorologia) de gestantes (...), o resto eu não recebi nenhum (...)

Sobre o retorno dos resultados das sorologias, tanto positivos quanto negativos, à rede de saúde local, o fluxo relatado pelos diferentes profissionais entrevistados foi: 1) os exames cujos resultados eram negativos retornavam à UBS quando por esta tivesse sido solicitado ao paciente; 2) em caso de HIV positivo, entretanto, o resultado do exame era enviado à Vigilância Epidemiológica que se responsabilizava pela comunicação do diagnóstico; 3) exames positivos também retornavam à UBS, cujo diagnóstico era comunicado ao paciente pelo profissional médico que o solicitara e, por fim, 4) o usuário recebia o exame em mãos, pela ACS ou pela Vigilância Epidemiológica e deveria, em retorno de consulta médica, discuti-lo com o médico. O estudo não teve a oportunidade de obter informações acerca da diretriz para o fluxo laboratorial.

Foi destacada a vulnerabilidade maior das gestantes e bebês, principalmente devido aos percalços no fluxo laboratorial. Foi narrado com muita ênfase e pesar, um caso emblemático em que uma gestante adolescente, com aproximadamente quinze anos, transmitiu o vírus para

seu bebê, em função de ter sido diagnosticado o HIV somente após o parto, por meio do teste rápido, pois o resultado de sua segunda sorologia não havia chegado até então.

Uma adolescente, hoje ela está com 15 anos, foi detectado na sorologia de pré-natal, eu não estava aqui na época da sorologia (...). A sorologia dela chegou quando ela teve o bebê, fizeram a testagem rápida, junto com isso chegou por fax o resultado da sorologia que ela já tinha feito. Ela já tinha tido o bebê, foi parto normal (...). Ela é um caso especial, porque município pequeno... Quando teve o caso dela, o município, o hospital inteiro soube. Até uma coisa antiética, é complicado segurar (...).

Profissionais relataram que a testagem era feita em dois momentos nas gestantes: no início do pré-natal e, depois, no início do último trimestre da gestação. Muitos resultados não retornavam até o momento do parto. Dentre as gestantes, as adolescentes e jovens cuja gravidez não era planejada, foram consideradas as mais vulneráveis, pois além do desajuste no fluxo laboratorial, demoravam a iniciar o pré-natal, não antes de três a quatro meses gestacionais e eram mais “sumidas” e “faltosas” às consultas, o que contribuía ainda mais com o aumento da vulnerabilidade ao HIV/DST.

Além do problema operacional e logístico em relação ao funcionamento ambulatorial observou-se que os profissionais não tinham como prática o aconselhamento pré e pós-teste, que foi descrito como necessária por alguns técnicos. A prática de informar ao usuário sobre qual tipo de exame estava sendo solicitado foi relatada pelos entrevistados, entretanto, parecia acontecer de modo pouco cuidadoso.

(...) Eu sou mais direto, não tenho tempo para isso, não tenho tempo para ficar explicando. Vou direto: “_ você está com uma DST, isso aí é pegado por via sexual, se pega transando e quando tem uma pode ter outra, então é bom nós fazermos um exame geral de HIV, Hepatite, e o acha, vamos fazer?” Porque tem que ter o aval da pessoa, né? Tem um caso de HIV que eu atendi aqui, mas ela já faz tratamento, faz acompanhamento com o infecto, é um

caso na minha área, mas com certeza deve ter mais, aí vem a parte daqueles que eu suspeitei de DST, quando é assim já passo o anti HIV junto e a rotina para hepatite também, né? (...) estou falando daquelas que apresentam alguma DST, gonorréia, sífilis, HPV... (...) Aí eu passo a sorologia e para aqueles que pedem...

A reflexão sobre a prática do aconselhamento pelos profissionais do PSF pareceu urgente, pois observamos dificuldades em implementá-lo.

O relato a seguir demonstra as situações relevantes para a prática do aconselhamento pós-teste, com potencial de garantir o atendimento ético e humanizado na revelação sorológica, evitando situações em que o usuário tenha seus direitos violados, mesmo que a intenção dos profissionais seja protegê-lo de eventual sofrimento.

Tem um (portador), ele até faleceu, da minha área, ele estava doente, ele pensava, a família pensava que era um resfriado forte, aí descobriu que era uma tuberculose, estava tratando, eu pegava os exames de escarro para levar, todo dia eu ia ver, eu dava medicação para ele. Aí ficou internado, o médico desconfiou que era HIV, que além da tuberculose... Eles não falam para o paciente (sobre sua soropositividade), falam para a gente: “_ além da tuberculose ele está com HIV”. Eu ia, levava o coquetel, o remédio da tuberculose. Ele morreu sem saber o que ele tinha.(ACS)

Quando perguntamos à ACS sobre o paciente ter conhecimento de sua soropositividade e de que forma tinha sido orientado pelos profissionais de saúde, ela respondeu:

O (a) médico (a) falou para mim primeiro, porque eu sou agente de saúde dele, eu levava a medicação, então eu tinha que saber que remédio era aquele, a gente que tem que dar todo dia (...). Ah, o médico não conta para o paciente, conta para a família (...)

A utilização do dispositivo do aconselhamento pré-teste e pós-teste, possivelmente, teria o potencial de evitar ou diminuir situações em que os portadores não possuem clareza sobre sua condição sorológica ou tomam conhecimento desta de modo inadequado, envolto ao silêncio, mitos e aos preconceitos. A violação do direito à informação e cuidados adequados tende a diminuir a participação do sujeito na construção de uma trajetória saudável do viver e do conviver com o HIV/Aids, além de gerar sofrimento e perpetuar eventuais situações de estigma e discriminação.

Após a investigação diagnóstica e a constatação da soropositividade, os profissionais explicaram que alguns pacientes portadores do HIV eram encaminhados aos serviços de referência dos municípios maiores da região. Este fluxo, no entanto, vem sendo alterando com a progressiva absorção da atenção em HIV/Aids pelo sistema de saúde local. Segundo avaliaram os informantes, o PSF vem desempenhando papel de destaque no acompanhamento dos portadores em interlocução com a Vigilância Epidemiológica e com o médico infectologista do município.

Embora a produção do cuidado aos portadores do HIV na rede básica não seja objeto desse trabalho²⁷, o desafio de integrar ações de prevenção e cuidado torna relevante valorizar o que foi descrito pelas equipes de saúde da família a esse respeito. Os processos de cuidado indicaram a significativa participação das agentes comunitárias na assistência aos portadores de suas áreas de abrangência. Levavam, até suas casas, as medicações - o coquetel -, estabeleciam vínculo e ofereciam suporte emocional e social. Este trabalho foi associado a um significativo senso de solidariedade e responsabilidade por parte dos profissionais.

Todas as agentes (fazem o acompanhamento dos portadores). Até sangue, escarro para tuberculose, quando tem que levar, é a gente que leva. Caso de

²⁷ Sobre o tema ver: Capozzolo, Fortuna, Matumoto (2007). *A Atenção Básica e a produção do cuidado integral às pessoas em relação às DST e Aids*. In: Paula, Guibi (Org). *DST/Aids e rede básica: uma integração necessária*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.

família que não tem com quem ir ao hospital, tem uma transferência e não pode ir sozinha, a gente tem que ir junto.(ACS)

Chamaram a atenção situações de angústias e conflitos éticos experimentados por algumas das ACS em situações vivenciadas no cotidiano de trabalho junto aos portadores, tais como o direito ao sigilo sobre o diagnóstico dos portadores em relação aos seus familiares, vizinhos e parceiros (as) sexuais.

Aí essa menina descobriu que estava (com HIV), o marido já separou dela e está com outra menina que está gestante, e a gente não pode falar isso, a gente não pode chegar e falar: “_ você já fez o teste de HIV?” Não pode!(...) (A gestante) faz pré-natal em outro posto, em outro bairro (...). Mesmo a equipe lá sabendo, não pode contar para ela.

Observamos como desencadeadora de angústia nas ACS a resistência ou baixa adesão aos cuidados clínicos por parte de alguns pacientes. Também emergiram das narrativas preocupações e sentimento de impotência diante dos portadores que, além de viver com o HIV, enfrentavam circunstâncias tais como pobreza, desemprego, abuso de drogas e álcool e a falta de rede pessoal de suporte em decorrência de isolamento social e solidão.

Não foi referida falta de insumos como preservativos ou a medicação do coquetel anti-retroviral aos pacientes acompanhados nesse município.

Em contraste com os obstáculos identificados pela gestora ao processo de descentralização – do nível estadual para o nível municipal, – o estudo levantou resultados interessantes quanto à atenção às DST/HIV/Aids promovida pela rede básica no trabalho cotidiano das equipes de PSF dos módulos pesquisados.

7) DISCUSSÃO

7.1) Discussão e síntese dos pontos centrais da vulnerabilidade social da juventude ao sexo sem preservativo e ao mercado sexual: a perspectiva dos jovens

Os resultados explicitaram aspectos individuais, sociais e programáticos da vulnerabilidade de jovens residentes em comunidades anfitriãs litorâneas ao sexo desprotegido (e, por sua vez, às DST/HIV e gravidez não planejada) e ao mercado sexual no cenário do turismo.

Os resultados ilustraram o quão são freqüentes as interações afetivo-sexuais entre jovens caiçaras e turistas, embora com contornos distintos, conforme os sexos, o *status* social, a cor/etnia, as idades e as nacionalidades dos atores sociais, sujeitos nas *cenas sexuais* levantadas.

Para apresentar os resultados faremos a seguir a descrição organizada por temas, embora na vida “real” representem dimensões que integram simultaneamente a experiência viva dos sujeitos. Uma jovem, na mesma cena sexual, pode praticar sexo sem proteção estando vulnerável a uma DST e à gravidez que não faça parte dos seus planos (tampouco do seu parceiro) e ao mesmo tempo, não conseguir se perceber seduzida (ou seduzindo) em função de desejar “curtir, aproveitar a companhia” deste parceiro e o “pacote” de oportunidades (e de trocas) que ele representa.

7.1.1) Trocas sexuais e a vulnerabilidade ao mercado sexual

As entrevistas indicaram graus variados de percepção e premeditação das jovens nas suas atitudes de buscar (ou de se disponibilizar), por meio das interações com os turistas, os ganhos materiais envolvidos nesse encontro. O custeio da bebida “na balada”, o uso de algum tipo de drogas em posse do turista, o pernoite em hotéis, a taça de champanhe ou o passeio de

lancha não eram necessariamente constrangedores como a oferta de dinheiro que só acontecia, na visão dos entrevistados, a partir da iniciativa inadequada do “outro”. Mesmo que as jovens agissem, em algumas situações, em função de um *script* menos convencional – como vimos na cena em que três jovens juntas “encaram” com olhares insistentes e sorrisos um único turista de meia-idade num bar – a narradora de uma das cenas, uma jovem de 20 anos, sentiu-se constrangida – “ele que se aproveitou da gente”, diz diante da oferta de dinheiro pelo turista. A percepção da jovem de que fossem interpretadas como disponíveis a esse tipo de “convites”, nesse caso no campo das atitudes “convencionais” que definem as mulheres que tomam a iniciativa na interação erótica como “mulheres da vida”, disponíveis para o sexo comercial, pareceu ocorrer somente após a proposta de “transar com as três juntas”, mediante pagamento.

As cenas de troca de sexo por dinheiro, no entanto, não tinham como protagonistas somente as jovens. As narrativas iluminaram a dinâmica dos encontros também ocorridos entre rapazes e mulheres mais velhas (envolvendo dinheiro ou outros ganhos materiais), e entre rapazes e homens gays interessados em pagar por serviços sexuais. Em todos os casos, a relação sexual podia ocorrer com preservativo ou não. Os serviços sexuais contratados não se restringiam a “um programa” e incluíam, por exemplo, a participação em filmagens eróticas que seriam disseminadas no exterior. Os relatos de contatos sexuais dos rapazes com as “pessoas de fora”, por sua vez, mostraram como o mercado sexual envolve rapazes, objeto menos freqüente dos estudos sobre prostituição associada ao turismo, que se dedicam mais às mulheres.

Por outro lado, os contatos sexuais dos rapazes com turistas que eram garotas jovens como eles, com as quais praticavam, freqüentemente, o sexo sem preservativo, os tornavam vulneráveis às DST ou à paternidade não planejada.

Como se pôde observar nos resultados, foi grande a diversidade de cenas sexuais possíveis no cenário das comunidades anfitriãs, que variam de acordo com a identidade assumida pelos personagens naquele ambiente, contexto intersubjetivo, enredo e ritmo (PAIVA, 2000, 2006). Dependendo da dinâmica da cena experimentada, os atores estavam expostos à gravidez, HIV e mercado do sexo, exposição implicada em sentidos distintos atribuídos à atividade sexual.

Conforme as interações sócio-sexuais (HEILBORN, 2006) eram significadas como mais afetivo-relacionais – com “amor”, com “clima” de tesão, paixão, amizade, ou carinho – os jovens ficavam mais vulneráveis ao sexo sem preservativo. Quando as interações tinham uma conotação abertamente associada ao ganho de status, à vivência de prazeres acessíveis a um *status* social do qual não pertencia ou à obtenção de “vantagens” na balada, tais como fazer o “turista pagar todas” (custear a bebida) elas expressavam, mais fortemente, os aspectos da vulnerabilidade à sua participação futura no mercado sexual e a todas as situações e questões que a opção envolveria: maior exposição ao abuso, à violência, ao abandono dos estudos, ao uso abusivo de drogas, trajetória associada ao cenário do mercado do sexo.

O envolvimento de jovens no cenário das comunidades anfitriãs de turismo com trocas sexuais ilustra a impossibilidade de incluir todo tipo de troca material no “guarda-chuva” da prostituição/ mercado do sexo. As cenas e narrativas colhidas ao longo do estudo indicaram a existência de diferentes “roupagens”, ou seja, diversos sentidos atribuídos à interação sexual envolvendo ganhos e trocas no cenário sócio-sexual do turismo, o que indica a inadequação de nomeá-los apenas como *prostituição*, como outros autores já apontaram, dentre eles Piscitelli (2005). Uma cena ilustrativa deste debate é a do jovem negro que foi “convidado” para dançar forró com uma mulher e depois a participar de filmagem pornográfica, sem ter clareza acerca do sentido do que estaria fazendo e uso futuro da sua imagem.

A noção de trocas sexuais (MORAES, 1998) compreende melhor esse conjunto de distintos significados atribuídos aos contatos afetivos e sexuais e a noção de bens culturais e simbólicos que também transitam no jogo da oferta e da busca por sexo, sensualidade e afetividade.

Ao discutir a *mercantilização* das tradições culturais e espirituais de comunidades comercializadas e transformadas em espetáculo para turistas, Burns (2002) afirma que esse processo provoca no morador uma crise de significados em relação às tradições, acompanhada de um enfraquecimento dos seus vínculos com a comunidade. A diversidade das interações desencadeou a dificuldade de distinguir entre aquelas cenas que seriam circunscritas a “um tipo” de interação sócio-sexual sazonal fomentado pelo contexto do turismo e àquelas circunscritas ao contexto da sociabilidade cotidiana mais tradicional, onde se distingue a trabalhadora sexual das meninas casadoiras. Os serviços sexuais envolvendo turistas e moradores (as) locais no contexto das comunidades estudadas eram pouco visíveis nos espaços urbanos da região central onde acontecia o maior fluxo de turistas em bares, restaurantes, hotéis e casas noturnas. Possivelmente, a atividade era mais institucionalizada nos moldes do mercado sexual mais caro e organizada em espaços fechados e não nos moldes da *prostituição de rua* (RIBEIRO, 1998). Assim como a trabalhadora sexual não era claramente reconhecida, os estabelecimentos comerciais que contemplassem a demanda e oferta por serviços sexuais, também não eram “marcados” como espaços tradicionais de prostituição. Os “palcos” para as cenas de encontros e negociações para a oferta e procura de serviços sexuais eram bares e restaurantes conhecidos, bem localizados e freqüentados por muitos turistas, homens e mulheres, casais e famílias.

Podemos pensar que em diversos outros cenários de sociabilidade e interação afetivo-sexuais entre jovens, o sexo tem sentidos menos romantizados, de aventura e experimentação aberta nos espaços públicos onde essas trocas, de outro tipo, são legitimadas. Há uma

experiência distinta e singular expressa nos sentidos do “pegar”, “catar” e “ficar” na sexualidade e trocas eróticas das “baladas” e “raves” da classe média ou do baile *funk* nos subúrbios e periferias das grandes cidades, invenções do cenário cultural com implicações para o cenário sexual compartilhado pela juventude ao longo das últimas décadas. Esses cenários sexuais juvenis admitem e pressupõem *scripts femininos* bastante pró-ativos, estariam representando um outro sentido para o encontro erótico casual, com sua versão para o cenário de turismo, e valorizam *scripts* eróticos com muito contato corporal mas que nem sempre termina em relações sexuais completas. Poderíamos discutir se esses *scripts* não são expressão de um cenário cultural que estimula e valoriza o consumismo, uma cidadania restrita ao sujeito-consumidor (PAIVA 2002), onde o corpo vira mercadoria e tem “valor de troca” sem necessariamente definir *prostituição*.

Acreditamos que a não classificação a priori e a busca de uma compreensão interna dos resultados nos termos dos entrevistados valorizam os conhecimentos por eles construídos sobre sua vida cotidiana (BERGER; LUCKMAN, 1978). Suas narrativas expressaram as práticas e experiências marcadas por sentidos e valores compartilhados. A análise dos sentidos e dos significados das práticas no campo da sexualidade – materializados na construção das cenas que expressavam a experiência de diversos sujeitos – foi abordada com os participantes do estudo mediante o processo interativo de decodificação das narrativas e cenas que produziram. Buscamos nesse estudo a co-interpretação entre os informantes (suas reflexões) e os pesquisadores em diálogo com suas produções sobre estas temáticas.

Pareceu mais adequado à realidade investigada, de qualquer maneira, compreender a vulnerabilidade de jovens (menores e maiores de dezoito anos) ao mercado sexual em comunidades anfitriãs de turismo a partir da superação da noção de *exploração sexual*. As entrevistas corroboraram o que já indicavam as observações etnográficas: os sentidos e significados que permeiam “o encontro” entre moradores locais e visitantes extrapolam a

lógica da díade “explorador-vítima”. Esta perspectiva tem sido hegemônica na literatura sobre *exploração sexual comercial de crianças e adolescentes* (LEAL, 1999; FALEIROS, 2004), principalmente nos estudos que focalizam grupos específicos em situação de vulnerabilidade social e a ruptura das redes sociais de suporte (MALFITANO, LOPES, 2004) tais como meninas e meninos em situação de rua e uso de drogas, travestis adolescentes em boates/casas de prostituição (BELLENZANI; MALFITANO, 2006). A diversidade de práticas que compõem o *mercado sexual* no cenário das cidades litorâneas brasileiras estudadas parece transbordar categorias e conceitos dos quais nos valemos neste campo de estudo. A proposição de noções tais como *prostiturismo* (BENEVIDES, 1998) tentam estabelecer algumas distinções entre o cenário turístico e outros cenários em que a prostituição jovem aconteça – desencadeada ou intensificada por outros aspectos além da pobreza e da diferença de idade – mais freqüentemente valorizadas nas análises sobre *exploração sexual de crianças e adolescentes*.

Com relação aos resultados do presente estudo, no entanto, não nos parece adequado nomear como *prostiturismo* todas as práticas afetivo-sexuais relatadas pelos informantes; elas parecem melhor apreendidas pelo conceito de trocas sexuais (MORAES, 1998). Os atores envolvidos não se reconheciam como sujeitos na atividade de prostituição, não ofereciam “explicitamente” serviços sexuais e sentiam-se constrangidos quando recebiam ofertas em dinheiro por turistas. As noções mais presentes eram as de “aproveitar oportunidades, conhecer coisas boas da vida, viver momentos agradáveis, estar com homens gentis” e, numa versão mais *mercantilizada*, “fazer o turista pagar as bebidas”. Havia uma clara dimensão de intercâmbio, onde os (as) jovens também aproveitavam dos atrativos culturais e ecológicos como bens negociáveis, “conheço uma cachoeira pra te levar”, por exemplo. Mas isso não ocorre na sociabilidade cotidiana “interessada” – estratégica e consciente de seus interesses –, menos “espontânea”, mas sem conotações mercantis?

No caso dos rapazes, a dificuldade de co-construir mais densamente as cenas em que recebiam ofertas de dinheiro em troca de serviços sexuais restringiu o aprofundamento das análises, indicando uma área de silêncio e constrangimento significativo para os *scripts* masculinos de pagador/provedor. O que pudemos apreender foi que ser negro ou caiçara marca um aumento da vulnerabilidade dos rapazes ao assédio para as trocas ao serem abordados por mulheres mais velhas ou homens gays, principalmente estrangeiros. Os informantes se percebiam significados como mais exóticos e mais sensuais aos olhos dos estrangeiros.

7.1.2) Vulnerabilidade ao sexo sem proteção

Com relação à *vulnerabilidade ao sexo sem proteção* e, portanto às DST/HIV e gestação não planejada, no caso de jovens que não utilizam outros métodos contraceptivos, a análise dos resultados indicou, além de trocas prazerosas, dificuldades e constrangimentos nas interações entre a juventude local e turistas nos modos de exercer a sexualidade. A diferença de classe social e os *scripts sexuais* masculinos e femininos mostraram-se centrais para compreender o sexo sem preservativo.

Integravam, fortemente, a vulnerabilidade ao sexo sem proteção, as normas de gênero tradicionais para a sexualidade feminina – ter poucos parceiros, ser mais “passiva”, esperar a iniciativa masculina para o uso do preservativo, não levar preservativo na bolsa – assim como a diferença de classe social entre os atores, marcada pela “separação” entre a vida local e os bens de lazer e consumo do “mundo” dos turistas²⁸. Estas dimensões do desejo de cumprir com as expectativas de *atores sexuais* de um determinado *script*, “concorriam” com a

²⁸ Relatório do Projeto Caiçara, 2007. Disponível em www.usp.br/nepaids.

percepção do sujeito sobre os riscos de transar sem camisinha e das negociações sobre sexo seguro (ou não) por parte dos jovens locais.

A vulnerabilidade se dá no contexto das relações afetivas, que de efêmeras e momentâneas podem se transformar em estáveis e duradouras, com a idéia do namoro, do “juntar” e do casamento.

O conceito de *trajetórias sexuais* (HEILBORN, 2006) mostrou-se valioso para a compreensão do cenário sexual e da sociabilidade, dos principais valores e significados em questão na construção do interesse e da disponibilidade da população jovem local em se relacionar afetiva e sexualmente com turistas. Pudemos verificar que nos principais eventos das trajetórias sexuais narradas pelos jovens entrevistados, tais como a primeira relação sexual, o “ficar” e o namoro, os parceiros afetivo-sexuais eram muitas vezes rapazes e garotas turistas que vinham às suas comunidades, representando o “outro” estranho às suas raízes. Essa socialização sexual e sociabilidade, permeadas pelo fluxo de pessoas em temporadas, constituiu-se como pano de fundo do quadro da vulnerabilidade pesquisado.

Dentre as dimensões relevantes que integram a vulnerabilidade coletiva (social e programática) dos jovens caiçaras ao sexo sem preservativo (e também ao mercado sexual) nas comunidades pesquisadas, sintetizaremos a compreensão do *cenário sexual*, em especial o modo como as diferenças de idade, classe, gênero, cor/etnia e nacionalidade entre os sujeitos se realizam em cena, assim como os *scripts sexuais* femininos e masculinos. No capítulo seguinte discutiremos o cenário programático.

O *cenário sexual* constitui um panorama sócio-cultural das comunidades que se revela em diferentes ambientes que são os “palcos” das cenas sexuais (PAIVA, 2006) tais como a *praia*, o mar, as lanchas, a *cachoeira*, a *trilha*, a *travessia de barco*, os *bares*, as *pousadas e hotéis*, a *barraca do camping*, o *forró* e o *reggae* na praia e as *baladas* em geral. O “clima” do cenário observado de sociabilidade à beira mar foi emblemático, marcado pela exibição dos

corpos nas praias, o calor, o consumo de bebidas alcoólicas, as paisagens naturais e o “jogo” de sedução e contatos corporais entre as pessoas. Os moradores locais interagiam com os visitantes em função das possibilidades de prestação de serviços, por exemplo, conduzir turistas em atrativos naturais e históricos e pela comercialização de produtos a fim de promoverem sustento pessoal e familiar. Entre os jovens locais e a juventude que frequenta as comunidades em períodos de férias, finais de semana e feriados, observamos a co-ocupação dos ambientes/“palcos” de lazer, estabelecendo contatos na forma de diálogos, danças (forró, por exemplo) e passeios (por exemplo, ir a uma cachoeira). Em meio à sociabilidade desenvolviam-se os contatos afetivo-sexuais em múltiplas formas: “ficar”, “azarar”, “catar”, “paquerar”, “curtir”, “se divertir” e “tomar todas” (bebida alcoólica). Elementos do cenário adquirem tons eróticos e “criam o clima” para as trocas sexuais, como se observa emblematicamente no trecho abaixo:

É um conjunto de coisas que leva às paqueras: o verão [...] o próprio clima, a cidade bonita, a cor das pessoas. Fica aquele negócio bonito mesmo. Então acho que é isso que atrai: o conjunto, o cenário [...]. Esse calor, a pessoa fica mais... Não sei o que acontece com o hormônio (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, pardo)

Nas trocas sexuais eram introduzidos os elementos do cenário cultural, histórico e ecológico, que eram investidos de significados associados à sedução e à sensualidade, como, por exemplo, um jovem que leva a menina com quem está “ficando” para comer o bolo de uma senhora muito conhecida na cidade; “levar a turista pra comer o bolo da tiazinha”, a fim de que ela conheça pessoas e elementos da cultura local.

Muito freqüentemente, as cenas das narrativas sobre as interações afetivo-sexuais entre jovens locais e turistas, no entanto, aconteciam à noite. Durante o dia se “urubuservava”, como explicou um jovem, ressaltando que era a hora de observar, procurar, trocar olhares e

“preparar o terreno” para “se jogar” (menção ao agir pró-ativo na abordagem da paquera). À noite, o “palco” era a “balada”, os locais onde ela acontecia, sendo fundamental destacar que nesse cenário sexual (praia ou balada), a sociabilidade era marcada pelo consumo de álcool e drogas ilícitas, em pares ou grupos, onde “pessoas de fora e daqui se misturavam”. Nas *cenas sexuais* em que jovens caíças e turistas compartilhavam as substâncias, observamos o aumento exponencial da vulnerabilidade ao sexo desprotegido devido à redução da consciência causada pelas substâncias, à influência dos sentidos valorizados no cenário sexual – “curtir, se divertir, ver e conhecer gente, paquerar, beijar, se apaixonar, transar” etc – e a necessidade de se adequar à normatividade para os gêneros. A sinergia desses aspectos parece “enfraquecer” os conhecimentos sobre prevenção e “diluir” a percepção de risco, diminuindo a atenção e empenho do *sujeito sexual* em direção ao sexo protegido.

As *trocas sexuais*, em sua maioria, ocorriam entre *sujeitos da mesma faixa etária*, mas pertencentes a *diferentes juventudes*, embora ocupando momentaneamente o *mesmo território*. Muitas das interações afetivo-sexuais sem proteção e/ou envolvendo a mercantilização da sexualidade ocorria entre jovens de classe A e B (os turistas) e os representantes os jovens pobres ou extremamente pobres (os caíças), se tomarmos como base Villela e Doreto (2006) ²⁹. A assimetria do “encontro” não estava na diferença de autonomia em função da idade, e sim, mais fortemente em função da classe social.

A diferença de idade se associava à diferença de poder aquisitivo nas cenas em que homens mais velhos abordavam ou eram abordados por garotas ou rapazes turistas; o mesmo é válido entre mulheres mais velhas e rapazes turistas. Neste tipo de parceria a *cena sexual* poderia ser interpretada pelo observador como típica do mercado sexual, era menos romanceada e o sexo era mais explicitamente associado a ganhos materiais. Era o momento em que as garotas exercitavam o *script* feminino de seduzir os “tios sukitas”, pois

²⁹ Villela e Doreto indicam que entre os jovens brasileiros 20% são da classe A e B e 50% estão entre os estratos mais pobres da população brasileira.

reconheciam que seu interesse em sair com meninas mais novas podia representar a possibilidade de ganhos materiais, durante a noite, como a bebida ou a entrada na “balada”, subsidiadas pelo turista.

A nacionalidade apareceu como categoria mais articulada ao gênero masculino; o/a turista estrangeiro – “o/a gringo/a” – era o ator em cena mais reconhecido pelos informantes como o perfil daquele que buscava serviços sexuais, principalmente estrangeiros acima de 45 anos interessados em mulheres e rapazes locais de origem afro-descendente. Não levantamos cenas ou relatos acerca da oferta de dinheiro por mulheres adultas em troca de sexo com adolescentes e jovens do sexo feminino ou com rapazes caixaras. O interesse das mulheres adultas, “as tias”, em se relacionarem com rapazes caixaras nesse cenário parece não envolver necessariamente dinheiro, principalmente no caso das estrangeiras interessadas em rapazes caixaras negros. Não colhemos nenhum relato a respeito do uso ou não do preservativo nas parcerias entre mulheres adultas e rapazes e entre mulheres adultas e garotas.

A associação entre desemprego ou dificuldades de obtenção do próprio sustento e a saúde sexual de jovens de camadas populares tem sido discutida por Calazans (1999). A falta de políticas que protejam o direito ao trabalho e a não promoção do direito ao trabalho digno aumentam a vulnerabilidade da juventude das comunidades às interações que envolvam trocas sexuais com as “pessoas de fora”. Tais interações podem em algumas circunstâncias revelar subalternidade e dependência da população local ao fluxo de turistas, quando, por exemplo, os informantes dizem que sem os turistas não há trabalho, que “se não fosse o turismo muita gente ia passar fome”, entre outros comentários que se repetem. Conflitos decorrentes dessa dimensão da interação também foram observados na sociabilidade entre população local e turistas, como no relato de um jovem que trabalhava como barqueiro, prestando serviço aos turistas, e percebia que alguns turistas achavam que “porque estavam pagando podiam fazer o

que quisessem”, desrespeitavam leis e normas, como por exemplo, usar drogas durante a travessia, fazendo “arruaças”, sujando os espaços, entre outros.

Além dos elementos do “clima” que movimentavam o cenário das interações afetivo-sexuais entre jovens caiçaras e as pessoas de fora, o aspecto que pareceu integrar o quadro da vulnerabilidade social com significativa intensidade foi o exercício dos *scripts masculinos* e *femininos* marcados pela normatividade de gênero mais tradicional. As meninas não podiam transparecer que “faziam isto sempre” (sexo com rapazes turistas) e possuir o preservativo na bolsa era uma “auto-incriminação”. Outro aspecto presente nas narrativas das garotas foi o “clima” de romance ou de paixão “avassaladora” na interação com o turista que prejudicava a percepção do risco de contrair uma DST/HIV. A “paixão” e o “encantamento”, muitas vezes com o mundo mais “colorido” dos turistas, assim como o consumo abusivo de álcool e drogas e o constrangimento feminino de negociar o preservativo pareceram uma composição potente contra o sexo seguro. Apesar das campanhas de prevenção, ter vários parceiros, se mostrar informada e com autonomia para abordar os assuntos sexuais, “conduzir a relação sexual” e usar o preservativo são atitudes não condizentes ao *script feminino* tradicional. Algumas garotas tinham receio de agir de modo mais ativo e falavam como se o sexo não pudesse acontecer a qualquer momento ou com diferentes parceiros, mesmo que durante a entrevista elas relatassem as várias experiências pessoais de contatos sexuais com os turistas. “Transar quando sente vontade” é condizente com o *script masculino*, não com o feminino; as garotas se permitiam transar com turistas, entretanto, o encontro precisava ser mais romanceado como se assim pudessem se livrar do estereótipo de promíscuas: o amor e os planos de buscar um relacionamento estável justificariam os contatos afetivo-sexuais que seriam apressados para manejar o tempo curto para contato.

As informantes não percebiam que suas afirmações eram muitas vezes contraditórias ao que praticavam. Por mais que vivessem experiências sexuais “mais livres”, se comparadas

às restrições à sexualidade feminina de épocas anteriores, ainda continuavam “presas”, em parte, às concepções normativas sobre os papéis de gênero e os *scripts* sexuais tradicionais operados por elas, em função dos quais construíam suas expectativas em relação às atitudes dos rapazes. Algumas das informantes acreditavam, por exemplo, que os rapazes turistas as viam como moças mais “ingênuas” e “inexperientes” sexualmente, acreditando não ser necessário o uso do preservativo na relação com elas, indicando que eles também eram marcados pelos sentidos da normatividade mais tradicional (“nativas e meninas do interior são ingênuos”).

Nas reflexões – decodificação estimulada pela entrevistadora – das jovens sobre a negociação do preservativo na *cena sexual*, somente uma entre as seis atribuiu à mulher a responsabilidade de pautar o tema do preservativo no momento do sexo. O *script* possível parece mais sutil: quando o homem não abordar o preservativo até a “hora H”, caberá à mulher tomar a iniciativa. Possuir o preservativo “na bolsa” pareceu um passo ainda por se legitimar, nesses casos. Assim como é um desafio poder disseminar, na comunidade, a conversa sobre as expectativas estereotipadas e fantasiosas de mudança de vida e ascensão social a partir de um relacionamento com um turista e, não menos importante, o reconhecimento compartilhado do aumento exponencial que o uso de álcool e as drogas exercem sobre a vulnerabilidade ao sexo não protegido e que esse cenário as expõe à absorção no mercado sexual.

Mudança das concepções mais tradicionais para uma perspectiva mais flexível dos papéis desempenhados nas diversas cenas se mostrou em processo, exemplificada pela jovem que agia em função de *scripts* mais emancipatórios, tais como pautar o preservativo na “hora H” como “uma coisa da mulher”. Ela tinha que “ser firme” em relação a “não transar sem preservativo, só aí o cara aceita usar, porque não quer ficar na mão” (sexo não acontecer).

Muitas delas significavam as interações com os turistas como uma forma de ampliação

da rede social, conhecer gente nova, outra cultura, tendo maior autonomia na busca de novas parcerias para o projeto da conjugalidade e constituição familiar. Percebiam o namoro e o casamento somente com os rapazes da comunidade como restrição, tentando romper com pressões e controles por parte da moral familiar e religiosa, do “pessoal da igreja que ficam entre eles, casa primo com primo”.

Os rapazes, por sua vez, não faziam planos de relacionamentos duradouros com as turistas e tendiam a achar que as mulheres locais, por serem “conhecidas”, eram “melhores pra casar”. A noção de *conhecer a mulher* aludia à crença de ter conhecimento sobre sua história sexual pregressa e tinha uma conotação bastante moralista.

Predominou como fator que aumenta a vulnerabilidade masculina às DST/ HIV o exercício por parte dos rapazes locais dos *scripts sexuais* masculinos tradicionais. Estes legitimam os atributos da masculinidade baseados em imperativos como “catar as garotas”, aproveitar os contatos com as turistas como oportunidades para o sexo, “não se controlar”, agir sexualmente conforme os “instintos”, buscar ativamente o sexo, estar *sempre* disponível à sedução das mulheres, (incluindo as turistas), não “negar fogo e ser ponta firme”, nos termos dos jovens. Esses aspectos têm sido discutidos por vários autores em outros contextos e cenários sexuais, dentre eles Paiva (1999, 2000, 2002), Santos e Paiva (2007), Villela e Doretto (2006), Guerriero, Ayres e Hearst (2002). Além do *script* do homem *catador* ou *pegador*, a excitação sexual dos homens significada como *incontrolável, uma energia, adrenalina* ou *hormônios que sobem* e precisam *ser descarregados* dificultam a incorporação do preservativo em meio a tanta “pressa”, pois ele materializa representações como *ter consciência, ser racional, ter controle e se segurar*, que seriam adversas à “impulsividade” masculina prevista no *script* do *catador*.

Outro aspecto considerado classicamente na literatura como expressão psicossocial da cultura machista emergiu significativamente nas narrativas masculinas. Os rapazes agiam na

cena sexual de acordo com a classificação a que submetiam as garotas: a definição das meninas como *conhecidas e de confiança* ou *desconhecidas e não confiáveis* interferia nas suas crenças acerca da necessidade de usar ou não o preservativo, conforme o “tipo” de parceira sexual. A noção de *promiscuidade* estava embutida na base dessa classificação, mulheres que “saem com muitos caras” são promíscuas, “com passado que as condenam” e com estas os entrevistados reconheciam mais facilmente a importância do sexo protegido.

As garotas turistas foram significadas pelos jovens entrevistados como classificáveis em ambos os grupos, *confiáveis ou não*. O rapaz caçara que achou que a turista “era confiável pra transar sem preservativo, pois ela disse que já tinha feito exames” é bastante ilustrativo nesse sentido. Pareceu muito presente o conflito vivido pelos rapazes caçaras entre *não confiar* nas turistas – significadas, de modo genérico, por alguns informantes como aquelas que “trazem” DST – mas, ao mesmo tempo, desejar “aproveitar” as oportunidades de contatos sexuais e sociabilidade que elas representam.

“Mulheres confiáveis” versus “mulheres promíscuas” compõe a tradição de dividir as garotas entre “galinhas pra ficar” e “certinhas para casar”, conforme observado por Paiva (2000). Além do conteúdo machista, apontado como legitimador da desigualdade de gênero, intensifica-se a vulnerabilidade dos rapazes ao sexo sem proteção quando critérios pouco objetivos, preconceituosos e baseados em crenças e estereótipos para a não adoção do preservativo, acabam ocupando o centro da atenção do sujeito.

Nas *cenais sexuais* sem preservativo, visualizamos a combinação entre os aspectos específicos desse cenário sexual, típicos das comunidades chamadas turísticas, e os *scripts femininos e masculinos* mais tradicionais, que se repetem em centros urbanos como, por exemplo, na cena em que o local era a casa do parceiro sexual da jovem entrevistada. Ela estava em São Paulo na casa do rapaz com quem estava “ficando”. Este era amigo de outro rapaz com quem sua amiga “ficava” desde o verão anterior, quando o conhecera como

visitante da cidade onde as jovens residiam. Antes do contato sexual, a entrevistada e o “novo ficante” haviam saído juntos e ele cumprira o hábito social preconizado pela normatividade para o gênero masculino, de pagar as despesas da noite. Já no apartamento do rapaz, o clima era “quente, regado a muita champanhe” e o que faltou na cena? O preservativo. A entrevistada diz que falaram a respeito, tendo ela pensado em desistir da relação, mas diante do “prazer do momento” e da insistência do parceiro, o sexo aconteceu sem preservativo. Ela disse que não costumava ter preservativo na bolsa, pois “não era comum assim acontecer de transar”.

É necessário destacar que no cenário do turismo esses *scripts femininos e masculinos* que aumentam a vulnerabilidade ao sexo desprotegido trazem a marca do cenário sexual das comunidades litorâneas. Além disso, vários estudos têm analisado crenças, atitudes e comportamentos dos turistas, indicando que o “script de turista” inclui fenômenos como a “inversão comportamental” (BURNS, 2002; ROSS, 2001), caracterizada pela tendência das pessoas, em viagem de lazer, a desenvolverem atitudes “exageradas” (por exemplo, consumir mais álcool) ou de “abrandamento”, diminuindo os comportamentos de cuidado à saúde (por exemplo, “esquecer” de usar preservativo), uma espécie de relaxamento no cumprimento de regras costumeiramente praticadas.

Não podemos esquecer que os turistas são homens e mulheres expostos às mesmas normas e expectativas sociais hegemônicas para os gêneros no exercício da sexualidade. Os jovens caixas reconheciam a disponibilidade e as atitudes de sedução por parte das garotas turistas em relação a eles e imaginavam que elas tinham as expectativas de que os homens caixas fossem mais viris. Isto reforça a identificação por parte dos caixas com o estereótipo do “homem ponta firme”, ou seja, que tenha bom desempenho sexual e esteja sempre “a fim” de sexo. As turistas, por sua vez, são vistas por eles como oportunidades

extras para o sexo. Se para a mulher é ruim ser rotulada como alguém que “transa com vários homens”, no caso dos rapazes, ocorre precisamente o contrário.

Quanto mais intensas eram as diferenças entre os atores nas cenas descritas, mais assimétrico ou hierárquico parecia ser o caráter do encontro e do enredo que o alinhavava e, por conseguinte, sua lógica era “mais” mercantil; maior grau de premeditação dos atores em intercambiar sexo, ganhos materiais e ganhos simbólicos. A exposição mais sistemática à sociabilidade entre diferentes, nesse sentido, pode gerar a intensificação da vulnerabilidade dos jovens ao mercado sexual mais típico do cenário turístico. Essas diferenças de identidade e *status* social tendem a se converter em desigualdade no plano do exercício de direito, da atuação como sujeito sexual e de direitos, conforme os gêneros, as gerações, as etnias/raças, as nacionalidades, as classes sociais e as orientações sexuais entre os sujeitos em cena (dimensão esta, pouco aprofundada, nas *cenas sexuais* em que jovens recebiam propostas em dinheiro de homens gays em troca de serviços sexuais).

Este aspecto traz à tona a questão da hierarquia de valorização/desvalorização social de categorias ou identidades sociais – aqui tomadas no sentido dramático que nos ajuda a interpretar processos de interação social desde Goffmann (1980) – presentes na estruturação intersubjetiva das relações sociais, conforme a diversidade de sujeitos e cenários. Identidades sociais tais como: “menina nova” versus “coroa”, homem “gringo” branco versus mulher mulata ou negra, pescador pobre versus “tia com grana”, “veado sem vergonha” versus “jovem caçara sarado” (“bonitor”³⁰), entre outras, emergiram das narrativas e mostraram-se relevantes para a compreensão acerca de como se estruturavam as interações dos vários atores, seus personagens e *scripts*, assim como permitiu compreender quais as especificidades em termos de vulnerabilidade ao sexo sem proteção e ao mercado sexual dessa comunidade.

³⁰ Termo mencionado pelos próprios jovens durante a oficina de apresentação dos resultados, para ilustrar situações de assédio, “cantadas” desse tipo, vividas pelos monitores ambientais quando conduziam grupos de turistas.

Conforme as expectativas sobre o “outro” eram mais (ou menos) estereotipadas, idealizadas, igualitárias, respeitosas ou constrangedoras, identidades sociais valorizadas ou desvalorizadas, observamos diferenças no grau de autonomia dos (as) jovens caixas no exercício do *sujeito sexual*. As relações mais desiguais, onde a identidade de um ator é mais valorizada socialmente que a do outro, por exemplo, “homem rico estrangeiro” versus “homem pobre brasileiro”, contribuía para que os jovens estivessem vulneráveis a serem “objeto dos desejos e *scripts sexuais* dos outros” (PAIVA, 2000, p. 51).

São muitas as dificuldades para agir como *sujeito sexual*, de ordem subjetiva, intersubjetiva e também mais estrutural; o fato é que não se trata de algo que uma vez alcançado, torna-se um hábito, pouco suscetível aos imprevistos que desestabilizam a atenção do sujeito em cena. As cenas indicaram que a mesma pessoa em fases diferentes da vida ora agia mais como *sujeito sexual*, ora mais como sujeitável aos *scripts* de terceiros. Conforme a trajetória, parceiros, enredo da cena, sentimentos, expectativas e planos, o “palco” nesse cenário sexual, a pessoa como sujeito sexual terá maior ou menor êxito no enfrentamento cotidiano da vulnerabilidade ao sexo sem proteção e às relações opressivas. Estimular que os sujeitos apreendam a decodificar o cenário sexual e social ao qual sua trajetória e sexualidade estão referidas favorecem o desenvolvimento de uma relação consciente e negociada com as normas da cultura para os gêneros e para a atividade sexual (PAIVA, 2000).

A trajetória e perfil pessoal interagem com o cenário sexual que vai dinamizar, de distintos modos, o manejo que os sujeitos irão fazer dos *scripts sexuais* disponíveis, misturando aspectos da cultura mais “localizada” com o panorama do cenário cultural nacional e mesmo global. Por exemplo, a figura do “tio sukita” – tipo de *script sexual* disponível aos homens de meia-idade – se expressa em noções como “trocar uma mulher de 40 anos por duas de 20”. As jovens que estudamos, por sua vez, pareciam sentir-se respaldadas para se colocarem disponíveis para fazer parte desse *script* ou para produzir

enredo, palco e cena, pois de acordo com o cenário sexual onde se encontram, elas percebem que utilizando desses *scripts* (igualmente aceitáveis em outros cenários) obterão ganhos materiais.

A imagem do brasileiro no exterior, por exemplo, marcada pela dimensão étnico-racial, onde se valoriza a negritude como atributo de exotismo e erotismo, permite que rapazes jovens mais ou menos desprovidos de renda, se utilizem desse repertório cultural. Diante do estrangeiro exercendo seu “*script* de gringo” o jovem pode vir a se relacionar com ele a partir de um “personagem”, dinamizando o sexo em função de trocas materiais. Dependendo do “encontro”, os jovens interagindo em função dos *scripts* disponíveis aprendidos, “sentem-se” espertos, livres”, autônomos, sem se sentirem vítimas dos turistas.

O cenário sexual do turismo intensifica ambigüidades nas relações intersubjetivas. É interessante notar que os discursos dos jovens sobre os impactos negativos do turismo, direcionam à figura do turista a culpa por toda sorte de estragos: a entrada de drogas e de doenças, inclusive das DST, nas comunidades, assim como pelo aumento do lixo e da poluição e o incremento do mercado sexual. A ambigüidade fica evidente diante da indagação: se pensam assim, como praticam sexo desprotegido com esse “outro”, significado como ameaçador? Ou, como premeditam “cavar” ganhos materiais em troca de sensualidade e sexo?

Contribuirá para a superação dos desafios que se colocam aos programas e políticas públicas no campo da saúde, educação, juventude e turismo, a compreensão mais ampliada dos fatores que “concorrem” com a idéia do “turista ameaçador”, “diluem” a percepção da importância do sexo seguro ou deixam a exposição ao risco em segundo plano. Pois, afinal, há tantas situações de riscos na vida e alguns prazeres que compensariam o risco do sexo não protegido. Devem ser consideradas, portanto, nas tecnologias pensadas para mitigar a vulnerabilidade dos jovens ao sexo não protegido e ao mercado sexual, dimensões sintetizadas

nesta discussão, ou seja, os aspectos “concorrentes” com a incorporação da prevenção nas cenas sexuais tais como: o *cenário sexual*, os *scripts sexuais femininos e masculinos* marcados pela normatividade tradicional e hierárquica para os gêneros, as diferenças de identidade psicossocial e a desigualdade no gozo de direitos humanos (como emprego e educação) entre os atores em cena.

7.1.3) Sobre o método, limitações e sugestão para novas investigações

Identificamos algumas limitações no manejo metodológico do estudo quanto à utilização do recurso da co-construção das *cenas sexuais* nas entrevistas. A utilização deste recurso em todo seu potencial requer que a *cena sexual* relatada seja manejada pelo entrevistador – ele propõe trocas e substituições dos elementos que a compõe: sexo, cor, status social e orientação sexual dos personagens, exploração dos enredos, detalhamento do local, dos sentimentos – procurando, dessa forma, fazer emergir os aspectos da vulnerabilidade do ator-narrador ao sexo sem preservativo (portanto às DST/HIV e à gravidez não planejada) e ao envolvimento com o mercado sexual, conjunta ou separadamente, mais próxima da espontaneidade do vivido.

As *cenas sexuais* menos exploradas pelos entrevistadores, sintomaticamente, foram aquelas em que turistas homens ofereciam dinheiro em troca de sexo com jovens caixaras. No momento em que um jovem negro contava sobre este tipo de convite, não houve, por exemplo, um aprofundamento do tipo: “bom, vamos imaginar que você topasse transar com o *gringo*, descreva como aconteceria”, buscando avaliar o aparecimento ou não do preservativo na cena, quais as negociações ocorreriam a respeito do sexo com ou sem proteção e os aspectos subjetivos da interação. Na maioria das entrevistas o manejo das *cenas sexuais*

permitiu a visualização dos aspectos relativos à vulnerabilidade do ator-narrador ao sexo sem preservativo ou ao mercado sexual, separadamente.

De todo modo, esse tipo de estudo realizado, no campo das abordagens qualitativas, permitiu a emergência mais espontânea de contradições entre as afirmações dos informantes ao longo da entrevista. As temáticas da sexualidade, da reprodução e da prevenção sofrem atualmente, influência das campanhas de massa nos veículos de comunicação e os sujeitos entrevistados se mostraram influenciados pelo discurso social hegemônico que valoriza o uso do preservativo e tenderam ao que chamamos de “discurso politicamente correto”, aspecto que foi minimizado pela utilização do recurso de construção das *cenas sexuais*.

Uma amostra maior de entrevistados, a utilização de outras abordagens metodológicas qualitativas ou quantitativas ou mesmo o aperfeiçoamento do manejo das *cenas sexuais* por parte dos entrevistadores (as) poderiam permitir a averiguação de alguns pontos que aqui explicitamos a título de indagações nas diversas possibilidades de interpretação.

Era objetivo do Projeto Caiçara e desse estudo, além da vulnerabilidade às DST e ao mercado sexual, investigar a vulnerabilidade às gestações não planejadas, como uma das decorrências do sexo não protegido entre jovens nas relações afetivo-sexuais no cenário do turismo. Entretanto, a análise do material advindo das entrevistas com jovens indicou limitações no levantamento de dados consistentes a respeito deste tema, possivelmente relacionadas à complexidade inerente ao manejo das *cenas sexuais*. Requeria-se dos entrevistadores o desafio de transitar, simultaneamente, por três temas (gravidez, DST/HIV e mercado sexual) e o tema da gravidez foi menos explorado, fato que associamos ao nosso compromisso histórico com a prevenção do HIV/Aids.

Não obstante, foi unânime entre os jovens entrevistados a afirmação de que a gravidez não planejada é um evento recorrente nas trajetórias sexuais de jovens da sua comunidade: garotas engravidarem em decorrência de relações sexuais com turistas, sem o uso de

preservativos ou de outros métodos. Também foi mencionado como fato comum rapazes locais saberem, tempos depois da temporada de maior fluxo turístico, que uma mulher com quem tinham se relacionado sexualmente esperava um filho ou já o tivera. A ocorrência da gravidez e, por conseguinte, a maternidade e a paternidade não planejadas indicam, por sua vez, a prática do sexo sem preservativo da qual podem decorrer tanto gestações “inesperadas” como as DST, inclusive o HIV.

A busca por relações afetivo-sexuais *com pessoas de fora*, norteadas pelo objetivo de *uma vida melhor*, se insere numa espécie de “jogo de forças concorrentes” que estrutura o “encontro” e as expectativas sobre o “outro”. Planos, às vezes, pouco conscientes como, por exemplo, uma gravidez investida do significado de *ser adulta* ou *mudar de vida*, para a jovem local, pode integrar esse jogo.

Do ponto de vista programático, quais dessas “forças” têm sido reconhecidas e incorporadas pelos programas de prevenção às DST/HIV, saúde do jovem e da mulher, pelos sistemas de saúde locais, pelas campanhas de saúde, enfim, pelo planejamento das áreas de turismo, saúde e educação nas regiões litorâneas brasileiras? O estudo junto aos profissionais de saúde e do PSF foi mais produtivo nessa direção, como veremos a seguir.

7.2) Discussão e síntese dos pontos centrais da vulnerabilidade social e programática ao sexo não protegido e ao mercado sexual: a perspectiva dos profissionais de saúde

Neste capítulo, sintetizamos as reflexões sobre os depoimentos dos jovens em relação às suas experiências junto à rede básica local e o Programa Saúde da Família, assim como as narrativas dos profissionais do PSF sobre as práticas de prevenção desenvolvidas nas comunidades estudadas. Com base nos resultados do estudo, levantaremos aspectos relevantes ao debate sobre a descentralização da atenção em HIV/Aids na rede básica. Organizamos a presente discussão por eixos temáticos a fim de contribuir com novos estudos na área e, sobretudo, com a construção de respostas programáticas que incorporem o Programa Saúde da Família nas ações de prevenção em sexualidade e reprodução direcionadas, em especial, aos jovens que residem em municípios litorâneos.

Os resultados conduzem à reflexão de que a construção da atenção de qualidade no campo da sexualidade direcionada aos jovens dependerá do quanto este campo possa vir a ser reconhecido e valorizado por profissionais, gestores, programas e políticas de um conjunto de áreas programáticas, tais como Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Adolescente e do Jovem e DST/Aids. No âmbito local, sua operacionalização deve acontecer em função da organização de estratégias de base territorial envolvendo população, trabalhadores de saúde e espaços da comunidade onde os jovens estão.

7.2.1) O que dificulta, afinal, a sexualidade enquanto campo programático?

Nos serviços pesquisados, as ações eram direcionadas a alguns dos “problemas” em saúde sexual e reprodutiva, percebidos pelos entrevistados em meio às “urgências” de saúde

envolvendo diversos grupos populacionais significados como “coisas importantes”, nos termos dos entrevistados: hipertensão, diabetes, verminose, escabiose, desnutrição infantil, alcoolismo e dependência química, doenças relacionadas à exposição a dejetos orgânicos e químicos, doenças respiratórias, doença mental, idosos e crianças. Além das problemáticas mais diretamente ligadas à saúde, outras “coisas importantes” ocupavam a atenção dos profissionais, tais como a falta de educação adequada, o desemprego, os empregos informais, a fome, a pobreza, o lixo, as condições precárias de moradia e o envolvimento de usuários com o tráfico de drogas.

O debate sobre a intensidade com que demandas sociais que se colocam ao PSF e a necessidade de políticas intersetoriais para mudanças efetivas na promoção dos direitos que resultem na melhoria da saúde das populações tem sido realizado por Malfitano (2007), entre outros. Discute-se que o modelo de combate à pobreza no Brasil – concentrado em programas de transferência de renda focalizados, sem promover, simultaneamente, o aumento do gasto per capita em educação, saneamento básico, habitação – não equaciona a questão da desigualdade social que deveria constituir o centro do debate sobre os perfis de saúde-doença de grupos e populações (LAVINAS, 2007).

Os profissionais entrevistados reconheciam a pobreza e a baixa escolaridade como aspectos que “pioravam a saúde das pessoas”, inclusive a saúde sexual e reprodutiva na medida em que estariam mais suscetíveis às DST, às drogas, às verminoses, às doenças de pele etc. Isto indica alguma compreensão da relação entre violações de direitos humanos e piores índices de saúde das populações, o que tem sido valorizado por autores do campo da saúde coletiva (FRANÇA-JUNIOR, AYRES, 2003).

A lista de “urgências” – reveladora das necessidades sociais e de saúde da população residente nas áreas onde se localizavam os módulos de PSF estudados – concorria com as ações que poderiam ser realizadas na atenção em saúde sexual no que se refere a recursos

humanos, planejamento e gestão. A preocupação com o cumprimento das metas de assistência nas áreas programáticas, tais como hipertensão, diabetes, pré-natal e puericultura era acompanhada por autocríticas e comentários sobre a sobrecarga de alguns profissionais que reconheciam a sexualidade e a saúde sexual como áreas importantes para o trabalho de prevenção, assim como a ampliação e melhora da atenção aos adolescentes e jovens. Alegavam como obstáculos, entretanto, a insuficiência de recursos humanos, a ausência de formação profissional nesses temas e a pressão da gestão e dos usuários pela assistência baseada no modelo das consultas individuais do médico (a) e da enfermeira (o) das equipes. Intervir nos processos de adoecimento, aliviar o sofrimento e atuar na prevenção e promoção exigem uma multiplicidade de ações individuais e coletivas e desafia a priorização e o delineamento dos modos de enfrentamento das necessidades de saúde de uma dada população (CAPOZZOLO, FORTUNA, MATUMOTO, 2007). As equipes de PSF enfrentam dificuldades em responder à demanda espontânea da população por assistência aos problemas de saúde que não se enquadram nas ofertas programadas. A assistência à demanda espontânea é freqüentemente percebida como algo que dificulta a realização da prevenção, entendida como principal missão desses serviços (CAPOZZOLO, 2003). Tais aspectos também foram observados no presente estudo.

Não obstante os diversos obstáculos, as duas equipes de PSF estudadas mostraram-se capazes de perceber a complexidade das necessidades e problemáticas dos diversos segmentos populacionais conforme seus contextos individuais ou coletivos.

Observamos que demandas na área da sexualidade “batiam à porta” da rede básica. Embora adolescentes e jovens de ambos os sexos e os homens adultos representem populações que “batem pouco à porta” dos serviços de saúde, quando comparados à utilização pelas mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et. al. 2002), a rede básica está próxima às

comunidades e o desenho do PSF pode contribuir para a redução das desigualdades na utilização de serviços de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.

Os resultados ilustram que a realização desse potencial requer ajustes metodológicos, gerenciais e de investimento na ampliação e aperfeiçoamento dos recursos humanos. O PSF permite que as equipes construam progressivamente conhecimentos sobre as famílias, o que pode representar matéria-prima para o desenvolvimento de ações criativas de prevenção às DST/Aids semelhantes àquelas observadas na apresentação dos resultados relativos às atividades realizadas pelas equipes de ambos os módulos estudados. Essas envolviam articulações com ONG(s), escolas, grupos de cultura e com programas de outras Secretarias Municipais como a de Assistência Social.

O trabalho realizado tentava integrar a prevenção às DST e a oferta do exame de papanicolau às ações de saúde reprodutiva. A assistência à saúde reprodutiva se mostrou mais avançada e o trabalho de apoio técnico da área programática de Saúde da Mulher pôde explicar, no nível local, o fortalecimento do planejamento familiar.

Os dados indicaram que, freqüentemente, as demandas e necessidades no campo da sexualidade não chegavam pela via tradicional da queixa clínica ao médico. Permeada por uma complexidade de fatores socioculturais, era direcionada a diferentes interlocutores, principalmente as ACS. As narrativas dessas profissionais indicaram sensibilidade para o levantamento de demandas e potencial para a proposição de ações no campo da sexualidade, que tradicionalmente “se escondem” dos serviços. Entretanto, a normatividade tradicional para os gêneros também marca o trabalho desse profissional, constituindo um obstáculo à promoção de equidade em saúde, por exemplo, ao elegerem a mulher como “porta-voz” das necessidades e demandas de todo grupo familiar, inclusive dos homens, dificultando o acesso à saúde dessa clientela.

Os significados tradicionalmente associados à sexualidade como esfera da vida íntima e assunto tabu, permeados por expectativas sociais para os gêneros, também interferem na integralidade da atenção em saúde sexual, aqui compreendida como a assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço (ALVES, 2005). A insegurança das agentes comunitárias em abordar o tema durante as visitas domiciliares, o receio dos profissionais em abordar a sexualidade com usuários que seguem determinadas religiões, a percepção acerca das DST e do uso do preservativo como temas que remetem a valores e tabus como fidelidade/infidelidade conjugal – dimensões que emergiram dos resultados – são indicativos dos obstáculos à maior incorporação da sexualidade e da saúde sexual no trabalho da rede básica na perspectiva da integralidade.

A valorização cultural das especialidades médicas, as influências do modelo médico curativo/assistencial e a tendência à alta utilização das tecnologias do tipo duras, em detrimento das tecnologias leves (MERHY 1997, 1998, 2000, 2002) dificultam o reconhecimento das necessidades no campo da sexualidade e da saúde sexual, bem como a construção de estratégias programáticas de caráter psicossocial. Não seria adequado compreender as necessidades de prevenção no campo da sexualidade como uma “queixa clínica” que aguarda uma prescrição, um encaminhamento ao especialista, um exame ou procedimentos (tecnologias duras). Por isso, as necessidades em saúde sexual parecem, por vezes, sem espaço de diálogo nos serviços.

Os resultados indicaram que a melhoria da atenção em sexualidade na rede básica, depende do fomento à capacidade das equipes e serviços em utilizar o potencial das chamadas tecnologias leves: a escuta, a construção do vínculo, o acolhimento, a responsabilização, a ampliação do olhar para além dos aspectos biomédicos, considerando a dimensão psicossocial das demandas que os sujeitos dirigem aos serviços de saúde.

Os depoimentos dos informantes ressaltaram a dificuldade de “enxergar” os jovens e compreender suas necessidades de saúde. Enquanto não houver um “sintoma para tratar”, permanece a dificuldade em perceber que existe um sujeito a ser cuidado, representante de um determinado grupo populacional cujas trajetórias são marcadas cultural e socialmente. Em contrapartida, há a “supervisibilidade” das jovens gestantes aos olhos dos profissionais entrevistados, pois se conforma explicitamente um fenômeno reconhecido em seus aspectos biológicos, portanto, cabível de intervenção mediante as chamadas tecnologias duras.

As narrativas dos jovens, especialmente as críticas das garotas ao fato que na UBS “eles só dão a camisinha, mas não conversam”, são emblemáticas do desencontro entre o sujeito que não tem sintomas, mas tem necessidades que seriam mais bem atendidas se além de insumos, os trabalhadores se utilizassem mais das tecnologias leves ou imateriais (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O fato das jovens entrevistadas se queixarem da dificuldade em cuidar da saúde sexual porque “agendar consulta com ginecologista é difícil” nos faz pensar que usuários e profissionais da saúde compartilham crenças subjacentes ao modelo médico-centrado no especialista. Imaginemos que uma jovem, ao buscar a UBS ou pedir a consulta com especialista à ACS, tenha em mente discutir sobre métodos contraceptivos, esclarecer suas dúvidas sobre as práticas sexuais seguras para a prevenção do HIV ou sobre seu desenvolvimento corporal. Recebe como resposta da ACS ou da funcionária da recepção: “não tem ginecologista no posto, só médico de família”. Tal jovem vai embora com as mesmas dúvidas e mais convicta daquilo que “todo mundo diz, que a saúde no SUS é ruim mesmo”, muito presente nos discursos dos jovens entrevistados.

Muitos desses ruídos na comunicação ou expectativas desencontradas entre usuários e trabalhadores ocorrem em função da organização dos processos de trabalho ser médico-centrada ou focalizar queixas e sintomas clínicos, o que pode ser ilustrado pela fala: “consulta

é pra quem está doente, não é pra bater papo”. Situações desse tipo expressam a dificuldade dos trabalhadores em decodificar a *real* demanda subjacente ao pedido expresso por usuários em geral e, especialmente, pelos jovens (CAPOZZOLO, FORTUNA, MATUMOTO, 2007).

A tendência à homogeneidade das práticas nos serviços de saúde dificulta o acolhimento e a escuta dos sujeitos em sua singularidade e a decodificação das marcas socioculturais e históricas sobre aquilo que formulam enquanto pedido aos serviços. Profissionais mais habilidosos no manejo de tecnologias leves e sensíveis aos aspectos psicossociais podem oferecer outros tipos de respostas às solicitações no campo da sexualidade, por exemplo, convidar a usuária a participar de uma oficina, grupo psicoeducativo, ou consulta de enfermagem. O acolhimento dessa jovem na UBS pode ser feito no momento em que ela procura o serviço, por uma auxiliar de enfermagem ou agente comunitária que a escute, oriente e avalie junto com ela a necessidade da avaliação do ginecologista.

Mesmo nos espaços de consulta, a falta de uma abordagem mais ampliada e menos centrada nos sintomas ficou evidente em alguns relatos como o da jovem que saiu de uma consulta com a ginecologista levando consigo além da receita do medicamento (tecnologia dura), dúvidas sobre seu diagnóstico e, principalmente, nenhum aprendizado sobre como se prevenir de novas DST.

As ACS entrevistadas relataram viver cotidianamente situações do tipo: uma usuária, vizinha e comadre, confidenciar sintomas indicativos de uma DST, contando com a discrição do profissional a respeito de suas angústias diante do marido estar com “feridas lá” e não aceitar usar preservativo. No pedido de ajuda fica implícito um “acordo de damas” em que a ACS “nunca” vai comentar este assunto diante de seu esposo, freqüentemente conhecido do marido da ACS. A partir daí se iniciam estratégias de cuidado e prevenção com foco na singularidade do caso. Cenas como essa mereceriam discussões acerca da dimensão ética

(privacidade e sigilo) que extrapola o que é possível. Esses processos parecem mecanismos potentes para relativizar o poder das abordagens biomédicas e valorizar novas estratégias de escuta, prevenção e assistência, além das consultas clínicas.

O PSF pode auxiliar a desconstruir a hegemonia do modelo médico-centrado, transferindo autonomia e legitimação a outros saberes e categorias profissionais, como as ACS e auxiliares de enfermagem, que contribuam para o enriquecimento do encontro com sujeitos, seus contextos e suas necessidades de saúde, em especial, no campo da sexualidade e da prevenção às DST/HIV.

Alguns referenciais teórico-metodológicos podem respaldar a construção de alternativas assistenciais para a rede básica/PSF a fim de promover o reconhecimento da dimensão sociocultural da sexualidade e o desenvolvimento de abordagens mais criativas para a prevenção das DST/HIV e da gestação não planejada entre jovens. Dentre esses referenciais estariam uma melhor definição da atenção psicossocial em saúde sexual (PAIVA, 2007), a clínica ampliada na Atenção Básica (CUNHA, 2007; CAMPOS 1999, 2003), as definições sobre cuidado (AYRES, 2004, 2006; MERHY 1997, 1998) e o debate sobre *ação de saúde básica* e *ações básicas de saúde* (MALFITANO, 2007). Esses referenciais têm em comum: a valorização do “encontro” intersubjetivo entre sujeitos, grupos e profissionais, a ampliação do conceito de saúde e a co-construção de estratégias de atenção à saúde e à vida que sejam mais abrangentes do que tratar a doença ou prescrever condutas preventivas.

7.2.2) Jovens, Famílias e o Programa Saúde da Família

As narrativas dos trabalhadores da saúde entrevistados indicaram uma noção sobre o adolescente muito semelhante ao que é veiculado pela mídia e pela literatura psicológica de abordagem essencialista. Tinham dificuldade para refletir em termos de construção histórica e

sociocultural da adolescência e da juventude e sobre as várias “juventudes”. Essa visão não favorecia a percepção das especificidades dos jovens *reais*, ou seja, cada um dos jovens com os quais os trabalhadores se relacionavam no cotidiano.

Alguns relatos dos profissionais sugerem que os trabalhadores criam expectativas do tipo “ai! lá vem bomba!”, diante da chegada de adolescentes ao serviço de saúde em função de alguma demanda. Segundo os profissionais, os adolescentes acessam o serviço timidamente, como se estivessem “escondendo o jogo”, buscando falar, mas sem saber como, ou, ao contrário, “chegam causando”, como dizem os profissionais, para se referirem à agitação, à rebeldia ou a insubordinação.

A percepção das necessidades em saúde sexual e reprodutiva dos jovens priorizava sujeitos do sexo feminino a quem atribuíam mais fortemente a “responsabilidade por se cuidar”, fazer exame preventivo (papanicolau), usar pílula anticoncepcional, tema mais pautado com as garotas se comparado ao tema do preservativo, mais pautado como necessidade dos garotos.

A percepção por parte de todos os entrevistados da “gravidez na adolescência” como o principal problema a ser abordado no campo da sexualidade tinha como resposta o forte estímulo ao uso do anticoncepcional, conforme observado em uma das cenas em que a ACS conversa com uma jovem que acabara de iniciar a vida sexual: “vamos agendar uma consulta, ver o anticoncepcional...” As questões reprodutivas tinham, portanto, mais espaço do que a prevenção às DST/HIV.

O acompanhamento em pré-natal das adolescentes pareceu trazer à equipe questões com as quais, muitas vezes, os profissionais não se sentiam preparados para lidar. Sentiam-se interpelados em seus valores pessoais, se identificavam com um ou outro integrante adulto da família, por exemplo, a mãe da adolescente e ficavam angustiados diante da “imaturidade psicológica” que “enxergavam” nas futuras mães adolescentes.

Os resultados indicaram que ao abordar as especificidades da saúde de jovens em interface com a noção de família, por exemplo, os profissionais se sentiam pouco respaldados para atender adolescentes sem acompanhantes nos serviços de saúde, ou em dúvida sobre o sigilo diante da insistência dos responsáveis em “saber o que se passa com minha filha”. Observamos que a questão do atendimento de jovens, “menores de idade” e “desacompanhados” (CALAZANS e ARAÚJO, 2007) provocava inquietudes aos profissionais que, por vezes, tendiam à adoção de posturas mais autoritárias, consistindo em, à revelia da jovem, atrelar seu atendimento à presença de um “adulto responsável” ou impelidos a revelar seu diagnóstico à mãe, pai ou responsável.

O debate acerca dos subsídios legais para o atendimento dos (as) adolescentes foi feito por alguns autores, dentre eles Calazans e Araújo (2007). A dialética jovem-família deve ser reconhecida tanto quanto os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens, pois são dimensões fundamentais para a ampliação do acesso de jovens aos serviços de saúde e, por conseguinte, para a promoção do direito à prevenção às DST/HIV e à gestação não planejada.

Nos relatos, encontramos posturas diversas por parte dos trabalhadores de saúde. Alguns técnicos conseguiam realizar o acompanhamento da adolescente preservando seu sigilo, como no caso da adolescente gestante com HPV que não queria compartilhar o diagnóstico com sua mãe. Entretanto, uma ACS acreditava que “tinha que contar tudo pra mãe”, e quando sabia que uma adolescente tinha iniciado a vida sexual e buscava, por exemplo, pílula anticoncepcional na UBS, ela levava o fato ao conhecimento da mãe.

Ter a família enquanto núcleo para o desenvolvimento das ações de saúde no PSF implica disponibilidade e formação técnica dos profissionais para lidar com questões da dinâmica afetiva e relacional dos integrantes do grupo familiar, que extrapolam os limites da intervenção biomédica, demandando aportes teóricos e técnicos complementares para lidar com dimensões intersubjetivas.

Grupos educativos com jovens em espaços da comunidade realizados nos dois módulos, embora ainda em número insuficiente segundo os entrevistados, se mostraram potentes recursos para aproximar os jovens do serviço de saúde. Merecem algumas considerações o grupo realizado no módulo da região rural com crianças e adolescentes de uma ONG e o atendimento de um adolescente do sexo masculino que chegou como demanda espontânea ao relatar ter vivido experiências sexuais em grupo em uma festa e estar preocupado diante da possibilidade de vir a se tornar pai.

No caso do grupo é necessário indagarmos quais concepções de sexualidade, reprodução, adolescência e gênero estavam em jogo na construção da atividade educativa: Por que o segundo encontro da atividade em grupo contou com a participação das jovens de 12 a 17 anos, excluindo jovens do sexo masculino e as meninas entre 9 e 11 anos? O sistema reprodutivo da mulher e os métodos contraceptivos foram conteúdos abordados somente no encontro onde participaram as adolescentes mais velhas do sexo feminino, indicando que a atividade é marcada pelo discurso social que compreende a reprodução e anticoncepção como responsabilidades “naturais” do universo feminino.

As atividades educativas podem reforçar a normatividade tradicional para os gêneros que tendem a não incluir rapazes nos processos de aprendizagem sobre reprodução. A reprodução é vista sob a ótica da maternidade e pouco sobre a ótica da paternidade. Permanecem as dificuldades, na área da promoção da saúde sexual, para construir a responsabilização compartilhada entre mulheres e homens, garotos e garotas, pela fecundação e, conseqüentemente, pela gestação, mesmo que o processo biológico corporal “explícito” se dê no ventre feminino. Há, portanto, a necessidade de serem criados e ajustados métodos, procedimentos e conteúdos que dialoguem com o universo masculino. Assim como o “período fértil” da mulher, há a necessidade de que os rapazes conheçam seus processos corporais biológicos e psicossociais relacionados à reprodução, gestação e paternidade. Além

disso, seria produtivo o conhecimento mútuo do sexo “oposto” e sobre as normas para os gêneros. Somente a partir da inclusão do sexo masculino no universo tradicionalmente feminino da reprodução, com tecnologias educativas condizentes que façam emergir os aspectos culturais, será possível promover mais equidade entre os gêneros e, talvez, a redução nos índices de gestações não planejadas entre jovens de camadas pobres.

Outro significado subjacente ao critério de inclusão/exclusão utilizado neste grupo em particular analisado refere-se às crenças sobre qual é a idade “ideal” para o início da vida sexual, o “medo” de que programas educativos estimulem as práticas sexuais “precoces” ou a crença que a educação sexual só deva acontecer após o início da vida sexual. Além de excluir os garotos no segundo dia de atividade em grupo sobre sexualidade, excluíram-se as garotas mais novas, possivelmente presumindo que as “mais novas” não teriam iniciado a vida sexual, de modo que a atividade educativa poderia estimulá-las a isto; eram ainda “criancinhas”, nos termos do profissional que conduziu a atividade. Do mesmo modo que há a necessidade de ajustar a abordagem para incluir os garotos, não também necessários ajustes nos métodos e conteúdos para a educação sexual de acordo com as diferentes faixas etárias.

As estratégias de prevenção em sexualidade desenvolvidas nos módulos indicaram a inadequação do *planejamento familiar* como dispositivo para a prevenção às DST/HIV e gestação não planejada direcionadas aos adolescentes e jovens. A linguagem não contempla as especificidades das trajetórias sexuais dos jovens caracterizadas pelo “ficar”, pelo namoro e pelas descobertas e curiosidades ligadas à experimentação sexual e não pelo objetivo de planejar a constituição familiar ou limitar o número de filhos. As *cenais sexuais* de jovens solteiros são distintas das *cenais sexuais* de adultos ou de jovens que já vivem a experiência conjugal, para os quais o dispositivo de *planejamento familiar* tende a fazer mais sentido.

O atendimento do garoto adolescente conduzido à UBS por uma “coleginha”, como dizia o profissional, preocupado com as conseqüências de suas experiências sexuais com mais

de uma parceira em uma festa, também incita alguns pontos para a presente discussão. Esse adolescente não foi compreendido enquanto um sujeito que precisasse ser acolhido em suas questões subjetivas, tampouco a oportunidade não foi aproveitada para realizar um diálogo educativo sobre a prevenção em situações futuras. O foco das ações dos profissionais foi fazer a *busca ativa* das possíveis gestantes, com um objetivo justificável: iniciar o pré-natal em caso de uma gravidez, como aconteceu de fato. O apoio ao desenvolvimento da paternidade responsável por parte desse adolescente não foi um tema reconhecido como necessário. Observamos uma crença muito forte de que não se pode “esperar muito” dos homens e dos garotos diante de uma gravidez, como se já fizessem o bastante ao registrar a criança como seu filho.

Para a promoção das ações de prevenção e assistência com jovens, as narrativas dos profissionais valorizaram a capacidade do profissional e serviço em serem “flexíveis”, “tolerantes”, saber “ler nas entrelinhas”, ter disponibilidade de escuta, abertura, abrir mão de protocolos rígidos para o acesso, ou seja, “desburocratizar”. Percebemos, também, o esforço por parte dos entrevistados em sustentar uma postura ética em circunstâncias que lhe causavam estranheza, questionando seus valores morais sobre a instituição familiar, o sexo e a sexualidade, mesmo em meio a tantas outras incumbências e pressões.

Observamos, também, ambivalência entre o exercício da postura que pretende “supervisionar” ou “vigiar” as práticas sexuais entre adolescentes e o desenvolvimento de abordagens mais emancipatórias e que poderiam promover o *sujeito sexual*. A ambigüidade era expressa por discursos mais rígidos sobre o uso dos corpos e os papéis de gênero, atribuindo à família, principalmente às mães, a responsabilidade de estar atenta àquilo que seus filhos fazem sexualmente, ou quando “cobravam” das garotas a responsabilidade de não engravidarem ou não serem promíscuas (não ter muitos parceiros sexuais). Não obstante, suas

narrativas expressavam sensibilidade e desejo de melhorar a assistência aos adolescentes das áreas de cobertura dos módulos e a motivação para trabalhar com esse grupo.

7.2.3) A Prevenção em sexualidade: abordagens psicossociais *versus* abordagens biomédicas

A realização de *palestras* realizadas pelo médico e pela enfermeira foi a abordagem mais citada pelos entrevistados como estratégia ao reunir usuários em grupo. Esse recurso tem sido discutido (PAIVA 2000, 2002, 2007) como tendo pouco potencial para disparar reflexões e debates coletivos a respeito das influências culturais e sociais sobre o cenário sexual e sobre as práticas sexuais experimentadas. A palestra não permite que os sujeitos reflitam e decodifiquem os padrões normativos para a sexualidade conforme os gêneros, os *scripts sexuais*, tampouco o *cenário sexual* local, no caso, o contexto do turismo nas comunidades anfitriãs. Quando alguém apenas explica sobre as doenças, sintomas, métodos de prevenção ou tratamento (ou seja, restringe-se aos aspectos biomédicos da saúde sexual), não permite que o debate incorpore os conhecimentos e crenças dos participantes a respeito de temas como o machismo, racismo, diversidade de identidades e orientações sexuais, as barreiras de acesso aos insumos e à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, o direito ao prazer sexual (além da função reprodutiva da sexualidade), entre outros.

Alguns dos profissionais entrevistados não percebiam o empobrecimento da abordagem estritamente biomédica; outros demonstravam interesse em enriquecer suas práticas, mas sentiam-se pouco capacitados para utilizar abordagens psicoeducativas como as oficinas de sexo seguro. Não tinham vivido em suas trajetórias profissionais formação ou experiência de utilização de jogos e dinâmicas que, por exemplo, estimulassem os participantes a reconhecer coletivamente as influências culturais sobre suas práticas sexuais e

os modos de prevenir-se das DST/HIV. É interessante notar que essas habilidades eram associadas aos profissionais de psicologia.

No Programa de Saúde da Família, o trabalho em equipe e com grupos de usuários estão colocados como pilares para o alcance de sua finalidade, como uma estratégia para a mudança do modelo de atenção em saúde (CIAMPONE e PEDUZZI, 2000) a fim de fortalecer aproximação, vínculo, cuidado, prevenção e educação em saúde na rede básica. Essa atividade tem sido valorizada por profissionais médicos, como no caso do médico entrevistado que defendia a importância desse profissional participar das atividades coletivas do serviço e não “só ficar fazendo consulta atrás de consulta”. Entretanto, há teóricos e pesquisadores que chamam atenção para o risco da formação de agrupamentos humanos onde a ênfase é “juntar” pessoas (MATUMOTO et al., 2005). Nos agrupamentos (por exemplo, reuniões para palestras) não se almejam, necessariamente, processos de decodificação da vida compartilhada, ou seja, não são incluídas as dimensões simbólicas e do aprendizado coletivo que caracterizariam a noção da grupalidade.

Além das atividades coletivas, observamos entraves para uma abordagem da sexualidade que incorpore a dimensão sociocultural no espaço individual da consulta médica e de enfermagem. As dificuldades relatadas durante as consultas foram: tempo de duração restrito, pressão pela produtividade em número de procedimentos “concorrendo” com a qualidade da escuta, sexo do profissional diferente do sexo do (a) usuário (a), foco na doença ou queixa clínica, compreensão da sexualidade como sinônimo de intercurso sexual, padrões normativos tradicionais para os gêneros incidindo sobre as expectativas de usuários e profissionais sobre o que é adequado incluir no diálogo, entre outros aspectos. Em resumo, tudo foge ao “protocolo”, “toma tempo”, levanta conteúdos subjetivos não passíveis de resolução a partir das tecnologias duras, como uma prescrição de remédio ou exame.

A consulta de enfermagem se mostrou mais aberta a ampliar o foco de trabalho e considerar a singularidade da pessoa atendida, possivelmente pela tradição disciplinar. De modo geral, mesmo nesses atendimentos, os elementos da *cena sexual* não eram abordados, nem mesmo perguntava-se sobre o/a parceiro (a) sexual, ou seja, com quem o sujeito estabelecia a interação afetiva e sexual. Não se considerava, nessa abordagem, que as parcerias sexuais e as circunstâncias da cena sexual fossem relevantes para o diálogo com jovens (por exemplo, as parcerias sexuais com “alguém de fora”, como o/a turista).

7.2.4) O PSF e os direitos sexuais e reprodutivos: do gênero aos gêneros

A comunicação entre profissionais e usuários, os processos intersubjetivos na abordagem da sexualidade na visita domiciliar das ACS, também expressa o atravessamento do gênero. Como já descrito em outros estudos sobre saúde e masculinidade, os homens enfrentam dificuldades no acesso ao cuidado à saúde devido aos atributos tradicionais de masculinidade – “homem é forte”, “não adoecer”, “adoecer é sinal de fragilidade”. O número de mulheres na função de ACS, muito superior ao número de homens em todo território nacional, por sua vez, não contribui para a aproximação dessa clientela e a rede básica permanece significada como espaço feminilizado (FIGUEIREDO, 2005). Equipes de saúde da família compostas por profissionais de medicina e de enfermagem de sexos diferentes (um homem e uma mulher) foram defendidas, pelos entrevistados, como estratégia para atender com mais equidade aos usuários, constituindo-se num facilitador do trabalho de prevenção junto aos homens.

Como questionaram Villela e Monteiro (2005), seria o PSF capaz de incorporar a perspectiva de gênero, que feministas, acadêmicos e ativistas da saúde advogam como essencial para a efetividade de uma política pública? As autoras apontam que o PSF herdou

tradições históricas da primeira metade do século XX, quando as práticas de saúde da mulher privilegiavam a concepção e a puericultura, e dos anos posteriores à década de 50, quando se incorporaram ações de contracepção e atenção pré-natal. Defendem que a reprodução, no entanto, é um fato social complexo, que envolve mulheres e homens e exige políticas mais amplas que a oferta de programas de saúde materno-infantil e contracepção.

Os resultados do presente estudo ilustram o desafio de incluir homens e rapazes nas ações de saúde reprodutiva e de prevenção às DST/HIV. A gestação acontece “no corpo” da adolescente, mas não se restringe ao mesmo, gerando também novas identidades sociais tanto para garotas como para os garotos; trata-se da “paternidade jovem” e não apenas da “adolescente grávida”.

Alguns temas fortaleceriam a perspectiva de gênero nas ações de saúde reprodutiva no PSF ao serem incorporados no diálogo entre os profissionais e as futuras jovens mães e futuros jovens pais. Dentre eles o direito dos filhos à presença afetiva além do suporte material paterno, bem como a divisão mais equitativa da responsabilidade parental, que hoje sobrecarrega as mulheres jovens e suas respectivas famílias de origem.

No debate sobre *áreas estratégicas* ou grupos prioritários no modelo de atenção desenvolvido no PSF, defende-se que a saúde da mulher assim permaneça, contudo qualificada pela perspectiva de gênero e de modo relacional.

De modo geral, os direitos sexuais e reprodutivos, bem como os direitos da criança e do adolescente previstos pelo ECA não se mostraram como referências técnicas, teóricas ou políticas no campo da saúde sexual nos módulos de PSF pesquisados. A associação mais corrente dos profissionais quando falávamos de direitos sexuais era com o direito das mulheres a não sofrer violência sexual. Os homens não foram reconhecidos como portadores de direitos sexuais e reprodutivos.

A partir de 1990 a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente também previu a garantia do direito ao atendimento em saúde no Sistema Único de Saúde e a assistência à gravidez e parto mereceriam enfoque e reflexão crítica do ponto de vista também dos direitos dos bebês.

Foi emblemático o caso da transmissão vertical durante o parto de uma adolescente de 16 anos portadora do HIV, relatado pelos entrevistados, em função de problemas no fluxo dos exames laboratoriais no município. O retorno dos resultados das sorologias demorava de dois a quatro meses, desencadeando situações de gestantes que iam ao parto sem os devidos procedimentos em razão do desconhecimento da sua condição sorológica por parte dos profissionais de saúde. No caso relatado, parece ter sido realizado um teste rápido após ou durante o parto. Durante as conversas sobre o caso com vários profissionais, percebemos que não reconheciam o fato enquanto uma situação de violação dos direitos sexuais e reprodutivos da adolescente gestante e de seu bebê. Não identificavam a função do Conselho Tutelar como órgão que devesse fiscalizar o Estado e cobrá-lo da responsabilidade pela implantação de políticas de saúde e de atenção à infância e à juventude que coíbam violações dos direitos ou que protejam seus direitos, como foi o caso. O CEDECA - Centro de Defesa da Criança e do Adolescente - instância existente em alguns municípios, também não foi citado enquanto ator institucional da rede local de proteção integral ao adolescente, que teria a incumbência, entre outras, de conduzir a abertura de processo judicial e a responsabilização das instâncias envolvidas.

7.2.5) Respostas programáticas para os impactos do turismo sobre a saúde sexual dos jovens caiçaras

Os resultados indicaram que os impactos do cenário sexual das comunidades anfitriãs de turismo sobre a saúde sexual dos jovens eram mais bem reconhecidos pelas agentes comunitárias do que pelos profissionais de enfermagem e medicina.

A disseminação das DST, o aumento do consumo de álcool e drogas e o incremento do mercado sexual foram citados como problemas, associadas ao fluxo sazonal de turistas na região. A gestação não planejada entre garotas abaixo de 18 anos também foi indicada como uma problemática no campo da saúde sexual da juventude. Em algumas narrativas, era compreendida como resultado das interações sexuais sem uso do preservativo entre as garotas locais e turistas, mas, de modo geral, analisavam o tema da gravidez como um problema “em si mesmo”, justificado pela pobreza, pela falta de perspectivas profissionais das jovens, pela “promiscuidade” ou “falta de responsabilidade”. Não foram feitas associações explícitas entre o aumento no número de jovens grávidas e o cenário sexual no contexto de comunidades turísticas. Muito pouco consideravam acerca do *cenário sexual* local, dos *scripts sexuais* e da sociabilidade dos jovens, marcada pelo intenso fluxo de pessoas em sua cidade.

Os profissionais de saúde reconheciam, muito superficialmente, algum impacto do cenário sexual sobre a dinâmica das relações sócio-sexuais entre juventude caiçara e turistas. Por conseguinte, poucas estratégias de prevenção às DST/HIV levavam em consideração o *cenário sexual*. Conforme anteriormente discutido, os técnicos tinham dificuldade inclusive para reconhecer a relevância do diálogo com os jovens nos atendimentos individuais ao conversar mais densamente sobre suas cenas sexuais, ou seja, decodificar o contexto em que a vulnerabilidade se construía intersubjetivamente. Nem mesmo o parceiro sexual constituía um tema – e quando se pensa em DST, não se pode desconsiderá-lo nas capacitações. A dinâmica

do cenário sexual e a grande frequência com que jovens, garotos e garotas dessa comunidade mantinham relações sexuais com “pessoas de fora” nem eram cogitadas. Sobre o envolvimento de jovens com o mercado sexual, era como se tal problemática fosse visível e invisível, simultaneamente, aos olhos dos profissionais, embora alguns reconhecessem: “Ah, prostituição tem aqui sim, é o turismo”. Entretanto, na medida em que não havia debates e proposições de estratégias em torno da questão, a problemática adquiria status de “coisa natural” sobre a qual nada se pode fazer.

A única estratégia de prevenção citada foi a oferta do exame preventivo/papanicolau para as garotas que “faziam programas, assim, meio escondidas”, seguida pela tentativa de conscientizá-las sobre a “importância do auto-cuidado” e de convencê-las a “sair dessa vida”, uma abordagem que focaliza apenas a dimensão individual da vulnerabilidade. Não foram concebidas a distribuição de preservativos nas praias, em pontos e horários estratégicos, tampouco a participação da rede básica em atividades de prevenção organizadas mais sistematicamente em períodos de temporada e verão, quando há o aumento no fluxo de pessoas na cidade.

Estratégias nomeadas como *redução de danos*, tradicionalmente direcionadas a segmentos populacionais específicos, como, por exemplo, jovens que “fazem programas”, nos termos dos entrevistados não fazem parte do repertório dos profissionais entrevistados. Teria esse tipo de estratégia um sentido de complacência ou pactuação por parte dos trabalhadores com situações e realidades que não estariam de acordo em termos morais? Na medida em que valorizavam a necessidade das jovens “saírem dessa vida”, talvez tivessem dificuldade de se envolver com estratégias de *redução de danos*, pois ao oferecer o preservativo se sentiriam contribuindo para que permanecessem “fazendo programas”.

7.2.6) Descentralização da atenção em HIV/Aids na rede básica, formação profissional e processos de trabalho

Constatamos o caráter recente, no município pesquisado, do processo de descentralização da atenção integral em DST/Aids (prevenção e assistência/cuidado) nos serviços de saúde municipais, incluindo a rede básica. A ausência de um Programa Municipal de DST/Aids dificulta a interlocução entre Coordenação Estadual de DST/Aids e a Secretaria Municipal de Saúde que acontece, até onde pudemos observar, por meio da Vigilância Epidemiológica do município. Os Programas Municipais de DST/Aids têm tradição de fomentar processos de planejamento e organização do trabalho na rede de saúde local, de modo a auxiliar os municípios para que avancem na atenção em DST /Aids e incorporem as diretrizes das políticas estaduais e nacional.

O objetivo do presente estudo não foi descrever as ações de assistência/ cuidado em DST/HIV³¹, tampouco pretendemos aqui esgotar o debate sobre a descentralização da atenção em HIV/Aids, haja vista a complexidade do tema e de sua operacionalização, envolvendo diferentes áreas programáticas de instâncias nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Por ora, pretendemos destacar que o fortalecimento das ações de prevenção na rede básica, utilizando o potencial do Programa Saúde da Família, dependerá de processos políticos, gerenciais e técnicos que consolidem a descentralização da atenção em DST/Aids em sentido amplo na perspectiva da integralidade e, portanto, incluindo as ações de prevenção integradas às ações de assistência/cuidado na Atenção Básica.

Avaliamos que o trabalho integrado de apoio técnico da Coordenação Estadual-RJ junto à rede básica municipal e as equipes de saúde da família, necessário aos objetivos da descentralização, encontra-se atualmente em estágio inicial. Em agosto de 2006, aconteceu o

31 Embora as narrativas dos trabalhadores tenham sido ricas em depoimentos sobre a dimensão da assistência em DST/Aids, inclusive na atenção aos portadores do HIV pelas equipes de PSF, o tema extrapola os objetivos do presente estudo.

“I Seminário de Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV”, que reuniu profissionais e gestores dos Programas de Saúde da Família, Programas Municipais de DST/Aids e Programas de Saúde da Mulher (Boletim Epidemiológico Coordenação Estadual de DST/Aids-RJ, 2006). Um ano depois, quase ao final de 2007, a gestora entrevistada destacou a realização do “I Seminário de Vulnerabilidades” que reuniu, dessa vez, somente gestores dos referidos programas.

A partir das iniciativas de seminários, por exemplo, observamos o reconhecimento da importância de intensificar o processo de descentralização e diminuir a verticalidade por parte do Programa Estadual, marcas históricas dos Programas Nacional e Estaduais de DST/Aids (MONTEIRO e OLIVEIRA, 2007). Segundo as autoras, a título de comparação, o modelo integrado de ações programáticas em DST/Aids na atenção primária no Estado de São Paulo segue uma longa e complexa trajetória que foi iniciada em 2000.

As equipes de saúde da família estudadas têm se esforçado para realizar estratégias de prevenção às DST/HIV com diferentes grupos populacionais. Os profissionais oferecem frequentemente o exame de papanicolau às mulheres adultas e jovens; os médicos e enfermeiros solicitam esse exame nas consultas individuais e realizam grupos de planejamento familiar (integram os temas das DST e da Aids, a discussão sobre o uso do preservativo e as barreiras culturais para a prática do sexo seguro como, por exemplo, a normatividade tradicional para os gêneros).

Os próprios entrevistados valorizaram algumas das suas dificuldades experimentadas no cotidiano, chamando a atenção para o fato de que se sentem pouco preparados tecnicamente, não havendo espaços de formação sobre esses temas e, tampouco, diretrizes claras e apoio técnico da gestão, de modo “mais próximo a nossa realidade”. Uma das principais dificuldades observadas se refere à implementação de estratégias de prevenção às

DST/Aids direcionadas especificamente aos jovens e que abarcam as dimensões da vulnerabilidade social apontadas pelos resultados do presente estudo.

A dinâmica das interações sócio-sexuais entre pessoas locais e pessoas de fora, pouco reconhecida pelos profissionais entrevistados, mostrou ser fortemente marcada pela desigualdade entre os atores no gozo de direitos fundamentais como ao trabalho e à educação. Em função das diferenças na identidade de gênero, cor/etnia, de geração, de nacionalidade e de status socioeconômico, conforme cada encontro singular os atores conduzirão suas atitudes em função dos *scripts sexuais femininos e masculinos*, ora mais tradicionais, ora mais “modernos”, a depender dos interesses mútuos pelas trocas sexuais e ganhos materiais envolvidos. O cenário sexual marcado pela mercantilização da sociabilidade e da sexualidade tem que ser reconhecido pelas “lentes” das equipes e serviços de saúde para que se construam ações de prevenção alicerçadas ao conjunto de sentidos e significados atribuídos às práticas sexuais protegidas ou de risco para as DST/HIV.

Além do aperfeiçoamento das atividades de prevenção que focalizem a vulnerabilidade coletiva ao sexo não-protégido e à absorção no mercado sexual, outra pré-condição ao avanço na descentralização das ações programáticas em DST/Aids seria o fortalecimento da prática do aconselhamento em DST/Aids na rede básica que também incorporasse as dimensões do cenário sexual sintetizadas acima. Os depoimentos indicaram que, embora não nomeassem algumas de suas práticas como aconselhamento, os profissionais dos módulos de PSF pesquisados faziam uma prática educativa aconselhadora, ou, ao contrário, faziam abordagens individuais que priorizavam as questões biomédicas e a vulnerabilidade individual.

O cenário programático do PSF parece bastante suscetível às inúmeras “urgências”, é menos fechado/rígido em termos de organização das demandas e a atenção tem caráter generalista, se comparada ao Serviço de Referência em DST/Aids no qual a prática do

aconselhamento se incorporou mais sistematicamente. O perfil da Atenção Básica pode dificultar o encontro intersubjetivo que valoriza a ética do cuidado (AYRES, 2006), fazendo com que interações deste tipo não encontrem espaço físico e de diálogo no cotidiano “corrido” da rede básica. A valorização do aconselhamento na rede básica poderia fortalecer a atenção psicossocial em saúde sexual e reprodutiva.

A Atenção Básica e o Programa Saúde da Família podem auxiliar na promoção, do direito à prevenção ao HIV (PAIVA, PUPO, BARBOZA, 2006) no âmbito do Sistema Único de Saúde, valorizando a intersetorialidade, assim como a garantia do direito à assistência adequada, principalmente no caso dos municípios de pequeno porte, cujos orçamentos mais modestos dificultam o investimento em centros de referência para DST/Aids. Pela inserção nas comunidades, mediante mudanças nos processos de trabalhos e maior apoio das instâncias gestoras, as equipes de saúde da família poderiam também oferecer cuidados integrais às pessoas vivendo com HIV ao estabelecerem fluxos de trabalho articulados entre rede básica e serviços especializados ou profissionais especialistas. O cuidado aos portadores do HIV foi observado na realidade programática dos módulos de PSF pesquisados, porém os resultados não foram apresentados no âmbito dessa dissertação, pois a complexidade desse debate expande os limites dos objetivos propostos.

Nossa experiência prática no Programa Saúde da Família tem mostrado que as ações de prevenção, quando acontecem, são marcadas por indefinição de objetivos, das populações a serem contempladas, e dos referenciais teóricos e metodológicos que devem embasá-las, assim como pela falta de co-gestão, monitoramento e avaliação. O mais freqüente é verificarmos o trabalho de prevenção organizado segundo a lógica das campanhas em datas pontuais como o Dia Internacional de Combate à Aids ou no período do carnaval, conforme ressaltado pelos jovens entrevistados que por vezes se sentiam desvalorizados ao perceberem que as ações de prevenção priorizavam a saúde dos turistas e não a saúde dos moradores.

(...) não tem programa não (de saúde para jovens). Nenhum. Só quando é Dia Mundial da Saúde, não sei o quê, Dia da Aids, daí eles sempre fazem alguma coisa. (jovem do sexo masculino, 24 anos, ensino médio completo, branco)

Às vezes tem distribuição de camisinha (...) no posto de saúde. Esse ano teve uma campanha da prefeitura, ficaram distribuindo camisinha (...). Só que foi só no Carnaval (...)" (jovem do sexo feminino, 21 anos, ensino médio completo, negra).

Os relatos expressam “desencontros” entre as expectativas dos usuários em relação à saúde pública no município, em especial à assistência em saúde sexual e reprodutiva, - e aquilo que é oferecido em termos das possibilidades de acolhimento e atenção nessa área, atualmente pontuais e pouco contínuas.

Os resultados do presente estudo nos permitem, portanto, sugerir que dentre os pré-requisitos para o processo de descentralização dos Programas de Aids encontram-se a necessidade de maior investimento em formação profissional dos trabalhadores da rede básica do município pesquisado, bem como mudanças nos modelos de gestão, nos processos de trabalho e no perfil do apoio técnico no sentido de permitir a co-construção, junto aos trabalhadores da ponta, de novos e criativos processos de trabalho no campo da sexualidade, da reprodução e da prevenção às DST/Aids. São esses alguns pré-requisitos para que a rede básica tenha um aproveitamento substancial de seu potencial nessa área.

Sugerimos que a metodologia de gestão do trabalho em saúde baseada na inter-relação entre equipes de referência - no caso as equipes de saúde da família - e profissionais ou equipes de apoio matricial, pode oferecer subsídios às mudanças para a reorganização dos processos de trabalho que qualificariam a atenção em sexualidade e DST/Aids. O apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos nos sistemas de saúde; nesse caso, o especialista integra-se organicamente às várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço para

intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões, como indicam Campos e Domitti (2007). Os autores destacam que o apoiador matricial pode ser um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, podendo agregar saberes e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe responsável pela atenção direta, como é o caso das equipes de PSF do município estudado. O apoio matricial procura construir e intensificar espaços de diálogo e compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores, semelhante, pelo que observamos, ao trabalho desenvolvido pela gestora local da área de Saúde da Mulher, significativamente valorizado pelos entrevistados e que parece ter promovido avanços no *planejamento familiar*.

Possivelmente, o apoio matricial e as oportunidades de formação profissional contribuiriam para que os profissionais das equipes de PSF se sentissem mais preparados para o manejo das tecnologias leves (MERHY, 2000) que viriam a fortalecer as ações de prevenção dentro da perspectiva da atenção psicossocial em sexualidade (PAIVA, 2007). Nessa direção se consolidaria, progressivamente, a clínica ampliada na Atenção Básica (CAMPOS, 2003; CUNHA, 2007).

8) CONCLUSÃO

O quadro da vulnerabilidade, em seus planos individual, social e programático (Ayres, 2003) pôde ser apreendido no presente estudo pela composição metodológica das observações etnográfica de cenas e cenário sexuais, e das entrevistas com sujeitos em distintas posições no cenário da vida cotidiana das comunidades anfitriãs de turismo estudadas: jovens residentes de comunidades litorâneas e profissionais de saúde da mesma localidade que atuam na “ponta” do território (PSF) ou na gestão do setor saúde. De modo complementar, também “descrevemos” os recursos utilizados (muitas vezes subutilizados) pela rede básica e equipes de saúde da família na tentativa de mitigá-lo. A compreensão do quadro da vulnerabilidade dos jovens caiçaras ao sexo sem proteção e ao mercado sexual no cenário do turismo, como vimos, dependerá de um “diálogo” entre suas narrativas e o discurso dos técnicos da saúde que têm como missão promover seu direito à saúde e a prevenção.

Constitui-se como desafio para a qualidade das práticas de prevenção, junto às comunidades anfitriãs de turismo a incorporação das dimensões descritas nos resultados do presente estudo e de outros trabalhos situados no campo da pesquisa social em DST/Aids que valorizam as influências da dimensão sociocultural sobre as práticas sexuais. Seus sentidos e significados indicam a força da dimensão psicossocial das práticas e atitudes no campo das interações sócio-sexuais, dimensão pouco valorizados pelo discurso e ações concretas de profissionais da rede de saúde responsável pela promoção da saúde e controle da epidemia.

São muitos os aspectos, segundo indicaram as narrativas dos jovens caiçaras, que aumentam ou diminuem a chance do preservativo ser incorporado à cena. Além dos “personagens” mobilizados por cada contexto intersubjetivo, outros elementos que compõem a cena sexual também integram a dinâmica da vulnerabilidade ao sexo sem proteção tais como “o palco” (local) da transa, o “clima”, o ritmo, os roteiros (sexuais e de gênero) que

fazem com que os personagens contracenem entre si, assim como com os roteiros típicos de “de turista” “de gringo” “de caçara”, disponíveis no cenário sexual local e global. O mesmo é válido com relação à multiplicidade de fatores que interferem no enredo da cena sexual marcado por graus variados de mercantilização das práticas, indicando maior ou menor vulnerabilidade dos sujeitos ao mercado sexual.

Como vimos na apresentação da perspectiva dos profissionais de saúde, pensar na dinâmica densa que resulta na prática do sexo desprotegido, em DST ou gravidez não planejada é experiência rara, como um dos entrevistados relatou ao perceber a importância dessas dimensões durante o processo da entrevista, “_ Agora que você está me perguntando, eu estou percebendo o quanto seria importante conversar sobre essas coisas nos atendimentos”.

As definições socioculturais acerca do que é esperado que os sujeitos façam no campo da sexualidade e da reprodução conforme os sexos (normas para os gêneros) influenciam os modelos de atenção, as propostas, os temas contemplados, o enfoque, os objetivos, os participantes das atividades, enfim, a postura do profissional diante do “outro-usuário” com lapsos ou supervalorização de aspectos como “responsabilidade”, “ignorância” ou como um “genérico adolescente problema”. Por exemplo, ao deixar de abordar a sexualidade dos jovens segundo a compreensão sociocultural e psicossocial, os programas/ serviços não contribuem para diminuir a vulnerabilidade social dos jovens que experimentam sua sexualidade num cenário sexual sexista, como os depoentes indicaram.

Os modelos baseados em palestras com enfoque na informação biomédica tendem a ignorar o sexismo, assim como o machismo e o racismo; supõem que informação por si só muda ou “cria” comportamentos e que os usuários são “desinformados” logo precisam “ser orientados”, “sentar e escutar”, “aprender com a palestra”. As abordagens psicossociais emancipatórias no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, por outro lado,

valorizariam o saber cotidiano, pré-existente, que os sujeitos possuem sobre suas vidas (BERGER, LUCKMAN, 1978 e a tradição de Paulo Freire, ver PAIVA 2002, 2006), incorporando esse conhecimento, haja vista a riqueza das narrativas dos jovens nas entrevistas, na atividade produzindo resultados mais interessantes.

Apesar de inúmeros obstáculos, os serviços estudados iniciaram os primeiros passos para a realização de atividades psicoeducativas com adolescentes e jovens. Essas, em alguns momentos, apresentavam contornos mais próximos às chamadas oficina de sexo seguro e reprodução (PAIVA, 2000, 2002) - com a utilização de atividades mais interativas, que estimulam a grupalidade, tais como os jogos, as dinâmicas corporais, danças ou debates sobre um filme ou a partir de questões formuladas pelos próprios participantes. Observamos, no entanto, a dificuldade em planejar essas atividades em meio às “urgências” do serviço de saúde, juntamente com as dificuldades no manejo de trabalhos com grupos e a pouca familiaridade com a abordagem sociocultural da sexualidade e do gênero. Esses aspectos contribuíam para que os profissionais “escorregassem” para as abordagens de caráter pouco dialógico, centradas nas informações biomédicas, com os grupos transformados em agrupamentos para a realização de palestras sobre as doenças, geralmente conduzidas por médicos ou enfermeiros, atingindo um número expressivo de usuários “de uma vez só”, como já se observou em outros estudos (PAIVA, AYRES, FRANÇA, 2003; PAIVA, 2002; PAIVA, PUPO, BARBOSA, 2006).

Além das abordagens coletivas, a prática do aconselhamento se mostrou relevante no trabalho de assistência e prevenção nos espaços individuais dos atendimentos clínicos de adolescentes e jovens com diagnósticos de diferentes DST, como pudemos perceber a partir dos relatos dos profissionais. Nenhum deles havia sido capacitado para o desempenho dessa prática, muito menos com a perspectiva que consideramos mais produtiva, onde a pessoa é compreendida em contexto e em cena; onde a vulnerabilidade individual é integrada à

compreensão da vulnerabilidade social às DST/Aids, à gravidez não-planejada ou às trocas sexuais que tendem a introduzir os sujeitos no mercado do sexo.

O modo transitório e efêmero que marca a sociabilidade no contexto das comunidades anfitriãs em função dos fluxos populacionais sazonais, trás especificidades às necessidades de saúde da população jovem local e requer ações programáticas no âmbito do Programa Saúde da Família e da rede ampliada de saúde.

A normatividade tradicional para os gêneros por sua vez, além de se impor como um operador simbólico, ora facilitando, ora dificultando o sexo protegido e a construção do cuidado por parte dos jovens entrevistados, também, se impôs no campo das práticas de saúde. Definições que os profissionais operam de modo pouco crítico para o feminino e masculino demonstraram ter influências sobre os modelos de atenção e as propostas de prevenção, individual ou coletiva que eram desenvolvidas pelos profissionais da rede básica pesquisada. São emblemáticas as diferenças observadas no acesso de homens e mulheres, adultos e jovens, à rede básica, espaço caracterizado como de sociabilidade e cuidado para o universo feminino e pouco acolhedor das questões masculinas. A “afinidade” entre as agentes comunitárias de saúde e as mulheres e garotas, assim como “a vergonha” em conversar sobre “esses assuntos” com os rapazes e homens, e o embaraço deles para com elas também, expressam os atravessamentos do gênero na construção do cuidado, já apontados por outras pesquisas.

Os scripts tradicionalmente atribuídos a mulheres e homens também se expressam na tradição do campo da saúde que associa a reprodução ao feminino, bem como o foco nas mudanças biológicas que se processam no corpo feminino para as quais o pré-natal está direcionado. Uma vez que estão imersos na mesma normatividade acerca dos papéis de gênero, da sexualidade e da reprodução, os profissionais tendem a reproduzir os valores sociais nos quais foram socializados, como por exemplo, ao compreender a “gravidez na

adolescência” como um “problema” para as jovens-meninas. A maternidade jovem é reconhecida como questão, ao contrário da paternidade jovem. A incorporação dos homens, jovens e adultos, enquanto atores sociais, sujeitos das questões reprodutivas e sexuais, e não somente como pai ou marido, ou seja, “acompanhantes”, constitui uma ação programática que contribuiria para a igualdade de gênero.

O debate sobre os meios para operacionalizar a inclusão da perspectiva de gênero na atenção básica é muito relevante, em especial na atenção em saúde sexual e reprodutiva de jovens em cenários sexuais de maior vulnerabilidade ao HIV, como o cenário onde se desenvolveu o presente estudo. Esse desafio permanece aos modelos de atenção em saúde, ao planejamento e co-gestão entre Programas de DST/Aids, Atenção Básica e Áreas Técnicas da Saúde da Mulher e Saúde do Adolescente e do Jovem. Há de se construir pactos programáticos entre Estados e municípios, envolvendo gestores dos programas, trabalhadores, usuários e instâncias comunitárias locais para a co-construção, na Atenção Básica, de abordagens “mais” psicossociais, orientadas pela perspectiva de gênero e pelos avanços da pesquisa social no campo da Aids que apontam a insuficiências das abordagens biomédicas, médico-centradas e orientadas pelo uso prioritário das tecnologias duras.

Poderíamos pensar que se os homens e a juventude fossem incluídos como populações estratégicas, paradoxalmente, o PSF deixaria de atuar pela lógica de agravos e grupos prioritários, considerando a “todos”, mulheres e homens, jovens e adultos. A idéia parece de acordo com o princípio da universalidade do acesso, preconizado pelo SUS, mas torna-se operacionalmente difícil (talvez inviável) face aos recursos humanos do PSF. Há de ser feito o debate sobre o modelo de composição da equipe de saúde da família extenso a todo território nacional, sem necessariamente levar em consideração diferenças socioculturais que irão influenciar nos perfis de saúde-doença, que por sua vez poderão requerer outros tipos de aportes técnicos e saberes.

O cenário sexual das comunidades litorâneas, por exemplo, ilustra a singularidade da vulnerabilidade de determinados grupos populacionais aos agravos em saúde sexual. O modelo “tradicional” de PSF - equipes compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um número variado de agentes comunitários - tem condições de avançar na descentralização da atenção em DST/Aids a partir da abordagem sociocultural da sexualidade, mais complexa do que a “solução” de tratar das “queixas clínicas”? Quais os recursos, rearranjos e mudanças de lógica na atenção que seriam necessários?

Para promover o direito à prevenção destacamos a figura da/o agente comunitária/o de saúde (buscando ativamente um número mais eqüitativo entre homens e mulheres na função) indica a fertilidade da abordagem via PSF devido: ao conhecimento sobre as famílias e a maior sensibilidade às questões locais; a inserção das UBS nas comunidades; sua proximidade geográfica, mais acessível do que os serviços especializados; as ações de base território e a mobilidade em acessar pessoas e contextos. São aspectos que parecem relevantes para o desenvolvimento da atenção em saúde sexual.

Os avanços no plano programático dependem, por sua vez, de programas, políticas e gestores que ao desenharem objetivos e planos para a construção de estratégias de prevenção descentralizadas, se orientassem pelo debate gerado pela pesquisa social no campo da Aids ao qual raramente têm acesso – a formação de profissionais assim como o planejamento da atenção em saúde valorizam pouco as contribuições da pesquisa social. Por exemplo, como intensificar as abordagens psicoeducativas “mais politizadas” e emancipatórias (PAIVA, 2002) de prevenção às DST e integrá-las às campanhas de exames, como o papanicolau, ou aos programas de planejamento familiar já desenvolvidos? Como fazer a prevenção das DST/HIV, abandonando a ilusão de uma tecnologia universal, se abrindo, verdadeiramente, para a diversidade e a dimensão intersubjetiva compartilhada em um cenário sexual específico que interfere nos scripts sexuais e nas cenas afetivo-sexuais dos sujeitos (PAIVA, 2002)?

Como atrair a juventude e incluí-la nas ações de prevenção ao se observar que o dispositivo denominado planejamento familiar não dialoga com as experiências mais significativas que integram as trajetórias sexuais nessa fase da vida? Como incluir as diversas orientações sexuais nas ações de prevenção e cuidado se a ideologia subjacente que se expressa no discurso e na prática dos profissionais é fortemente heteronormativa? Como acolher casais e promover ações psicoeducativas que promovam a igualdade de gênero se muitas mulheres, profissionais de saúde vivem segundo normas rígidas para os gêneros, estão sobrecarregadas pela tripla jornada e possivelmente pouco negociam com seus próprios parceiros o uso do preservativo? Como integrar ações de redução de danos, por exemplo, oferecendo preservativo aos jovens (de ambos os sexos!) que estejam envolvidos com o mercado sexual, se os profissionais podem se sentir compactuando com a permanência dos sujeitos nessa atividade?

Dada a disponibilidade, sensibilidade e motivação que percebemos por parte dos profissionais entrevistados – em especial enfermeiros (as) e agentes comunitárias de saúde – para o fortalecimento do trabalho com jovens visando a prevenção das DST e gravidez não planejada, parece-nos pertinente incluir nas suas oportunidades de formação as temáticas dos direitos sexuais e reprodutivos, o quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos para compreender também a vulnerabilidade social dos jovens resultante do fluxo de pessoas e da atividade turística, a construção sociocultural e histórica da sexualidade e dos gêneros. A capacitação teria, entretanto, que contemplar método e procedimentos necessários às abordagens grupais.

O empenho dos trabalhadores entrevistados e as ações já em andamento nos módulos representam condições favoráveis ao trabalho de prevenção às DST/HIV na região pesquisada, se comparada a outras regiões. Seria importante garantir que essas ações de prevenção não sejam pontuais - somente no carnaval, por exemplo- tenham como objetivo as

comunidades locais e sejam incorporadas ao cotidiano do trabalho das ACS no território e na rede de saúde local. A sustentabilidade dessas ações depende de mudanças gerenciais e de organização do trabalho em saúde - uma maior interlocução e horizontalidade dos programas desde o planejamento até sua operacionalização pelos profissionais da “ponta”. Reafirmamos a relevância dos espaços de diálogo, trocas e formação aos profissionais do SUS já pontuados na discussão dos resultados, quando destacamos as possíveis contribuições do apoio matricial para fortalecer as perspectivas da atenção psicossocial em sexualidade e da clínica ampliada na rede básica.

Para a promoção da atenção psicossocial em saúde sexual e reprodutiva (PAIVA 2007) é necessário um conjunto articulado de ações interdisciplinares de prevenção e cuidado, que prevê a dimensão intersubjetiva e extrapola os limites das abordagens do indivíduo reduzido ao biológico e psicológico. Requer a capacidade de encontro e interação entre trabalhadores/serviços de saúde e população atendida/contextos cotidianos; no caso deste estudo, a juventude de comunidades anfitriãs de turismo.

Essas perspectivas parecem capazes de reduzir a enorme distância entre a vida cotidiana de jovens caíçaros no cenário sexual dessas comunidades e as propostas de prevenção atualmente desenvolvidas, assim com os “desencontros” em outros cenários sócio-sexuais e programáticos que não o das comunidades turísticas.

A elaboração de programas de prevenção no campo da sexualidade em municípios brasileiros com perfis semelhantes deve ser pensada dentro da organização de estratégias locais capazes de reduzir os impactos negativos do turismo sobre as comunidades anfitriãs (não somente sobre a saúde, mas também sobre outros setores da vida social, cultural e econômica) e de promover a cidadania dos moradores. No caso dos jovens, um destaque deve ser dado ao direito à educação, cultura e trabalho, como uma das pré-condições para mitigar a vulnerabilidade às DST/HIV e ao ingresso no mercado sexual. A preservação do direito à

saúde e à vida com dignidade dos moradores de comunidades anfitriãs de turismo representa uma pauta urgente a ser incorporada no planejamento intersetorial da atividade turística.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMO, H. W. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5 e 6, p.25-36, Set/Out/Nov/Dez. 1997.
- ALLEYNE, G. A. O. Salud y turismo en el Caribe. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. v. 111, n. 1, p. 24-33, jul. 1991.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/ fev. 2005.
- ANTUNES, M. C. et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 88-95, ago. 2002.
- ARILHA, M.; CALAZANS, G. J. Sexualidade na adolescência: o que há de novo? In: CNPD. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília, 1998. p. 687-708.
- AULICINO, M. P. **Turismo e estâncias**: impactos e benefícios para os municípios. São Paulo: Futura, 2001. 150 p.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA-JR, I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-73.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as práticas de saúde: novos desafios e perspectivas. In: CZERESNIA, D.; MACHADO FREITAS, C. (Org.). **Promoção da Saúde**: Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 116-138.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003/ fev.2004.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 49-85.
- BARBIERI, T. Sobre a Categoria Gênero: Uma Introdução Teórico-Metodológica. Tradução: Anônia Lewisnsky. Edição SOS Corpo, Recife. 1993.
- BARBOSA, M.R. Um olhar de gênero sobre a epidemia de AIDS. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003. p. 339-389.
- BARSTED, L. L. O campo político-legislativo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 79- 94.
- BELLENZANI, R. et al. Cenários de vulnerabilidade no contexto do turismo: DST/AIDS e mercado sexual. Um estudo com monitores (as) ambientais de comunidades caiçaras

litorâneas de SP e RJ. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS, 9., 2007, Salvador. **Anais...** Salvador: ABRASCO; 2007. CD-ROM

BELLENZANI, R. MALFITANO, A.P. Juventude, Vulnerabilidade Social e Exploração Sexual: um olhar a partir da articulação entre Saúde e Direitos Humanos. *Saúde e Sociedade* v.15, n.3, p.115-130, set-dez. 2006

BENEVIDES, I.P. “Prostituição” feminino em Fortaleza: um encontro de cupido com mercúrio. In: BENEVIDES, I.P. Turismo e Prodetur: dimensões e olhares em parceria. Fortaleza: Editora da UFC, 1998. p. 139-151

BERGER, P.; LUCKMAN, T. **A construção Social da Realidade**. 4 ed. Tradução de F.S. Fernandes. Petrópolis: Vozes, 1978. 247 p.

BERQUÓ, E. Apresentação. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 07-16.

BRANDÃO, E. R. Gravidez na Adolescência: um balanço biográfico. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 63-96.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Cortez, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Família, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Saúde integral do adolescente e jovem: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)

BRASIL.a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 197 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; caderno n.2).

BURNS, P. M. **Turismo e antropologia**: uma introdução. São Paulo: Chronos, 2002. 203 p.

CALAZANS, G. Cultura Adolescente e Saúde: perspectivas para Investigação. In: OLIVEIRA, M. C. **Cultura, Adolescência e Saúde**. Campinas: Consórcio de Programas em Saúde Reprodutiva e Sexualidade na América Latina (CEDES/COLMEX/NEPO-UNICAMP), 1999. p. 44-97.

CALAZANS, G.; ARAÚJO, T. W. Subsídios Legais para o Atendimento de Adolescentes nos serviços de saúde. In: CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/aids. **Prevenção das DST/Aids em Adolescentes e Jovens**: brochuras de referências para os profissionais de saúde. Brasil: Centro de Referência e Treinamento DST/aids, 2007. p. 27-38. (Série: Prevenção às DST/Aids).

CAMPOS, G. W. S. Local reference teams and specialized matrix support: an essay about reorganizing work in health services. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAPOZZOLO, A. A. No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família. 2003. 273 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAPOZZOLO, A. A.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. A atenção Básica e a produção do cuidado integral às pessoas em relação às DST e Aids. In: PAULA, I. A.; GUIBU, I. A. (Org.). **DST/Aids e rede básica**: uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. p. 56-78.

CHAVES-JR.; E. O. Políticas de Juventude: Revolução histórica e definição. In: SCHOR, N; SOCORRO, M. F. T. M.; BRANCO, V. C. (Org.). **Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, 1999. p. 41-48.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 53, p.143-7, dez. 2000. Número especial.

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento. **Relatório da CIPD**. Cairo; 1994.

CORRÊA, S. Gênero e sexualidade como sistemas autônomos: idéia fora do lugar?. In: PARKER, R; BARBOSA, M. R; (Org.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 149 - 159.

CORRÊA, S.; ÁVILLA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos. Pauta global e percursos Brasileiros. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 2003. p. 17-78.

CUNHA, G. T. **A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 212 p. (Saúde em debate, v. 162).

DE PAULA, I. A. et al. Construção de um modelo descentralizado das ações de prevenção e assistência às DST/Aids no Estado de São Paulo. In: DE PAULA, I. A. (Org.); GUIBU, I. A. (Org.). **DST/Aids e rede básica: uma integração necessária**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. p. 23-33.

FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 304 p.

FALEIROS, E. T. S. A exploração sexual comercial de crianças e de adolescentes no mercado do sexo. In: LIBÓRIO, R. M. C.; SOUSA, S. M. G. **A exploração sexual de crianças e adolescentes no Brasil**. São Paulo/Goiânia: Casa do Psicólogo/Universidade Católica de Goiás, 2004. p. 73-98.

FARR, R. M. **As raízes da psicologia social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FIGUEIREDO, W. Assistance to the men health: a challenge for the services of primary attention. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

FORSYTHE, S. et al. Protecting paradise: tourism and Aids in the Dominican Republic. **England Health Policy Plan**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 277-286, set. 1998.

FRANÇA-JR, I.; AYRES, J. R. C. M. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: ZÓBOLE, E.; FORTES, P. (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 63-69

GAGNON, J.; SIMON, W. **Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality**. Chicago: Aldine, 1973. 380 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 50-60, ago. 2002. Suplemento.

HEILBORN, M. L. Ser ou estar homossexual: dilemas de construção de identidade social. In: PARKER, R; BARBOSA, M. R. (Org.). **Sexualidades Brasileiras** (Org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996. p. 136 - 148.

HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. R. Ciências Sociais e Sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 07-17.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 40-58.

HEILBORN, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias biográficas Juvenis. In: HEILBORN, M. L. AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p.29-57.

JOSEPH, C. A.; KAVOORI, P. A. Mediated resistance: Tourism and the host community. **Annals of Tourism Research**. v. 28, n. 4, p 998-1009, 2001.

LAVINAS, L. Gasto social no Brasil: programas de transferências de renda versus investimento social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1463-1476, nov./ dez. 2007.

LEAL, O. F.; BOFF, A. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades Brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 119-135.

LEAL, M. L. P. **A Exploração Sexual Comercial de Meninos, Meninas e Adolescentes na América Latina e Caribe (Relatório Final – Brasil)**. 2 ed. Brasília: CECRIA, IIN, Ministério da Justiça, UNICEF, CESE, 1999.

LEAL, O. F.; FACHEL, J. M. G. Jovens, sexualidade e estratégias matrimoniais. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p.96-116.

LHOMOND, B. Sexualidade e juventude na França 1999. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 77-95.

LOYOLA, M. A. Percepção e Prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 19-74.

MACHADO, M. N. M. et al. Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes no Médio Vale do Jequitinhonha. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006.

MALFITANO, A. P. S. **Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o Programa Saúde da Família**. Holambra: Editora Setembro, 2007. 180 p.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Apontamentos de campo acerca de uma experiência de educação não-formal com crianças e adolescentes em situação de rua. **Periódico do Mestrado em Educação da UCDB**, Campo Grande, n. 17, p. 29-42, na./ jun. 2004. Série- Estudos.

MANN, J.; NETTER, T. W. **A Aids no Mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. 321p.

MARSIGLIA, R. M. G. et al. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R. **Famílias: redes, laços e políticas publicas**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003. p.169-176.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 9-24, set. 2004/ fev. 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec /Abrasco, 1994

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde:** um desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface** - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E.E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1993. 255 p.

MONTEIRO, M. C. S; OLIVEIRA, M. P. R. Desconstruindo a verticalização – DST/Aids e rede básica: uma integração possível, 9-23. In: PAULA, I. A.; GUIBU, I. A. (Org.). **DST/Aids e rede básica:** uma integração necessária. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2007. p. 9-23.

MONTEIRO, S. Gênero, sexualidade, e juventude numa favela carioca. In: HEILBORN, M. L. (Org.). **Sexualidade:** o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 117-145.

MORAES, A. F. Prostituição, trocas e convites sexuais na adolescência feminina pobre. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. B. **Horizontes plurais:** novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 15-50.

OLIVEIRA, A. O. et. al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 689-698, jul./set., 2005.

OLIVEIRA, L. A.; FRANÇA-JR., I. Demandas reprodutivas e a assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 315-323, 2003. Suplemento 2.

OLIVEIRA, M. C. et al. Estudo de caso: Programa de Saúde Reprodutiva para Adolescentes em São Paulo, Brasil. In: GOGNA, M. (Org.). **Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes:** Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Buenos Aires:

Consortio Latinoamericano de Programas em Salud Reproductiva y Sexualidad, 2001. p. 195-267.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H. (Org.). **Adolescência e Psicologia**: concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 16 - 24.

PAIVA, V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 250-269.

PAIVA, V. Fazendo arte com camisinha. São Paulo: Summus Editorial, 2000. 309 p.

PAIVA, V. et al. Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 4-11, ago. 2002. (Suplemento).

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de Aids reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 55-78, 2002.

PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA-JR., I. Expanding the Flexibility of Normative Patterns In Youth Sexuality and Prevention Programs. **Sexuality Research & Social Policy**, San Francisco, v. 1, n. 1, p. 83-97, jan. 2004.

PAIVA, V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: **Sexualidad, estigma y derechos humanos**: Desafios para el acceso a la salud en América Latina. CÁCERES S.; PECHENY, M.; FRASCA, T.; CAREAGA, G. (Eds.). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006. p. 23-52.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 109-119, abr. 2006. Suplemento.

PAIVA, V. Sobre o direito ao amor: a sexualidade e a vontade de ter filhos entre pessoas vivendo com HIV. 2007. 227 p. Tese (Livre Docência) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAIVA, V.; BLESSA, C.; BELLENZANI, R. e col. **Cenários de vulnerabilidade ao HIV/Aids no contexto do turismo**: envolvimento afetivo-sexual, mercado do sexo e uso de álcool e outras drogas em comunidades caiçaras do litoral sul de SP e RJ. 2007. 65 p. (Relatório de Pesquisa CNPq) – NEPAIDS, São Paulo.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991. 203 p.

PARKER, R.; GAGNON, J. Conceiving sexuality. In: PARKER, R.; GAGNON, J. (Org.). **Conceiving Sexuality: approaches do Sex Research in a Postmodern World**. New York/London: Routledge, 1994. p. 3-16.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Culture, society and sexuality: a reader**. London: Taylor & Francis, 1999. 510 p.

PETCHESKY, R. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 15-38.

PINHEIRO, R. S. et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002 .

PIROTTA, W. R. B.; PIROTTA, K. C. M. O Adolescente e o direito à saúde após a Constituição de 1988. In: SCHOR, N; SOCORRO, M. F. T. M.; BRANCO, V. C. (Org.). **Cadernos Juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de saúde, 1999. p. 30-40.

PISCITELLI, A. Exotismo e autenticidade: relatos de viajantes à procura de sexo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 19, p. 195-231, 2002.

PISCITELLI, A. 2005. Apresentação: gênero no mercado do sexo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 25, p. 7-23, jul./dez. 2005.

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISACC5B55EPTBRIE.htm>. Acesso em: 12 fev. 2008.

RAMÍREZ, M. C. Do centro à periferia: os diversos lugares da reprodução nas teorias de gênero. In: ALMEIDA, H.B.; COSTA, R.G.; RAMÍREZ, M.C.; SOUZA, E. R. (Org.). **Gênero em Matizes**. Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2002. p. 115 - 152.

RAMOS, S.; CARRARA, S. The problem of violence against homosexuals: the articulation between activism and academy in public policy making. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 185-205, jan. 2006 .

REYN, C. F; MANN, J. M.; CHIN, J. Los viajes internacionales y la infección por el VIH. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 112, n. 6, p. 508-520, 1992.

RIBEIRO, M. A. C. Espaço da Prostituição Feminina e Turismo na Cidade do Rio de Janeiro. In: CORIOLANO, L. N. M. T. (Org.). **Turismo com Ética**. Fortaleza: UEC, 1998. p.139-147.

ROSS, G. F. **Psicologia do turismo**. São Paulo: Contexto, 2001. 176 p.

RUBIN, G.; O tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” do sexo. In: REITER, R. **Towards na Anthropology of Women**. New York: Monthly Review Press, 1975. p. 157-210. Trad. de C.R. Dabat. Recife: S.O.S. Corpo e Cidadania, p. 02-32, 1993.

Ruschmann D. **Turismo no Brasil: Análise e Tendências**. Barueri: Manole; 2002. 170 p.

SANTOS, A. O. **Turismo e saúde comunitária: intervenção e pesquisa no Vale do Ribeira**, São Paulo, Brasil. 2004. 142 p. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, A. O.; PAIVA, V. **Consumo e uso abusivo de drogas em comunidades anfitriãs do turismo do Vale do Ribeira, Brasil**. São Paulo: NEPAIDS, 2005. (Relatório de Pesquisa Fogarty Fondation e Programa Nacional de DST/Aids)

SANTOS, A.O. **Impactos Socioambientais do Turismo**: Um problema de Saúde Pública. Programa Nacional de DST/AIDS; UNODC; PM-DST/AIDS/Salvador; CE-DST/AIDS-BA, 2006. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/paper_alessandro.pdf>. Acesso em 12 de fevereiro 2008.

SANTOS, A. O.; PAIVA, V. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids e os desafios da prevenção em comunidades anfitriãs do turismo**. São Paulo: NEPAIDS, 2007. (Trabalho apresentado no X Encontro Nacional de Turismo com Base Local. GT – Impactos ambientais, sociais e culturais do turismo. João Pessoa, UFPB, 5 a 9 de junho de 2007). Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/alessandro_vera_vulnerabilidade.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2008.

SANTOS, A. O.; PAIVA, V. Vulnerabilidade ao HIV: turismo e uso de álcool e outras drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 80-86, dez. 2007. Suplemento 2.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, R. P. Agentes Comunitários e Saúde Reprodutiva: uma experiência recente no Nordeste Brasileiro. In: OLIVEIRA, M. C.; ROCHA, M. I. B. **Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política**. Campinas/SP: Unicamp/NEPO, 2001. p. 49-70.

SOUSA, S. M. G. Pesquisas e Estudos Brasileiros sobre prostituição infantil e juvenil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 11-31, jun. 2002.

SPINK, M. J.; (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. 316 p.

SPOSITO, M. Estudos sobre a Juventude em educação. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 5 e 6, p. 37-52, 1997.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TABET L. C. **O turismo no litoral paulista**. São Paulo: Instituto Ing Ong de Planejamento Socioambiental, 2002. 5p.

TAQUETTE, S. R. et al. A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 148-152, mai./jun. 2005.

THOMPSON, D. T. et al. Incidence of health crises in tourists visiting Jamaica, west indies, 1998 to 2000. **Journal of Travel Medicine**, v. 10, n. 2, p. 79-86, Mar./Apr. 2003.

VANCE, C. S. A Antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. **Physis: Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 07-29, 1995.

VILLELA, W. (Org.); MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 166 p.

VILLELA, W. V.; DORETO, D.T. Young people's sexual experience. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à Saúde da Mulher : historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde**: Programa Saúde da Família em questão. Brasília: ABRASCO, 2005. p. 15- 31. [ATENÇÃO ESTA REFERÊNCIA PODERIA SER DISPENSADA, JÁ QUE VC REFERENCIOU ESTE LIVRO INTEIRO!]

VINCENT-BUFFAULT, A. **Da amizade**: uma história do exercício da amizade nos séculos XVIII e XIX. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. 237 p.

WILLIAMS, J.; LAWSON, R. Community issues and resident opinions of tourism. **Annals of Tourism Research**, New Zealand, v. 28, n. 2, p. 269-290, jul. 2001.

ANEXO A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM JOVENS**PROJETO CAIÇARA**

A pesquisa está estruturada em quatro eixos de investigação:

- *Impactos do turismo na saúde dos moradores das comunidades anfitriãs*
- *Envolvimento sexual entre moradores e turistas e envolvimento com mercado sexual*
- *Emergências médicas em atrativos turísticos, associadas ao uso abusivo de álcool e drogas ilícitas (acidentes físicos e de trânsito, afogamentos e overdose)*
- *Desenvolvimento de tecnologias e saberes práticos para o trabalho de promoção da saúde*

ROTEIRO DE ENTREVISTA

A entrevista visa investigar e conhecer as narrativas do (a) jovem sobre os temas de investigação da pesquisa.

O roteiro está estruturado em duas partes:

- (I) *Questões a serem realizadas ao entrevistado*
- (II) *Instruções e temas relevantes para auxiliar o entrevistador ao longo do encontro*

PROJETO CAIÇARA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

DESCRIÇÃO DE CENAS

Será solicitada a descrição densa de cenas (situações vividas) relativas aos eixos de investigação da pesquisa.

As cenas descritas pela pessoa podem ser tanto vividas por ela, como imaginadas ou aquelas que ouviu falar sobre. Pode-se pedir que a pessoa conte a situação como se fosse um filme.

A cena estrutura-se através dos componentes: tempo, espaço, papéis em interação e conflito (interação dramática).

A construção da cena é disparada pelos elementos:

- a) Onde a pessoa está (contexto: cenário e palco)*
- b) Quando acontece (de dia, à noite, frio, calor)*
- c) Com quem está (pessoas envolvidas)*
- d) Como está (sentimentos, pensamentos, conflitos. Ritmo e movimento: devagar, com pressa)*
- e) Fazendo o quê (interação dramática)*

Após o (a) jovem narrar a cena solicitada, pode-se modificar os elementos da cena relatada. Por exemplo: pode-se modificar a cor da pessoa (protagonista da cena ou não), seu sexo, o local onde ocorre a situação, inserir ou retirar o uso da camisinha ou de métodos contraceptivos, inserir ou retirar o uso de drogas, trocar o namorado (a) por ficante, introduzir ou retirar o contexto do turismo, etc.

A modificação de um dos elementos da cena pode redimensionar seus sentidos e significados, bem como os comportamentos e estratégias utilizadas pela pessoa frente à situação (novos repertórios).

PROJETO CAIÇARA	<div> ENTREVISTA <div>Nº</div> </div> <div> Entrevistador: Data: Cidade: </div> <div> Início: Termino: </div>
<p>Processo de aquecimento para a entrevista</p> <p>Processo de Consentimento</p> <p>Início da entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do entrevistador. • Procurar estabelecer empatia com o entrevistado, facilitando o encontro. • Informações sobre a pesquisa, nome, objetivos, ações propostas (entrevista, oficina). • Ressaltar que ele (a) é convidado (a), podendo desistir de participar em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer dano para ele(a). • Esclarecer que as suas falas e opiniões poderão ser publicadas, sendo garantido o sigilo de seu nome e de qualquer dado que o identifique. • Explicar a presença do gravador e verificar como a pessoa se sente frente à gravação da entrevista. • Assinar as duas vias do termo de consentimento e entregar uma cópia para o(a) entrevistado(a). • Ressaltar a importância do que a pessoa tem a dizer, que sua vida e as suas experiências de vida são importantes e válidas. • Não existe um modo certo ou errado dele(a) contar, podendo falar do jeito que quiser (possibilitar a participação espontâneo-criativa).

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Gostaria que você contasse um pouco sobre a sua vida, sobre você.</p>	<p><i>Estimular o discurso livre da pessoa.</i></p> <p><i>Estar atento para narrativas sobre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>nascer e crescer na comunidade,</i> • <i>juventude, sonhos, perspectivas de vida</i> • <i>impactos do turismo na sua vida e na comunidade.</i> •
<p>Quantos anos você tem?</p> <p>Em que cidade você nasceu?</p> <p>Seus pais nasceram em que estado?</p> <p>Como você define a sua cor?</p> <p>Com quem você mora?</p> <p>Você está estudando? / Até que série você estudou?</p> <p>Você tem religião? Qual?</p> <p>A religião é importante para você? Por quê?</p>	<p><i>Solicitar dados de identificação caso não surjam no relato espontâneo</i></p> <p><i>Verificar movimentos migratórios</i></p> <p><i>Escolaridade</i></p> <p><i>Levantar a importância e o significado da religião.</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Quando você pensa em turismo, qual a primeira coisa que te vem à cabeça?</p> <p>O que você acha do turismo na sua cidade?</p> <p>O que o turismo traz de bom e de ruim?</p> <p>Como é o turista que frequenta a sua região?</p> <p>Você é monitor ambiental. Por que você resolveu ser monitor ambiental? Você tem conduzido turistas/grupos de turistas? OU Explorar o papel profissional no contexto do turismo.</p> <p>Como tem sido essa experiência para você?</p> <p>Você já viveu ou ouviu falar de alguma situação de emergência médica devido ao consumo excessivo de drogas pelos turistas? Conte como foi. E entre os jovens daqui, isso acontece?</p>	<p><i>Levantar sentidos e significados associados ao turismo.</i></p> <p><i>Investigar os impactos do turismo em relação: aos moradores locais, às tradições religiosas, à saúde, à cultura, à economia local.</i></p> <p><i>Investigar o sentido/ significado de ser monitor ambiental na vida dele(a). (Ganhar mais dinheiro, inclusão social, orgulho de sua comunidade, da natureza, da cultura local). OU como é trabalhar com o turismo.</i></p> <p><i>Percepção do(a) jovem do encontro com o(s) turista(s). Como ele(a) se sente percebido(a) pelo(a) turista?</i> <i>Investigar se a relação é mediada por estereótipos.</i></p> <p>Descrição de cena <i>(Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Você sabe/já ouviu falar de algum turista pedir/oferecer drogas aos jovens da região? Com você isso já aconteceu? Conte como isso aconteceu com você.</p> <p>Você sabe/já ouviu falar de jovens da região oferecer drogas para os turistas? Conte uma situação onde isso aconteceu.</p>	<p><i>Encontro entre morador (es) e turista(s)</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>(Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>(Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</i></p>
<p>Você sabe de algum caso de envolvimento sexual entre morador e turista? Pode contar como foi?</p> <p>Algum(a) turista já se interessou por você? Você já se interessou por algum(a) turista? Conte uma situação em que isso aconteceu.</p> <p>Já aconteceu algum caso de gravidez envolvendo moradores (as) e turistas na sua comunidade? Conte uma situação.</p> <p>Você sabe/já ouviu falar de situações em que o(s) turista(s) fazem convites para namorar/ficar/transar, oferecendo algo em troca (presentes, baladas, drogas)?</p> <p>Você sabe se algum jovem da sua região às vezes faz “programa” com os(as) turistas?</p> <p>Você sabe se existe alguma organização/rede de “programas” na cidade onde você mora?</p>	<p><i>Descrição de cena</i> <i>Explorar se há especificidades do namoro no contexto do turismo. Estar atento se há ou não relato de uso de camisinha, métodos contraceptivos e uso de drogas.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>Estar atento se há ou não relato de uso de camisinha, métodos contraceptivos e uso de drogas.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>Estar atento se há ou não relato de uso de camisinha, métodos contraceptivos e uso de drogas.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>Estar atento se há ou não relato de uso de camisinha, métodos contraceptivos e drogas.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>Estar atento para diferenças de significados entre “namoros de verão”, prostituição não intencional no contexto do turismo e prostituição. Investigar se há rede de prostituição (disque bofe)</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Quando você pensa em drogas, qual a primeira coisa que te vem à cabeça?</p> <p>O que você sabe sobre o álcool? E sobre a maconha?</p> <p>Como é o uso de drogas entre os jovens da sua cidade?</p> <p>Você já experimentou alguma droga? Qual?</p> <p>Conte uma situação de uso de drogas que você viveu, imagina ou ouviu falar.</p>	<p><i>Levantar sentidos e significados associados ao uso de drogas.</i></p> <p><i>Verificar se a pessoa relata espontaneamente sobre álcool e outras drogas lícitas.</i></p> <p><i>Levantar o grau de conhecimento sobre drogas lícitas/ilícitas. Estar atento para informações erradas e/ou distorcidas</i></p> <p><i>Investigar o uso de drogas na comunidade e entre a juventude local.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> (Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</p>
<p>Você tem (já teve) informações sobre DST/Aids, prevenção, gravidez, na escola em que estuda (estudou)?</p> <p>Quais ações/atividades a escola faz/ fez sobre DST/Aids, prevenção, gravidez?</p> <p>Você acha que na sua vida faz (fez ou faria) diferença receber informações sobre DST/Aids/gravidez na sua escola? Por quê?</p>	<p><i>Investigar se existem ações programáticas sobre os temas na escola.</i></p> <p><i>Investigar quais foram essas ações (palestras, vídeos) e como o(a) jovem as percebe.</i></p> <p><i>Verificar os impactos de ações educativas na vulnerabilidade às DST/Aids, gravidez indesejada na vida do(a) jovem.</i></p>
<p>Você conhece algum programa de saúde para os jovens sobre DST/Aids, prevenção da gravidez indesejada na sua cidade?</p> <p>Você já procurou esse programa de saúde? Como foi?</p> <p>Você conhece algum programa de saúde para pessoas que querem se tratar das drogas na sua cidade? O que você acha dele?</p> <p>Na sua comunidade, as igrejas oferecem algum trabalho voltado para a juventude? O que é oferecido? O que você acha?</p>	<p><i>Verificar se os programas oferecidos são públicos ou privados.</i></p> <p><i>Investigar: quais as ações programáticas oferecidas pelos serviços de saúde, como o jovem percebe a organização do serviço, o profissional.</i></p> <p><i>Verificar como o(a) jovem se sentiu no serviço de saúde (acolhido, cuidado, desrespeitado).</i></p> <p><i>Explorar se existem reuniões de AA (Alcoólicos Anônimos), NA (Narcóticos Anônimos).</i></p> <p><i>Levantar as ações das igrejas junto a juventude.</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Você tem ou já teve namorado? E namorada?</p> <p>O que você acha que é importante para namorar uma pessoa?</p> <p>O que você acha que é importante para “ficar”? E “sair”? (Usar os termos do entrevistado)</p>	<p><i>Quando começou a namorar, a importância de namorar na vida dele(a).</i></p> <p><i>Estar atento aos termos usados pelo entrevistado, passar a utilizá-los após investigar os seus sentidos e significados.</i></p> <p><i>Existem diferenças no envolvimento afetivo/sexual se a parceria é fixa, eventual (nos termos relatados pela pessoa).</i></p>
<p>O que é sexo para você?</p> <p>O que você considera ser importante para transar com alguém?</p> <p>Como foi a primeira vez que você transou?</p> <p>Você já se envolveu afetivamente/sexualmente com alguém do mesmo sexo?</p>	<p><i>Considerar envolvimento afetivo/sexual como paquera, “mão boba”, carícias, beijos, “clima de interesse”, outras práticas sexuais.</i></p> <p><i>Estar atento a quem define e/ou como são negociadas as práticas sexuais: onde se faz, o que se faz, quando se faz e como se faz sexo.</i></p> <p><i>Verificar se surge no relato espontâneo, preocupação com gravidez, DST/Aids, uso de camisinha.</i></p> <p><i>Explorar se há diferenças no envolvimento afetivo/sexual de acordo com quem se transa (homem ou mulher), onde, quando e como se transa.</i></p>
<p>Você conhece os métodos para evitar ter filhos?</p> <p>Quais? Você sabe como eles são usados? Você usa/usou algum?</p> <p>Você usou algum método contraceptivo na primeira vez que transou? Sabe se o(a) seu (sua) parceiro(a) usou?</p> <p>E na última vez que transou, você usou/sabe se parceiro(a) usou algum método para evitar ter filhos?</p>	<p><i>Levantar o grau de conhecimento da pessoa sobre métodos contraceptivos. Estar atento para informações erradas e/ou distorcidas.</i></p> <p><i>Levantar quem deve se preocupar/a quem cabe a responsabilidade para evitar ter filhos</i></p> <p><i>Explorar se há diferenças no uso de contraceptivos de acordo com quem se transa: namorado (termos usados pela pessoa) onde, quando e como se transa.</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Você já ouviu falar sobre doenças sexualmente transmissíveis? O que são? Quais são?</p> <p>Você sabe como se pegam as doenças sexualmente transmissíveis?</p> <p>Você já teve alguma DST?</p>	<p><i>Levantar o grau de conhecimento das DST. Estar atento para informações erradas e/ou distorcidas.</i></p> <p><i>Explorar se a pessoa se percebe em um maior ou menor risco de pegar uma DST de acordo com quem, onde, quando e como se transa.</i></p> <p><i>Verificar quais estratégias de prevenção e tratamento às DST são usadas pela pessoa na sua vida cotidiana (usa camisinha, “tira antes”, procura farmácia, posto de saúde, etc).</i></p>
<p>Quando você pensa em camisinha, qual a primeira coisa que te vem à cabeça?</p> <p>Você sabe como se usa a camisinha masculina? Como se usa?</p> <p>Você já usou a camisinha masculina? O que achou?</p> <p>Você usou camisinha na primeira vez que transou? Por quê?</p> <p>Na última vez que transou, você usou a camisinha?</p>	<p><i>Levantar os sentidos e significados associados à camisinha.</i></p> <p><i>Pedir para a pessoa descrever como se usa. Estar atento para informações erradas e/ou distorcidas.</i></p> <p><i>Explorar em que momento da transa a pessoa utiliza a camisinha.</i> <i>Explorar se há diferenças no uso da camisinha de acordo com quem, onde, quando e como se transa.</i> <i>Explorar se há diferenças na negociação da camisinha de acordo com quem, onde, quando e como se transa.</i></p> <p><i>Caso tenha usado pedir descrição de cena.</i> <i>(Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</i></p>

QUESTÕES	INSTRUÇÕES / TEMAS
<p>Quando você pensa em Aids, qual a primeira coisa que te vem à cabeça?</p> <p>Para você, como se pega e quem pode pegar Aids? Você conhece alguém com Aids?</p> <p>Você já fez o teste para o HIV (vírus da Aids)? Como foi?</p> <p>Onde você fez o exame? Como você se sentiu atendido pelo serviço?</p> <p>Você acha que já correu o risco de pegar o vírus da Aids? Conte uma situação em que você correu o risco de pegar o HIV.</p> <p>Caso diga não: Conte uma situação que você acha que você pode pegar o vírus da Aids? Como você imagina que seria?</p> <p>A gente está terminando a entrevista, tem alguma coisa que você gostaria de perguntar ou de saber? Ficou alguma dúvida dos temas que a gente conversou?</p> <p>Você gostaria de participar de uma oficina em grupo, para discutir sobre sexualidade, prevenção de DST/Aids, uso de drogas?</p> <p>O que você achou da entrevista?</p> <p>Teve algum momento que você sentiu vergonha ou ficou incomodado(a) para falar?</p> <p>Obrigado por você ter participado e por ter compartilhado tantas experiências suas.</p>	<p><i>Levantar as associações que a palavra Aids faz emergir (simbolismos)</i></p> <p><i>Levantar o grau de conhecimento sobre o HIV/Aids. Estar atento para informações erradas e/ou distorcidas.</i> <i>Estar atento a noções como grupos de risco, preconceitos, estigmas.</i></p> <p><i>Explorar se a pessoa se percebe em maior ou menor risco de pegar o HIV de acordo com quem transa, onde, quando e como se transa.</i></p> <p><i>Levantar sentimentos associados ao momento de testagem.</i></p> <p><i>Local: rede pública ou privada. Percepção do preparo do profissional e da organização do serviço.</i> <i>Conhecimento da rede de saúde local. Percepção das ações programáticas em saúde do município.</i></p> <p><i>Descrição de cena</i> <i>(Verificar transformações de sentido e significado mudando os elementos constitutivos da cena)</i></p> <p><i>Processo de encerramento da entrevista</i></p> <p><i>Informar sobre a oficina.</i></p> <p><i>Verificar informações pendentes.</i></p>

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE PSF

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento:

CARACTERIZAÇÃO:

1) Função profissional:	2) Sexo	3) cor/raça	4) Religião: _____
() Agente Comunitário (a)	() homem	() branco	_____
() Aux. Enfermagem	() mulher	() negro	5) Idade: _____
() Médica (o)		() pardo	6) Onde nasceu: _____
() Enfermeira (o)		() indígena	7) Há quanto tempo no PSF? _____
		() amarelo	

BLOCO 1: Experiência/ Vivência profissional e no PSF

1. Conte um pouco sobre você, para que a gente se conheça, “pra” gente ir “aquecendo”...
2. Fale da sua experiência profissional?
3. Como é trabalhar no PSF? Como você vê o seu trabalho e da equipe/UBS junto à comunidade? Como é a realidade da área de abrangência/território?
4. Como é a vida e a saúde dos moradores? Quais os principais problemas de saúde da comunidade?
5. É diferente trabalhar no PSF em uma cidade de intenso turismo, nacional e internacional, se compararmos com cidades que não sejam turísticas? Em que?

BLOCO 2: Saúde sexual e reprodutiva / Sexualidade

6. O que é sexualidade para você?
7. O que você entende por saúde sexual? E saúde reprodutiva? E “as duas juntas”, saúde sexual e reprodutiva?
8. Quais pessoas / grupos “precisam” de ações em saúde sexual e reprodutiva?
9. As pessoas/ famílias que você acompanha/atende, geralmente, procuram a UBS ou os profissionais por questões relacionadas à vida sexual? Quais questões? Quais pessoas?

10. Qual o papel do PSF nesta área? (Investigar se aparece o planejamento familiar/reprodutivo e a atenção às gestantes e como “inserem” ou não as (os) jovens).
11. (Para as Agentes comunitárias de saúde) Quando você faz as visitas mensais às famílias da sua área de abrangência, elas trazem necessidades, queixas, demandas sobre a vida sexual e reprodutiva? Você pode contar uma situação? É difícil abordar este assunto? Com quem? Como? Por quê? (1. Se a cena contada não for de jovem, construir uma que seja, buscando os contrastes)
12. Você e/ou a equipe desenvolve atividades nesta área? Quais? Para quais pessoas são direcionadas?
13. O que é fácil e o que é difícil neste trabalho?
14. O que você pensa sobre a homossexualidade? Tem alguém que utiliza o serviço de saúde que já tenha conversado com você sobre sua orientação sexual? (tentar construir uma cena do serviço na atenção a este seguimento)

BLOCO 2.1: Saúde sexual e reprodutiva / Sexualidade / JUVENTUDE

15. Como os jovens e as jovens vivem e expressam a sexualidade? (Ver se emerge gravidez não planejada e ocorrência das DST/HIV e explorar. Se não emergir, perguntar e construir a cena)
16. Que tipo de atenção a juventude necessita? Há algum trabalho direcionado aos jovens? Qual? Como é?
17. Você/ a equipe realiza alguma atividade direcionada aos jovens que aborde a prevenção ao HIV? Você pode me contar uma cena que envolva a saúde sexual, os jovens e o seu trabalho e/ou da equipe?
18. Como é tratar deste tema com as diferentes pessoas que você acompanha? (Homens? Mulheres? Idades? Raça? Orientações sexuais?)
19. Pelo fato daqui ser uma cidade onde transita uma quantidade grande de pessoas, turistas e viajantes, você observa como as pessoas daqui e as “de fora se relacionam? (explorar se os encontros afetivo-sexuais entre moradores e turistas são trazidos como uma realidade identificada pelo serviço) O que isto pode trazer de demanda para o serviço de saúde?
20. Quando se fala em sexualidade hoje, fala-se muito em prevenção. Como você vê isto? Quem precisa se prevenir e do quê? (ver se emerge espontaneamente a noção sobre as DST/HIV e anticoncepção).

21. Que tipo de ações de prevenção vocês fazem? Quais gostariam de fazer? (checar: distribuição de preservativos, materiais educativos, exame anti-HIV, campanhas, grupos, articulações com outras instâncias, etc.)
22. Qual o papel do PSF na prevenção? Você pode me contar uma cena que tenha acontecido no seu dia a dia de trabalho para ilustrar o que estamos conversando?

BLOCO 3 – DST/HIV e outros

23. Quais DST você conhece? Pode me contar algum caso que você tenha acompanhado?
24. Você se sente preparada para trabalhar com isto? Falar deste tema? Dar orientações? Recebeu alguma formação a respeito?
25. Como as pessoas “pegam” as DST? (Esperar para ver se o HIV emerge e como. Se não, perguntar)
26. Quando se fala em Aids o vêm na sua cabeça?
27. No seu trabalho, você se lembra de alguma cena que apareça o HIV? (Levantar quem são, crianças, jovens ou adultos, como vivem e como/se são acompanhados. Fazer emergir os contrastes)
28. Além da prevenção, que nos já falamos, há as pessoas que precisam de tratamento, pois já adquiriram alguma DST ou o HIV. Tem algum (a) jovem que vocês acompanham que seja portador (a) do HIV? E de alguma outra DST? (construir a cena daquilo que o entrevistado trouxe: contexto psicossocial, aconselhamento, teste, diagnóstico, cuidado/tratamento, etc. Investigar estigma, direito a privacidade e as violações dos direitos e como agem diante disto, acionam órgãos responsáveis? Conselho Tutelar, CEDECA, ONG/AIDS, etc.)
29. Você acha que o turismo, de alguma forma, aumenta o “risco” das pessoas a adquirirem o vírus HIV? Por quê? Quais pessoas ficam mais em risco?
30. Quais outros problemas de saúde da população local você observa que têm relação com o turismo?
31. Abuso sexual de mulheres, homens, ou crianças... O que sua experiência como trabalhador da saúde diz sobre isto? (averiguar se estabelece algum nexos com o turismo)
32. Você já ouviu falar em exploração sexual? O que significa isto para você? Como isto aparece no seu trabalho na área da saúde? Pode me contar uma situação vivida?

33. E a prostituição? Vocês fazem algum trabalho de prevenção com pessoas que trabalham no mercado sexual? Pode me contar alguma situação?
34. Você avalia que em cidades de turismo mais “intenso” haja mais prostituição?

Estamos terminando a entrevista, gostaria de saber se você quer comentar mais alguma coisa.

Como foi participar da entrevista?

Você gostaria de participar após o término do estudo de uma Oficina de Sexualidade e Saúde, onde possamos compartilhar os resultados do estudo?