

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
Subárea: SAÚDE E SOCIEDADE

**VIVENDO COM AIDS E ENFRENTANDO A VIOLÊNCIA:
A EXPERIÊNCIA DAS ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação
da ENSP com vistas à
obtenção do título de Mestre
em Ciências na área de Saúde
Pública.

Sandra Maria Silva da Costa

Orientador: Prof. Dr. Otávio Cruz Neto

Rio de Janeiro – 2000

Seja lá como for
Vai ter fim
A infinita aflição
E o mundo vai ver uma flor brotar
Do impossível chão

(Chico Buarque)

Aos meus pais,
irmãos e sobrinhos, com carinho.

AGRADECIMENTOS

À Otávio Cruz Neto pela orientação que devido ao seu empenho de ver-nos crescendo pessoal e profissionalmente proporcionou muitos aprendizados de vida.

Aos professores da ENSP pelas reflexões críticas e oportunas aos objetivos de minha pesquisa.

Aos funcionários da Secretaria Acadêmica e do Departamento de Ciências Sociais, representados aqui por Fábio e Eduardo que sempre se mostraram solícitos para nos ajudar.

À funcionária Édna do Comitê de Ética e Pesquisa pelo carinho e atenção no desempenho de suas atividades.

Aos funcionários da Biblioteca da ENSP, principalmente nas pessoas de Alcimar e Esther pela presteza ao conseguirem materiais de que precisava para minha pesquisa.

À professora Míriam Preuss da UFRJ que desde a minha faculdade tem sido uma boa referência em minha formação, por ter me auxiliando também no Mestrado ao participar da defesa de meu projeto de Mestrado.

À professora Karen Giffin pela valiosa participação em minha defesa do projeto de Mestrado.

Aos meus colegas de turma Silvinha, Nilo e Nogueira, hoje caros amigos, pelos momentos que compartilhamos angústias, mas também solidariedade. E uma lembrança carinhosa para Isidoro que fez parte por um tempo desta turma, ficando a amizade.

Aos pacientes do Hospital São Sebastião onde tudo começou.

À Maria do Carmo pelo apoio a minha pesquisa na Uni-Rio.

À Dra Norma, chefe da divisão médica do Hospital Gafrèe e Guinle e a Dra Norma Rubini, coordenadora do ambulatório de Imunologia deste hospital, pela ajuda inestimável e pelo tratamento gentil ao aceitarem a realização de minha pesquisa com suas pacientes.

À Merinha e Rosangela, amizadas queridas e importantes nesse período da minha vida.

E principalmente agradeço às adolescentes da minha pesquisa, pelo envolvimento sincero de suas participações que renderam ganhos significativos não só à minha pesquisa, mas também à minha vida.

ABSTRACT

The research uses a qualitative methodology for the study of violence and its manifestations in the context of female teenagers living with Aids. It tries to improve the comprehension of violent facts directly linked to the experiences of female teenagers living with HIV-Aids in the physical, social-affective, and sexual levels.

The research focalizes the study of the implications of gender issues, as well as of the social and economical conditions, on the emergency of female teenagers life experiences that characterize their universe and are linked to the Aids field of action: sexual abuse, prostitution, early beginning of sexual life and risky sex, early child bearing, school drop-out, responsibility for supporting kids both in the material and in the affective ambit, and contamination with sexually transmitted diseases.

The type of violence we intend to approach in this research and its numberless manifestations, which go well beyond the physical level, is closely related with the symbolic and imaginary universe. In the perception of those processes in the adolescence ambit, we try to get closer of initiatives that tend to devalue individuals from within specific Sex and age categories, which adversely interfere in their physical and psychological development.

Key words: Violence, AIDS, Adolescence.

RESUMO

Este trabalho adota a metodologia qualitativa visando o estudo da violência e suas manifestações no contexto das adolescentes vivendo com a Aids. Busca-se avançar na compreensão dos fatos que se apresentam como violentos e que estão diretamente ligados às experiências das adolescentes que vivem com HIV-Aids, nos planos físico, socioafetivo e sexual.

A ênfase dada a esta temática recaiu sobre o estudo das implicações de gênero, como também das condições socioeconômicas, na emergência das experiências de vida que se caracterizam no universo das adolescentes e que se articulam ao quadro da Aids: abuso sexual, prostituição, prática sexual precoce e com riscos, maternidade precoce, abandono da escolaridade, responsabilidade com o sustento afetivo e material dos filhos, contágio de doenças sexualmente transmissíveis.

A violência que pretendemos abordar neste trabalho, dentro de suas inúmeras expressões que ultrapassam o plano físico, guarda uma relação mais estreita com as ordens do simbólico e do imaginário. Na percepção desses processos, no âmbito da adolescência, tentamos nos aproximar das iniciativas que tendem a desvalorizar as pessoas dentro de determinadas categorias de sexo e idade, as quais interferem negativamente em seu desenvolvimento físico e psicológico.

Palavras-chave: Violência, Aids, Adolescência.

SUMÁRIO

I - Introdução	1
II - Considerações metodológicas	5
2.1 - O método	5
2.2 - O campo	6
2.3 - A escolha do campo	7
2.4 - Encontros e impressões com as adolescentes	8
2.5 - Conversando com as mães das adolescentes	11
2.6 - Um pouco mais sobre as adolescentes	12
2.7 - Os sujeitos de nossa pesquisa	17
2.8 - As técnicas de pesquisa	19
2.9 - Análise	20
III - Adolescência e Aids na atualidade	22
3.1 - Adolescência	22
3.2 - Aids	37
IV - Um olhar de gênero sobre a Aids: as experiências das adolescentes	46
V - Representações sobre as vivências da violência e da Aids nas adolescentes	61
VI - Considerações finais	86
VII - Bibliografia	96
VIII - Anexos	103

I – INTRODUÇÃO

O estudo implementado nesta pesquisa está centrado nas experiências das adolescentes vivendo com HIV-Aids e tem no Hospital Universitário Gafrèe e Guinle, na cidade do Rio de Janeiro, a referência de campo para a sua realização. Com o recorte de gênero aqui pretendido, desejamos conhecer, com mais propriedade, as redes de fatores que expõem sujeitos, em uma determinada relação de classe socioeconômica, idade e sexo, a inúmeras situações de riscos, tais como doenças e manifestações de violência.

Estar direcionando meus estudos para as adolescentes guarda uma relação com o fato de nos últimos anos me envolver com a questão da Aids entre as mulheres, motivada pelas observações e abordagens com este grupo como profissional de saúde. Por realizar um trabalho como psicóloga, atendendo pacientes com Aids no Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião, hospital da rede pública do Rio de Janeiro, foi possível constatar o progressivo aumento da internação de mulheres em virtude da Aids, tendo esta situação feito sobressair o meu interesse para com aquelas que se encontravam na faixa etária que compreende os anos de adolescência.

Quando fazemos referências ao fenômeno hoje bem conhecido (mas não tão bem compreendido) da feminilização da Aids e nos deparamos com dados estatísticos que revelam o avanço desta epidemia nas idades da adolescência, levantamos a questão de como as adolescentes estão se contaminando com o HIV-Aids. E na reflexão inicial desta questão, nos deparamos com registros de vivências, principalmente nas relações das adolescentes com seus parceiros, que apontam para desigualdades quanto a distribuição de direitos e do exercício do poder nas dinâmicas dessa convivência, seja no “ficar”, no namoro, no casamento formal ou no informal.

Afluem ainda intensamente, apesar das modificações culturais que flexibilizaram posturas antes enrijecidas em modelos de comportamentos “naturais” para homens e mulheres, idéias que refletem uma divisão sexual baseada não em uma equidade de gênero, mas ainda em concepções da superioridade masculina na dinâmica dessas relações.

Nesses circuitos ideológicos, há avanços, sem dúvida, na conscientização de que as relações de gênero sejam construídas socialmente, porém, a influência dessas concepções tão arraigadas no imaginário feminino, atravessando o plano das ações das mulheres em seu cotidiano de relações, as torna vulneráveis quanto a determinadas situações de riscos na sua saúde física e psicológica.

Por muito tempo, na maioria das sociedades, as práticas educativas no trato com homens e mulheres, seguiam uma visão patriarcal, valorizando papéis diferenciados e complementares entre o masculino e feminino, com cobranças “morais” maiores na direção das mulheres.

Como reflexo desses fatos, mesmo considerando todas as reelaborações que tiveram vez devido a lutas e iniciativas grupais para modificar este quadro, constatamos ainda hoje, nos planos do imaginário e do simbólico, dificuldades entre as mulheres para a negociação do uso da camisinha, para um planejamento contraceptivo e para uma sensibilização quanto à responsabilidade bilateral, tanto para a prática sexual quanto para as conseqüências desta quando não implica apenas em prazer.

Neste trabalho de pesquisa queremos abordar também as formas de violências, declaradas e/ou veladas, presentes no jogo das relações, e que tendem a destituir alguns sujeitos, no nosso caso, as adolescentes, do seu direito de usufruir o seu corpo, os seus ideais em construção e a sua liberdade de experimentar sua sexualidade aquém das fronteiras das doenças sexualmente transmissíveis, do abandono da escolaridade, da gravidez precoce e de outros fatos que estaremos contemplando com mais profundidade no decorrer dos capítulos.

Encontraremos no capítulo II o desenvolvimento de nosso trabalho a partir da definição e utilização da metodologia escolhida para essa pesquisa.

O capítulo III buscará abordar as mudanças histórico-culturais que alçaram para o convívio humano abordagens diferenciadas quanto aos aspectos biopsicosociais da infância, adolescência e juventude. Buscamos com isso ressaltar o surgimento da categoria adolescente, situando-a no nosso contexto atual, revendo nesse processo as conquistas favoráveis e as dificuldades para o seu existir.

Ao trazermos para este trabalho as referências históricas que marcam o desenvolvimento dessas categorias, pretendemos estudar com mais profundidade a emergência da pessoa do(a) adolescente, nos aproximando não só teoricamente do(s) momento(s) da sua construção, como também do reconhecimento das representações que favoreceram e favorecem hoje a consolidação dessa categoria adolescente.

A revisão teórica proposta recai principalmente na perspectiva de traçarmos o(s) quadro(s) da(s) realidade(s) da adolescência nos territórios nacional e internacional, visando entendermos como se dão as oportunidades em nossas culturas para os/as adolescentes participarem nos distintos planos político, social e econômico, não na representação de um conceito já assimilado por todos, mas na efetividade das ações encima dessas representações visando assegurar-lhes leis, direitos e planejamentos quanto a uma educação e prevenção de doenças nessas idades.

Nesse capítulo estaremos entrando em uma discussão mais aprofundada dos aspectos ressaltados acima, que circunscrevem esta fase da vida, a adolescência, na qual encontra-se envolvida a temática da Aids.

No capítulo IV nos propomos avançar na compreensão das intercorrências ligadas às questões de gênero e da Aids em meio às experiências das adolescentes, abarcando ainda o tema da violência no cotidiano de suas relações.

Pretendemos no capítulo V dar ênfase às representações sobre as vivências da Aids e da violência pelas adolescentes.

No capítulo das Considerações finais, a partir do material teórico aqui privilegiado e dos conteúdos das entrevistas, estaremos expondo algumas conclusões preliminares sobre o tema que motivou nossa pesquisa. Essas conclusões deverão se constituir em material para profundas reflexões acerca dos nossos objetivos de

estudo e deverão servir como fonte para direcionamento de nossas práticas junto as adolescentes.

Perseguindo as metas que delineamos nessa pesquisa, esperamos atingir nossos objetivos sem perder de vista que ao introduzirmos o tema da violência nos estudos sobre a Aids entre as adolescentes, nossos olhares se multiplicarão para além das questões de gênero, na tentativa de apreender as sutilezas das questões que permeiam as vivências, entre outras coisas, da Aids neste grupo específico que elegemos para trabalhar.

II - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 - O Método

Elegemos a metodologia qualitativa para esta pesquisa tendo em vista que ela nos permite abordar a realidade de uma forma conjuntural, abarcando neste processo as dimensões do social, do contexto histórico-cultural e da subjetividade. Esta perspectiva metodológica nos aproxima de uma compreensão do sujeito em constante relação com a realidade social, mediante ações que implicam em intencionalidade. E no esquema de interação e/ou transformação dos fatos impulsionado pela dinâmica social, o sujeito dá significados às suas vivências e constrói suas representações do mundo a partir de suas próprias experiências.

Toda ação faz referência também ao que há de intrínseco à condição humana no que diz respeito às expressões de valores, crenças e motivos. Estes aspectos, quando considerados relevantes num trabalho de pesquisa, auxiliam a compreensão de como o sujeito vê, sente e pensa a realidade a partir de seus componentes subjetivos.

Privilegiamos também nesta pesquisa a linguagem, as narrativas e os conteúdos de fala manifestos e latentes por entendermos que estes constituem-se em importantes recursos para a apreensão dos significados dos atos e das formas de relação das pessoas frente ao contexto sociocultural que compõe suas estruturas de vida.

Seguindo esses passos metodológicos em nosso trabalho de pesquisa buscamos chegar com mais profundidade ao conhecimento da realidade pretendida que é a da(s) violência(s) sofrida(s) pelas adolescentes vivendo com HIV-Aids.

2.2 - O Campo

Nosso trabalho de campo foi realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG). Esta Unidade de Saúde, que integra a Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio) desde junho de 1979, fazendo parte de seu Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, teve sua história iniciada em nossa cidade em 1929, e sempre no bairro da Tijuca. O surgimento do Hospital na época em que o Rio de Janeiro era capital do Distrito Federal deve-se a recursos de dois ricos empresários, Cândido Gaffrée e Guilherme Guinle, inspirando assim a origem de seu nome. Ao morrer, Gaffrée deixara registrado por escrito o seu desejo de que 3 mil contos de réis de seus bens fossem destinados à criação de uma Instituição em defesa da saúde pública no Rio de Janeiro. Em 1923 seu amigo Guinle impulsionou essa manifestação doando um terreno no nº 775 da Rua Mariz de Barros, espaço esse em que seria erguido o hospital. Na ocasião de sua inauguração tratava-se do maior e mais moderno hospital da Capital Federal. Nos anos 30, este hospital tornou-se um respeitado Centro de Tratamento de Doenças Venéreas, o qual foi incorporado à Escola de Medicina e Cirurgia, em 1963, por um decreto do então presidente João Goulart. Porém, somente em 1966 a Escola de Medicina e Cirurgia receberia o Hospital Gaffrée e Guinle.

O Hospital Gaffrée e Guinle passou a ser denominado Hospital Universitário Gaffrée e Guinle em 1968, tornando-se um hospital de ensino. E, passando algumas décadas, com o crescimento seguido de suas atividades, em 1987 foi credenciado como Centro Nacional de Referência em Aids. No ano de 1988, apto a oferecer formalmente o treinamento de recursos humanos, passou a receber profissionais de todos o Brasil para a realização de cursos pagos pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Os cursos foram interrompidos em todos os Centro de Referências em 1990. Desde 1989 o HUGG possui um Centro de Testagem e Aconselhamento Anônimo. Essa experiência foi adotada em 1993, com modificações feitas pelo Ministério da Saúde, através dos COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico).

Atualmente esse hospital conta 70 anos. Uma visita em seus espaços nos faz verificar que muito da sua história continua preservado no prédio original, marcando os traços de uma construção de época. Alguns dias vivenciando a dinâmica de atendimento deste hospital nos permitem observar o quanto a qualidade do que esse local já produziu junto à população do Rio de Janeiro, a qual luta para preservá-lo, também sofre com os cortes de investimentos no setor de Saúde.

2.3 - A escolha do campo

A escolha de trabalhar nessa pesquisa no HUGG foi motivada, primeiramente por ser esta uma instituição hospitalar tradicional no tratamento da Aids na cidade do Rio de Janeiro. Esse fato assegura, por sua vez, o meu encontro com as adolescentes vivendo com HIV-Aids, já que há em andamento, nos seus quadros de atividades, programas de prevenção e tratamento de pessoas nessas idades. A Segunda motivação resultou de minha proximidade com profissionais dessa Unidade de Saúde, o que facilitou meu acesso.

O encaminhamento da direção, especialmente na pessoa da Dra. Norma Friedman, chefe da Divisão Médico-Hospitalar, e também pediatra deste hospital, para o Ambulatório de Alergia e Imunologia, na tentativa de viabilizar minha pesquisa, foi o primeiro passo para que com a ajuda da coordenadora desse ambulatório, Dra. Norma Rubini, me aproximasse das adolescentes atendidas por ela. Esta coordenadora é uma profissional da área médica e professora adjunta responsável pelo setor de Imunologia Pediátrica. O ambulatório aqui referido, funciona no espaço acadêmico que o agrega e serve também para o aprendizado dos alunos de Pós-graduação da Uni-Rio, onde são acompanhados, em seus atendimentos, por médicos supervisores. O que o caracteriza com uma rotina muito dinâmica, com várias pessoas circulando nesse espaço que contém várias salas (consultórios), mas que acaba tornando-se pequeno devido a grande circulação de pessoas, entre médicos, alunos, pacientes, funcionários e familiares.

O ambulatório de Imunologia e Alergia tem um movimento diurno intenso, com pessoas de todas as idades sendo atendidas. De sua clientela assistida, um grande número encontra-se vivendo com HIV-Aids.

Além dos médicos, este ambulatório conta com os serviços de uma assistente social e de duas psicólogas, que promovem grupos terapêuticos com as crianças e adolescentes e reunião de mães, em uma sala específica para a realização desse trabalho.

Para a realização das entrevistas, me foi cedida, pela Dra. Norma Rubini, a sala do computador, que se caracteriza basicamente como um espaço de preparação de material de leitura e estudo. Trata-se de uma sala pequena, mas que atendeu plenamente às exigências para a boa realização das entrevistas. Os profissionais do Hospital tiveram o cuidado de avisar que eu estava entrevistando as adolescentes, para não haver interrupções. Até mesmo pelo grande movimento do local, onde há muitas pessoas, as interrupções aconteceram, mas sem nenhum prejuízo ao meu trabalho, e as situações dessa natureza eram resolvidas prontamente.

Eu tinha na Dra. Norma Rubini e também na Dra. Juçara Paraguai duas intermediárias com o grupo de profissionais do ambulatório para o bom andamento de minha pesquisa.

As entrevistas e a leitura dos prontuários das adolescentes me foram facilitadas e conversas esclarecedoras sobre o tratamento, com informações importantes sobre seus diagnósticos, me foram proporcionadas pela médica que as acompanha.

O trabalho de campo acontecido neste hospital foi um processo que exigiu tempo, pois permaneci praticamente três meses no local, com visitas às vezes semanais, quinzenais em um outro período, conforme necessidades de contactar as adolescentes e agendar horários para as entrevistas.

Com todas as situações previstas e imprevistas, o trabalho aconteceu, e ao final podemos dizer que o apoio da equipe de profissionais do HUGG foi favorável e fundamental para sua realização.

2.4 - Encontros e impressões com as adolescentes

A iniciativa gentil da Dra. Norma Rubini, de conversar com as adolescentes individualmente, por vezes com a minha presença, sobre a pesquisa e pedir a participação delas foi muito importante para minha aproximação com elas, facilitando muito o meu trabalho. Nesse primeiro contato marcávamos as entrevistas e eu dava também algumas explicações sobre a pesquisa. Essa abordagem na qual era pedida a participação das adolescentes na pesquisa sempre era feita no dia em que elas tinham consulta médica. Na ocasião eram agendadas as entrevistas.

Posteriormente, mais precisamente no dia marcado para as entrevistas com as adolescentes, eu esclarecia-lhes a pesquisa de forma mais aprofundada e abria espaço para resolver dúvidas, fazer perguntas ou outras observações que tivessem no momento. Essa prévia era feita individualmente ou em grupo, caso mais de uma adolescente fosse entrevistada no mesmo dia. Devo ressaltar que o bom vínculo das adolescentes com sua médica trouxe também ganhos para mim, possibilitando uma boa relação inicial entre nós. Todas as adolescentes demonstraram em princípio boa vontade e carinho para participarem da pesquisa. Era perceptível também, embora em graus diferenciados, em todas as adolescentes, uma preocupação com suas participações, a qual só se desfez no decorrer do processo das entrevistas, quando elas verificaram que se tratava antes de tudo de uma conversa mais aprofundada sobre suas experiências com a Aids, quando poderiam expor seus pensamentos e sentimentos mais espontaneamente.

Nas primeiras entrevistas, reconheci em mim mesma uma preocupação com minha abordagem junto às adolescentes na forma de entrevistas. Atribuo essa preocupação ao fato de minha experiência, como psicóloga, principalmente no meio hospitalar, implicar em uma escuta e uma intervenção, baseadas em conteúdos surgidos no momento do meu encontro com os pacientes, sem um roteiro prévio. É uma situação de abordá-los sobre o que estão vivenciando com a expectativa e/ou o resultado do exame de Aids, sobre o diagnóstico e a evolução de alguma doença oportunista, ou ainda, sobre o início do tratamento, as medicações e os afetos que envolvem tantas questões presentes nessa situação específica. Foi preciso, tanto

elas quanto eu mesma, ultrapassarmos “preocupações” diferenciadas, mas no mesmo espaço de interação.

Muitas informações foram transmitidas pelas adolescentes antes de as entrevistas transcorrerem, as quais foram por mim registradas na memória ou em rascunhos quando elas não estavam mais presentes na sala. O momento dos esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e leitura do “Termo de Consentimento” (em anexo) era aproveitado pelas adolescentes e alguns de seus responsáveis para comentários e assim foi possível perceber, que os mesmos refletiam questões que elas estavam vivenciando atualmente e que versavam geralmente sobre a hipótese de gravidez, seja porque não dava tempo de usar a camisinha, ou porque esta furou, ou porque foi dada uma “prova” de amor pedida pelo namorado (transar sem camisinha). Nessa situação inicial, muito mais que no decorrer das entrevistas, pude observar que falar ou não com o namorado sobre o HIV-Aids, poder engravidar ou não e em quais circunstâncias representavam um processo emocional muito intenso, perpassando todo o pensamento delas e o interesse da conversa. Esses fatos são, ou já foram, questões importantes para a maioria delas.

Contornando as expectativas delas com relação ao motivo pelo qual, enquanto psicóloga, recorriam a mim para falar sobre suas experiências e quanto às minhas próprias expectativas no sentido de ajudá-las mais diretamente, coloquei em primeiro plano a necessidade de entrevistá-las, situando-me no lugar que ali me cabia para a realização da pesquisa. Devo confessar que não foi uma tarefa fácil. Porém, após cada entrevista, com algumas adolescentes conversava informalmente, sem perder de vista o que haviam mencionado, buscando sempre levá-las a falar sobre alguns assuntos que elas expuseram para mim com a médica que as acompanhava e também com os psicólogos da casa, pois considerava importante estarem sendo ouvidas e até orientadas por alguém sobre algumas de suas questões. Sempre respeitando os espaços dos outros profissionais, considerando o fato de eu não estar inserida neste grupo e nem participar do tratamento delas. E ainda, sem ferir o que elas me abriam em termos de informações pessoais, buscava trocar algumas considerações com a médica que as acompanha ambulatorialmente,

iniciativas nas quais sempre fui bem acolhida, vendo um esforço dessa profissional para ajudar suas pacientes adolescentes.

Como voltei inúmeras vezes ao Ambulatório de Imunologia, sempre reencontrava as adolescentes. Continuamos a nos ver e sempre que havia chances conversávamos um pouco, e assim eu ficava sabendo do desenrolar de alguns acontecimentos relatados por elas, como por exemplo o resultado negativo para gravidez de uma delas. Acabava me envolvendo de alguma forma com elas e acompanhei um pouco algumas situações vividas por essas adolescentes.

Uma das adolescentes me disse certa vez que achava que havia chegado o momento de conversar com seu namorado sobre o fato dela ser soropositiva. Falou que naquela semana iria contar para ele. Senti essa sua manifestação como se quisesse me dar um retorno (no fundo creio que a ela mesma) por não ter falado nada ainda nesses meses de relação com o namorado. Durante a entrevista havia dito que estava esperando o momento certo para isso e que sentia que esse dia estava chegando.

Todas as adolescentes revelaram uma preocupação de não contaminar seus parceiros, dizendo tomar as precauções necessárias, embora duas delas nada falem a respeito de estarem com o vírus da Aids.

Diríamos com base nos relatos das adolescentes, que de uma forma geral, elas tinham algumas informações sobre a doença antes e as têm em uma outra dimensão agora, a da vivência delas. Todavia, a dificuldade não está em lidar com as medidas de prevenção, com o tratamento, com a doença, mas com a aceitação delas pelo outro e no caso delas, com seus parceiros. Algumas venceram essas expectativas no momento, outras tentam também rompê-las e ser feliz nos seus relacionamentos e nos seus planos de vida.

2.5 - Conversando com as mães das adolescentes

Além das seis adolescentes entrevistadas nesse hospital, com idades entre 15 e 19 anos, conversei também com três mães que sempre acompanham as filhas nos dias da consulta. Inicialmente nossa conversa era para que eu pudesse explicar a

pesquisa e pedir a autorização delas já que se tratava de menores de idade. Elas foram receptivas ao pedido, concordando com a participação das suas filhas nas entrevistas. Também aproveitaram este momento para fazerem comentários sobre suas filhas, referindo-se a alguns aspectos pessoais delas. Uma conversou muito, trazendo as dificuldades que encontra no relacionamento com a filha (18 anos) antes e depois de saber que ela estava com o vírus da Aids. Contou várias histórias sobre o comportamento da filha e de um namorado com quem ela foi morar e que recentemente faleceu, em virtude da Aids. Disse que sua filha só se trata atualmente, só comparece às consultas, porque ela praticamente a obriga. Diz que até liga para a patroa dela para avisar o dia da consulta e pedir que a libere. Segundo essa mãe, se não fizer isso sua filha não aparece no hospital.

Já uma outra mãe que se encontra há anos acompanhando a filha de 15 anos nos tratamentos, preocupa-se com as mudanças que se processam nela, que está mais “rebelde” atualmente. Observei que tem cuidados para que sua filha de nenhuma forma seja identificada nessa pesquisa, pois teme o preconceito das pessoas. Disse que não permite nem fotos da filha na sala das psicólogas, onde acontecem as reuniões com o grupo de adolescentes vivendo com HIV-Aids, para evitar que alguém a reconheça como tal.

Os pais ou responsáveis que não se encontravam presentes no hospital receberam através de suas filhas, em casa, o Termo de Consentimento para que o assinassem.

Coloquei-me à disposição dos pais que não mantive um contato direto no hospital, para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, caso sentissem tal necessidade. Para uma das adolescentes (15), eu disse que ligaria para o trabalho de sua mãe e explicaria a pesquisa, pois percebi que isso seria importante para ela. Na oportunidade, falando por telefone com esta mãe, conversamos não só sobre a pesquisa, mas também sobre sua filha por iniciativa dela.

Não encontrei nenhum obstáculo junto às mães para a assinatura do Termo de Consentimento.

A iniciativa de pedir aos pais e/ou responsáveis para assinarem também o Termo de Consentimento tornou-se necessária uma vez que as adolescentes eram menores de idade.

2.6 - Um pouco mais sobre as adolescentes

Os nomes das adolescentes como medida de segurança foram mudados, ganhando elas outros nomes quando referidas nesta pesquisa.

Apresentamos desta forma as adolescentes, colocando em algumas linhas um pouco sobre suas histórias.

- **Rose**

Trata-se de uma adolescente de 19 anos muito simpática e comunicativa, que, paralelamente à questão da Aids em sua vida, já teve que enfrentar muitas outras “barras”. Sempre que ouço de novo suas histórias ou me lembro dela se expondo verbalmente, fico com a impressão de que todos os seus relacionamentos, seja com os familiares, seja com o namorado, que foi seu companheiro por muito tempo, foram sempre conturbados, com as pessoas lhe omitindo verdades importantes para ela. Encontrava-se inocente para muitas coisas, como para o fato de que o pai de criação de que tanto gostava era na verdade o seu pai biológico. E ainda, para aceitar “explicações” ingênuas, como a de que a gonorréia se pegava pela friagem nos pés (pés descalços), dadas por seu namorado. Ela por sua vez, transmite muita verdade no que diz. Expõe suas experiências com emoção e busca uma autenticidade consigo e com os outros, mesmo tendo pouca vivência de um retorno disso em suas relações. Agora, talvez com a Aids, tudo parece que se tornou o que realmente é. Tudo que tinha que saber veio à tona na adolescência, verdades e doenças. Porém ela não deixa de sorrir e de ter esperanças na vida e quer dar vãos aos seus projetos pessoais.

- **Lídia**

Poderia dizer que essa adolescente, além de muito bonita e simpática, que teve seu único filho aos 16 anos, é também muito madura. Talvez, de todas que eu

entrevistei, seja a mais crítica quanto ao que está vivenciando com relação à Aids e também com relação à vida de uma forma geral.

Lídia, atualmente com 18 anos, é soropositiva e no momento não faz uso de nenhuma medicação específica. Desde que soube estar com o vírus da Aids atravessou períodos difíceis, mas sem alterar sua rotina nos cuidados com o filho, nos estudos e no estágio escolar, dando andamento às suas atividades. Silenciosamente descobriu estar com o vírus e silenciosamente vive essa questão, tentando assim driblar preconceitos e reações negativas das pessoas. Por tratar-se de uma pessoa muito afetiva, no momento me parece que seu único medo é perder o amor de seu namorado, que diz ter certeza de que gosta muito dela, se falar para ele que tem o vírus.

Ela demonstra sempre em seus relatos saber o que quer da vida para si mesma e também para o seu filho.

- **Ana**

Praticamente a sua vida inteira, ainda que curta, 15 anos, Ana esteve envolvida com problemas de saúde. Várias doenças e internações. Parece que a rotina normal dela e de sua mãe é encontrar-se no meio hospitalar, entre uma consulta e outra, entre um exame e outro. Com meses de idade, em uma transfusão sanguínea, foi contaminada pelo HIV. Quando alguns familiares no decorrer de aproximadamente 3 anos já sabiam sobre o diagnóstico de Aids, ela, na época com 14 anos, descobriu ao assistir uma reportagem de TV o que realmente tinha e a partir daí coisas importantes aconteceram em sua vida.

Acredito que, devido a essas experiências, saber que estava com a Aids não lhe causou um impacto tão grande quando soube. Às vezes, tenho dúvidas se Ana tem a noção do que realmente está acontecendo com ela ou não.

No seu falar, expressando seus pensamentos, se mostra ora madura, ora infantil, como reflexo de uma infância e início de adolescência mesclados de riscos à vida, estando sempre envolvida com tratamentos, novas doenças. Mas, com tudo isso, é muito mais alegre do que triste, sendo solidária com os amigos (outros

pacientes do hospital) e continua seus estudos no momento, dando aulas particulares para crianças. Gosta da vida e passa isso quando consegue desfazer os momentos de tristeza que a apertam. Como “apertou” no início de nossa conversa, mas que logo relaxou, à medida que foi falando e se envolvendo com as coisas que dizia, com suas experiências, sem desvalorizar-se.

- **Nina**

Vi nessa adolescente a beleza do rosto, do corpo. Muito cuidado com as roupas que as meninas de sua idade usam. Está atualmente com 18 anos.

Observando essas impressões através de sua aparência, percebo que não tem muito estudo, que se expressa verbalmente com dificuldades, articulando com alguma dificuldade seus pensamentos. Superava isso com uma extrema simpatia e espontaneidade, se esforçando para dar suas respostas com a sua autenticidade no que refere a expor seus sentimentos na vivências de suas experiências. Não pensa e não quer pensar muito sobre o mundo. Sua vida particular já lhe toma muita atenção. Tem o apoio de sua família e de seu namorado, e só isso conta para ela no momento.

- **Vera**

Vera deixou bem claro desde o início que quanto menos entrar em contato com a Aids melhor. Resistiu um pouco a dar a entrevista, embora demonstrasse presteza, e pude observar posteriormente o seu incomodo de falar e pensar no assunto.

Essa adolescente de 18 anos preferiria não falar nada sobre ser soropositiva com alguém, nem passar pelo hospital onde se trata, é o que passa em sua postura.

Vera é muito bonita e tem um corpo perfeito, bem delineado. Está muito bem no momento, não fazendo uso de medicação específica. Sua expressão facial, a postura de seu corpo é única, sem relaxar, sem descontraí-la, revelando ser muito ansiosa. Parece que nada pode atrapalhar seu propósito de viver, viver e viver. Não

quer pensar no momento, além de curtir sua vida e seu namorado. Sempre leva o rumo da conversa para tal e só aí se descontra um pouco.

Às vezes fica muito visível para qualquer um que o que está falando não é o que realmente faz. Assim, os minutos exigidos para a entrevista, que em princípio concordou fazer, lhes foram longos, pois entrava em contato com coisas de que não queria falar. Mas ao final ela mesma admitiu que foi importante para ela comentar o assunto.

- **Lia**

Esta adolescente parece que rompeu com alguma coisa em sua vida após conseguir realizar essa entrevista, ao menos naquele momento. Em princípio foi difícil o seu comparecimento ao hospital após ter dado o sim para a realização da entrevista.

Na primeira vez, Lia, de 16 anos, foi embora do ambulatório sem avisar nada a ninguém, sem pegar o resultado de um exame que havia feito. Surgiu a hipótese de ter medo de falar alguma coisa, pois namorava um traficante, que já morreu, e com o qual tem uma filha de 6 meses, temendo alguma consequência negativa.

Esperei dois meses para reencontrá-la. Estava com sua filha nesse dia, mas mesmo assim conversei com ela e tentei fazer a entrevista. Só em mencionar a palavra Aids, chorava muito. Paramos a entrevista e conversamos um pouco. Estava também preocupada com a filha, com o resultado do exame dela. Parecia muito só, com muita dificuldade para se expressar e de ter alguém para conversar com ela sobre suas vivências, sem que ouvisse acusações, repreensões. Parecia estar sofrendo com muitas coisas, e também com “essa Aids” que não sabia muito bem o que era. Combinamos de nos encontrar em um outro dia e vimos a possibilidade de ela vir só, sem a filha.

Levei o caso para a médica, que no mesmo dia a encaminhou para o grupo de adolescentes com as psicólogas do hospital, do qual participou pela primeira vez. Depois eu soube por outra adolescente que ela chorou muito na reunião.

Faltou ainda à segunda entrevista por doença da filha, o que foi confirmado pela mãe dela. E no dia remarcado compareceu juntamente com a filha. Dessa vez observei que estar com a filha lhe dava uma certa segurança e queria também que a menina nesse dia fosse consultada lá devido aos problemas de saúde que estava apresentando. Nessa ocasião eu já sabia que o resultado da menina havia sido negativo, e ela também, motivo pelo qual se encontrava mais tranqüila.

A entrevista se deu nos jardins do hospital, o que facilitou a todos, pois ela ficou mais à vontade e sua filha após brincar, acabou dormindo. Senti, ao final da entrevista, um olhar mais aliviado, uma pessoa surpresa com a quantidade e qualidade das coisas que disse.

Foi muito bom para ambas essa entrevista, que fechou um ciclo desse meu trabalho de pesquisa.

2.7 - Os Sujeitos de nossa pesquisa

Desenvolvi meus estudos com adolescentes do sexo feminino vivendo com HIV-Aids, que se encontrava na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos, participantes da clientela do ambulatório de Alergia e Imunologia do HUGG.

- **Idade**

No caso da nossa pesquisa, as adolescentes entrevistadas, em número de 6 (seis), tinham as idades de 15 anos (2), 18 anos (2) e 19 anos (2).

Para este trabalho nos baseamos na classificação etária apresentada pela OMS para o período da Adolescência, sendo este de 10 a 19 anos. O início da adolescência, que compreende as idades de 10 a 14 anos, coincide com as mudanças provocadas pelo processo da puberdade. E sua finalização, transcorrida nas idades entre 15 e 19 anos (adolescência propriamente dita), abarca grande parte do processo de crescimento e desenvolvimento morfológicos das pessoas. A adolescência, nessa conceituação, aparece ligada às mudanças físicas, psicológicas e cognitivas que guardam relação com o processo de tornar-se adulto (OPS, 1995).

- **Gênero**

Quanto ao fato de estarmos trabalhando com adolescentes do sexo feminino, este se dá sob uma perspectiva de gênero. Buscamos estudar as relações entre homens e mulheres a partir da dimensão da divisão, da diferença, que estabelece socialmente uma condição de inferioridade da mulher e que segmenta, por sua vez, todos os seus espaços de atuação em favor de um poder masculino.

Sabemos que as teorias que enfocam a categoria gênero podem vir seguidas de explicações de diversas ordens, que, de acordo com a abordagem dada, trilham uma linha biologicista, econômica, divina, mitológica, etc. Porém, nesse trabalho iremos nos ater à teoria da construção social do sexo, para desenvolver nossas análises dentro da temática aqui apresentada.

Pensarmos como as desigualdades entre o masculino e o feminino foram construídas, a partir de dinâmicas culturais sobressaídas predominantemente de uma orientação patriarcal, pode nos fazer rever nesse exercício outras desigualdades como a de raça, idade, etc.

Desta forma, seguindo essa linha de pensamento, nos será possível aproximarmos de um dos objetivos desta pesquisa, que é o de apreender esses contextos para entender melhor as implicações de algumas questões interpostas às adolescentes que vivem com HIV-Aids.

Rebeca de Los Rios, em seu artigo “Gênero, Saúde e Desenvolvimento: um enfoque em construção”, nos diz que o papel da Saúde como critério de equidade entre os sexos foi um tema pouco tratado durante o integracionismo, ou propriamente na década de 80.

“No marco das estratégias para combater a pobreza e as necessidades básicas, as políticas de saúde começaram a dar prioridade às mulheres (mães) como um grupo de risco ou grupo vulnerável, as quais, junto com crianças, os incapacitados e os anciãos, foram consideradas grupos socialmente “fracos”, quase desprovidos de capacidade para decidir conscientemente sobre qualquer projeto de desenvolvimento em matéria de saúde” (Rios, 1993).

De acordo com a autora referida acima, as políticas e estratégias do enfoque para promover a igualdade e a participação da mulher caíram, em alguns casos, ficando subordinadas às estratégias para combater a pobreza e às medidas de ajuste estrutural, sendo ignoradas na políticas públicas globais e setoriais. O enfoque primordial era o da saúde da mulher na sua função reprodutiva para garantir a saúde da sua descendência tanto biológica como social.

“(...) no início da década de 90, começa a gerar um pensamento renovador sobre o desenvolvimento que incorpora novas categorias de análise: desenvolvimento humano, desenvolvimento sustentável, equidade, diferença e diversidade, poder, modernidade, democracia, gênero no desenvolvimento”. (Rios, 1993)

Destaco um pensamento que considero central nessas discussões e que se encontra na publicação “Guerra dos Gêneros & guerras aos gêneros”, de Suely Rolnik (1996).

“A miscigenação contemporânea requer que mudemos o princípio que rege nossos processos de subjetivação, depurando-o dos resquícios do modelo que reduz a subjetividade à representação, se quisermos ampliar nossas chances de processar a riqueza que temos em mãos. Ao lado da guerra dos gêneros é preciso cada vez mais levar uma guerra dos habitantes dos devires contra os adictos dos gêneros, inclusive e antes de mais nada, na arena de nossa própria subjetividade.”

2.8 - As técnicas de pesquisa

- **Entrevista**

As entrevistas foram nossos instrumentos de trabalho e elas transcorreram na seguinte modalidade técnica: semi-estruturada .

Este processo de entrevistas teve um caráter individual e foi conduzido a partir de um roteiro previamente elaborado (em anexo), segundo o qual as entrevistas seriam gravadas com o consentimento das entrevistadas.

O roteiro de entrevista abarcou em seu conteúdo variáveis de identificação (por ex.: nome, endereço, escolaridade) e questões-problema através de perguntas que buscavam alcançar tanto o conhecimento quanto as representações sobre a Aids e a violência junto às adolescentes. Daí nossa escolha pelo tipo de entrevistas acima referidas, isto é, a semi-estruturada.

Segundo Honningman (1992), a entrevista semi-estruturada consiste em uma combinação de perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições prefixadas pelo pesquisador.

- **Observação Participante**

Essa atividade se deu da seguinte forma: freqüência ao espaço (hospitalar) de estudo; observação da rotina vivenciada, nesse espaço; e produção de um diário de campo com observações detalhadas sobre o universo pesquisado.

Torna-se importante ressaltar que este trabalho de pesquisa contou com a elaboração de um Termo de Consentimento (em anexo), visando informar e garantir os direitos da pessoas entrevistadas.

Este procedimento atendeu às exigências do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública / ENSP, setor responsável pela integridade dos objetivos e práticas das pesquisas realizadas nessa Instituição pública.

O fato de estarmos trabalhando com adolescentes mereceu uma atenção especial desse Comitê, pois trata-se de sujeitos menores de idade, com legislação própria que pretende preservar a qualidade de iniciativas nesta direção.

2.9 - Análise

Utilizamos a proposta de interpretação qualitativa de dados baseada no Método Hermenêutico-Dialético. Com este método pretendemos atingir a realidade dos atores sociais em evidência nesta pesquisa, privilegiando principalmente a linguagem, pelo fato de esta expressar seu cotidiano social, histórico e afetivo e por guardar uma forte relação com a ação (práxis) dos sujeitos, no processo de se constituir subjetivamente e coletivamente.

Minayo (1992) propõe dois níveis para a interpretação do método hermenêutico-dialético: o *primeiro* é o do contexto sócio-histórico do grupo social a ser estudado; e o *segundo*, consiste no encontro com os fatos surgidos na investigação (as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais).

Tendo em vista sua operacionalização, o método compreende os seguintes passos: (a) *ordenação dos dados*, que pressupõe um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo (transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação participante); (b) *classificação dos dados*, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações para identificar o que seja relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). A partir disso, elaboram-se as categorias específicas, o que permite determinar o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação; (c) *análise final*, na qual se procura estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões levantadas por esta pesquisa com base em seus objetivos e promovendo, assim, relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

III- ADOLESCÊNCIA E AIDS NA ATUALIDADE

3.1- Adolescência

Percorrendo diferentes tempos na evolução das sociedades, até chegarmos à atualidade, localizamos referências aos termos infância, adolescência e juventude desde a Antigüidade.

Essa subdivisão conceitual de uma certa forma sempre existiu. Porém, há que se analisar cada momento histórico-cultural, para se alcançar a dimensão de como cada uma dessas categorias se fazia representar em diversos contextos sociais.

Com relação à adolescência, encontramos a seguinte descrição em um texto da Idade Média, “Le grand propriétaire de toutes les choses”, mencionado no livro *História social da criança e da família*:

“Depois segue-se a terceira idade, que é chamada de adolescência, que termina, segundo Constantino em seu viático, no vigésimo primeiro ano, mas segundo Isidoro, dura até 28 anos (...) e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar, disse Isidoro. Nessa idade os membros são moles e aptos a crescer e a receber força e vigor do calor natural. E por isso a pessoa cresce nessa idade toda a grandeza que lhe é devida pela natureza”.
(Phillipe Ariès,1992)

Particularmente, uma conceituação da adolescência mais próxima de como a entendemos hoje data do final da Idade Moderna. Antes de uma caracterização

dentro de uma margem de idade, incluindo nesse processo aspectos cognitivos e afetivos, a adolescência, quando mencionada, remetia-se aos aspectos biológicos (caracteres da puberdade) e jurídicos.

O que ocorria com mais freqüência antigamente era o reconhecimento do desenvolvimento humano, com bases em necessidades de aprendizagem e nas evidências dos conflitos e mudanças, só com relação à infância e à juventude, e isso de uma forma rudimentar e indiscriminada em princípio, por diversas razões.

O pressuposto teórico de que no século XVI a sociedade tinha uma consciência clara da diferença cultural entre infância e juventude foi levantado por Schindler em *História dos jovens*, chamando-se a atenção, porém, para o fato de que essa distinção

“(...) correu o risco de ser primeiro sobreposta e depois inteiramente cancelada pela dicotomia neo-patriarcal-autoritária entre emancipados e não-emancipados, entre responsáveis e privados de responsabilidade, levada adiante de modo generalizado na esteira das argumentações da Reforma”. (Schindler, 1998)

Os jovens, de uma forma geral, deflagravam nas sociedades que compunham reações ambivalentes. Se por um lado suas qualidades de força, vigor e beleza eram, nos discursos, realçados e tidos como símbolos positivos, por outro, provocavam medo frente às estruturas consolidadas socialmente e que tinham, em seus representantes políticos e culturais, focos de resistência às mudanças. O entusiasmo dos jovens era temido e posto em destaque na sociedade, até certo ponto como perigoso. Assim, fundamentados nestas argumentações, os que lhes eram hierarquicamente superiores justificavam as tentativas de conter seus avanços na vida pública. Até hoje, um certo descrédito é encontrado em relação aos adolescentes. Não é que não seja reconhecido o valor de algumas de suas declarações quanto às questões que seriam comuns a todos, mas registra-se ainda uma resistência a elas, pelo que possam representar em termos de perdas individuais e dos grupos dominantes, em favor de um coletivo.

Localizamos, em todos os tempos, rituais de entrada e de saída nas experiências dos jovens, em sua passagem para a vida adulta. E estes rituais traduziam algumas

vezes a aquisição da maturidade que se esperava dos jovens em matéria de casamento, formação de família e iniciação ao mundo do trabalho.

“Se forem resenhados os fatos sócioeconômicos conhecidos seria possível concluir que nos primórdios da Era Moderna existia sem dúvida uma consciência clara da fase juvenil entendida como período distinto da vida, captado não tanto enquanto moratória social e sim como fase de transição funcional no sentido dos ritos de passagem, ou seja, no sentido de uma progressiva familiarização com as condições da vida adulta; e que, portanto, faltava uma clara subdivisão nos grupos etários organizados em base numérica, como naquela que estamos habituados a adotar, condicionados pelo moderno sistema estatal”. (Schindler, 1998)

Os jovens sempre tiveram sua organização social, afetiva e cultural própria. Percorrendo várias produções literárias, sabemos muito mais das atividades grupais de jovens do sexo masculino: de suas farras, brincadeiras, violências. Seu lugar na dinâmica das sociedades era o da braveza, das algazaras, dos guardiões das moças, daquelas mesmas que iriam eleger posteriormente para se casarem. Portanto, as atividades produzidas pelos jovens do sexo masculino eram mais externas e coletivas. As meninas, eram preparadas para serem prendadas quanto às atividades da casa e da família, com exceção de algumas sociedades. De certa forma, essa divisão de sexos persiste ainda, ganhando, no mundo contemporâneo, outros significados culturais e novas posturas em face deste fato.

O termo jovem foi mais usado até o momento neste texto basicamente por dois motivos. O primeiro se deve ao cuidado com uma exposição dos períodos da história que se mostram suscetíveis (sem nos atermos a todas as razões aqui para tal, mas apenas marcando que essas razões foram variadas nos tempos que transcorreram até a atualidade) a uma diferenciação conceitual entre adolescência e juventude, contudo sem ser tão generalizada e compartilhada socialmente com base na discriminação como vemos hoje.

Devido aos critérios interligados a cada época, ainda que englobando em sua dimensão prática e teórica os adolescentes, o que preponderou por muito tempo na história foi um tratamento de jovens para todos os que se irrompiam em um crescimento físico e mostravam-se em transição para um mundo adulto.

O segundo motivo que aqui destacamos é o de entendermos que dessa forma é possível identificarmos melhor algumas referências às mudanças que nos permitem hoje não só mencionar o termo adolescência, mas também reconhecermos uma abordagem que a torna uma categoria própria, embora relacionada as outras categorias da infância e da juventude.

Neste trabalho não foi possível nos aprofundarmos em uma análise mais detalhada dessas mudanças, portanto, independentemente de não contemplarmos todo o material necessário para elucidarmos as transições dessas categorias e termos a clareza de como suas margens foram sendo delineadas segundo critérios de cultura, idade, etc., queremos mostrar uma questão que em nossa opinião perpassa todo o contexto dessas mudanças conceituais e que nos permite refletir sobre a natureza dessas mudanças. E essa questão encontra-se retratada na seguinte passagem:

“A questão da existência da juventude e da adolescência no começo da Era Moderna, assume contornos diversos e mais preciosos, só no momento em que se põe o problema de qual consciência de si teriam os jovens e de quais formas autônomas de organização de si dariam, tornando-se seriamente a dimensão cultural de sua auto-definição”. (Norbert Schindler, 1998)

Podemos extrair do texto acima que no domínio do que se define como adolescência e juventude não estão presentes somente forças que visualizam essas categorias por um ângulo externo em uma tentativa de demarcá-las. Estão presentes também aquelas advindas das manifestações de pessoas que entendem esses períodos da vida através de suas próprias experiências e que, se se permitem ao prazer e brincadeiras, também passam por dúvidas, julgamentos e críticas de si próprios e fazem questionamentos sobre o que querem do seu tempo. E quando imbuídos de questionamentos e/ou críticas, as ações decorrentes destes podem retornar ao meio influenciando hábitos, pensamentos de uma época que não necessariamente é aquela dos que investiram em mudanças, mas geralmente essas são idealizadas na adolescência e juventude das gerações que as antecederam.

Dessa forma consideramos importante ressaltar em nossas reflexões não só os aspectos culturais nas mudanças acerca dos acontecimentos que marcam a

adolescência, mas ainda os fatores estruturais e que são internos aos sujeitos, guardando uma relação com a subjetividade que cada vez mais vemos ser alvo de investigações em nosso meio científico. E creditamos esse fato à sempre atual emergência e a influência dos aspectos subjetivos na vida das pessoas, os quais qual revelam dinâmicas que também são peculiares à idade e se impõem por sua vez nas experiências dos sujeitos.

Após essas reflexões introduziremos mais particularmente algumas considerações sobre a adolescência, contemplando um pouco a origem deste termo e a ordenação de seu espaço na sociedade até a atualidade.

A adolescência, palavra de origem latina que significa crescer, mudar, nem sempre teve a representação simbólica que temos dela hoje. É possível identificarmos diferenças na sua compreensão como um conceito, mas também não podemos falar de uma adolescência apenas. Esse fato torna-se caracterizado em qualquer época, uma vez que o critério da realidade, havendo diferenças de classes políticas, econômicas e culturais, impõe vivências distintas às pessoas, de acordo com o lugar em que se encontram na sociedade. Com base nessas diferenças, os adolescentes têm uma representação de si e da sociedade baseada em uma visão particularizada de suas experiências e de acordo com sua história de vida. A vivência da adolescência para uma pessoa da classe média-alta é diferente daquela de uma pessoa pobre, se considerarmos os fatores externos, que facilitam, à primeira, acesso à educação, à cultura dominante, aos meios de saúde, etc. É “a lógica da exclusão das camadas inferiores da nossa ordem econômica, política e cultural em todos dos níveis” (Luz, 1993).

E como se deu o corte das idades? O que contribuiu para se chegar a uma subdivisão etária no processo de desenvolvimento humano? O que se seguiu a essa divisão etária? É o que nos perguntamos hoje. Voltando nossas digressões ao século XVII, temos o conhecimento de que se conservava naquela época o hábito escolar medieval de ensinar conjuntamente crianças e jovens. Porém, mesmo de uma forma rudimentar e sem consciência da divisão por idades, já se buscava fazer uma distinção entre crianças e jovens. A partir daí, chegou-se à idéia de uma primeira infância que durava até os 10 anos, quando as crianças eram mantidas fora

da escola. Após completarem 10 anos, as crianças entrariam no período da infância escolar. Com relação às idades superiores a 10 anos, continuou havendo uma indiscriminação na freqüência às salas de aula, e esse procedimento foi mantido até o século XVIII e o início do século XIX, não havendo uma distinção nas salas entre 2ª infância (12 a 13 anos), adolescência (15 a 18 anos) e juventude (18 a 25 anos) (Ariès, 1992).

Adolescência e juventude eram duas categorias muito confundidas, e esse fato começou a se modificar no fim do século XIX.

Ao sobressaírem-se opiniões contrárias a essas indiscriminações no espaço escolar, onde se afirmava haver uma necessidade de agrupar os alunos com base em alguns critérios, como, por exemplo, o da idade, foram se configurando, a partir dos ideais da burguesia, turmas discriminadas com relação a infância, adolescência e juventude. Segundo Ariès (1992), a difusão entre a burguesia de um ensino superior, da universidade ou de grandes escolas contribuiu para separar nas escolas os adolescentes dos jovens.

A abrangência de aspectos cognitivos e afetivos, nas idades que marcam a infância e a adolescência, se deve em grande parte a iniciativas da burguesia no âmbito escolar. Sua ideologia, apesar de na prática pelo que alcançamos nos fatos históricos, promover algumas segregações, principalmente de ordem econômica, reforçava o lema da escola para todos. No entanto, nem todos os adolescentes da época estavam nas escolas, pois encontravam-se inseridos nas forças de produção.

No final do século XIX e início do XX, com o incremento de teorias nas Ciências Humanas, a visão biopsicossocial da adolescência ganhou força, ampliando-se os conhecimentos científicos nessa área de estudos. Atualmente, além de um discurso jurídico, cultural e biológico com relação ao adolescente, temos também, abordando este tema, a Psicologia e a Psicanálise, Antropologia e Sociologia. E essas disciplinas podem se aproximar da realidade dos adolescentes, a partir de sua eficácia prática: leis específicas, garantias de direitos e indicação de programas de saúde e de educação, promovendo, desta forma, chances de eles se desenvolverem pessoal e culturalmente na sociedade em que vivem. A partir de demandas, expectativas, características e dificuldades que fazem parte da dinâmica de vida dos

adolescentes, podem, estas disciplinas, compor, em suas interações, um quadro com medidas e providências importantes ao seu crescimento subjetivo, físico e social.

Conta-nos Phillipe Ariès (1992) que o primeiro adolescente moderno típico foi Siegfried de Wagner (Alemanha), cuja música exprimiu a mistura de pureza (provisória), de força física, de naturismo, de espontaneidade, levando nesse movimento o adolescente a ser o herói do século XX, sendo considerado assim, este século, como o da adolescência.

“Tem-se a impressão, portanto, de que, a cada época corresponderiam uma idade privilegiada e uma periodização particular da vida humana: a ‘juventude’ é a idade privilegiada do século XVII, a ‘infância’ do século XIX, e a ‘adolescência’ do século XX”. (Ariès, 1992)

Através de dados estatísticos conferidos pela OPS (Organização Panamericana de Saúde, 1995), o grupo constituído de adolescentes com as idades entre 10 e 19 anos forma a quinta parte da população total das Américas e haverá um incremento nesta proporção, passando-se dos 133,5 milhões de adolescentes, em 1990, para cerca de 160 milhões no ano 2000.

Sobre este fenômeno, alternativas começam a ser pensadas, não só para avaliá-lo, mas para viabilizar ações que impliquem em melhores formas de lidar com ele no mundo. Com referência ao artigo “Rumo a um Novo Mundo” assinalamos sobre este fenômeno os seguintes aspectos:

“Os adolescentes de hoje, o maior contingente entre 10 a 19 anos de idade da história, vêm chegando à idade adulta num mundo bem diferente daquele em que cresceram seus pais.

Embora o ritmo das mudanças varie de uma região do mundo para outra e até mesmo na mesma região, a sociedade se transforma ampla e rapidamente, criando uma série vertiginosa de novas possibilidades e de novos desafios para juventude.” (The Alan Guttmacher Institute, 1998)

Levisky (1998) refere-se às mudanças acontecidas nas sociedades que marcam os dias atuais, da seguinte forma:

“As restrições impostas pela sociedade à liberação sexual estavam relacionadas, num passado recente, a questões morais, ao riscos de uma gravidez indesejada e de doenças venéreas. Hoje, a moral sexual é mais livre e compreensiva, o advento dos antibióticos e o aprimoramento dos métodos anticoncepcionais estimulam a liberação sexual. Em contrapartida, a grande restrição atual é conseqüente, ao peso da ameaça real ante a proliferação da Aids”.

No Código Civil Brasileiro, em vigor desde 1920, o adolescente de até 16 anos é considerado absolutamente incapaz para o exercício pessoal dos atos da vida civil (capítulo I; art.5º). Já aquele que tem mais de 16 anos e menos de 21 anos é considerado relativamente incapaz a certos atos (capítulo I; art. 6º). Aos 21 anos completos acaba a menoridade (capítulo I; art. 9º). Com a legitimação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, adotou-se no Brasil a classificação etária para a Adolescência, entre 12 e 18 anos, sendo que, enquanto lei, este Estatuto aplica-se em alguns casos para os jovens entre 19 e 21 anos.

O ECA (1990), como é conhecido o estatuto em nosso país, prioriza deveres da sociedade civil para com os adolescentes, buscando garantir os direitos e deveres destes, na tentativa de promover assim o seu desenvolvimento físico, social e psíquico.

Os artigos do ECA abaixo selecionados mostram bem a visão que se configura em nossa sociedade, a respeito da criança e do adolescente, a qual se apóia em projetos jurídicos:

Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento. (Livro I,Título I; art. 6º)

A criança e o adolescente tem direito à proteção, à vida e à saúde mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (Livro I,Título II; art. 7º)

Registros históricos ao longo dos séculos e extraídos da literatura, de documentos e das artes nos apontam, com freqüência, para uma aceitação por parte da sociedade (das pessoas mais velhas) da alegria e espontaneidade dos então considerados

“jovens”. Porém, essas mesmas pessoas, revelam por sua vez, ressalvas aos jovens, a partir da crítica a alguns comportamentos que lhes eram atribuídos (e, de certa, forma, os são até hoje), como por exemplo: a violência, a irresponsabilidade, a impulsividade, etc.

Um medo sempre cercou os pensamentos e as iniciativas dos adultos, portanto com poder de decisão, na direção dos adolescentes, pois estes tendiam a serem vistos como uma ameaça ao mundo estruturado política, social e culturalmente, conforme ideais mais conservadores. Assim, um movimento se constituía, inocente ou não, na tentativa de freiar os avanços dos adolescentes. E suas manifestações de força e vigor foram, por muito tempo, equivocadamente aproveitadas para levá-los à frente das guerras, a trabalhos físicos extenuantes em tenra idade.

Trata-se, em diferentes tempos, de não se levar em conta, com uma certa frequência, as possibilidades pessoais dos adolescentes de, entre si, nas atividades privilegiadas por este grupo (e nos arrebatamentos dos ideais e críticas próprios à idade), se organizarem e darem um significado particular a suas experiências.

Fatos como a revolução estudantil de 68, na França, e ainda no Brasil, como o da resistência jovem à Ditadura Militar, nos levam a pensar que os adolescentes, mesmo sendo considerados “menores”, quando empenhados em causas pessoais e/ou coletivas, sendo aceita sua participação e compreendida sua linguagem ao expressarem as coisas que vêem e vivem, podem apresentar pontos variados de reflexão à respeito dos problemas comuns em seu contexto de vida. Quando não aproveitada sua força (não meramente física), geralmente eles resistem de alguma forma a isso e costumam denunciar ou fazer críticas através de algumas produções culturais, como hoje constatamos, por exemplo, no estilo de música *rap*.

No universo de vida da adolescência, vemos cada vez mais ganhar força os movimentos que privilegiam, nesse período, os aspectos externos. Este espaço é geralmente invadido por marcas comerciais, produtos e máquinas que, compondo um processo extremamente rotativo e tendencioso, espera fazê-los crer ser esse seu único espaço de agir e existir; no futuro, na imagem, na ficção, no domínio de um programa de computador. Inúmeros estudiosos chamam a atenção para o fato de que atividades como jogos eletrônicos e computadores por si mesmas não são

negativas. A questão que apresentam é a da apropriação das coisas que são de interesse dos adolescentes, visando só fins financeiros, instalando novos consumos, sem ater-se ao que os expõe a alguns riscos de natureza física, pessoal e coletiva.

Fatores como o difícil acesso ao ensino universitário, o abandono da escolaridade para compor renda familiar através de trabalho não-qualificado, a precocidade das atividades sexuais, deixando os adolescentes expostos a inúmeras doenças e também à Aids, não são tratados com a mesma urgência e investimento, na maioria das vezes, pelos setores públicos e privados.

A idade média de iniciação sexual dos adolescentes, de ambos os sexos, apontada por várias pesquisas está em torno de 15-16 anos, tanto no Brasil como nos EUA e Europa (*Pais & Teen*, 1997). A mídia, ao lançar mão, em seus programas, do erotismo, o faz sem nenhum compromisso, geralmente, com a prevenção da gravidez ou das doenças sexualmente transmissíveis. Veicula-se, seja qual for o meio comercial utilizado, frequentemente só o aspecto do prazer. Os riscos e as conseqüências dessa prática sexual não são propagados na mesma intensidade.

Parece ser um consenso encontrado entre profissionais que trabalham com adolescentes que não correr o risco de investir em seu potencial para opinar, apontar idéias, participar no planejamento de seu futuro, deixa não só os adolescentes expostos a inúmeros riscos nocivos a eles, mas a sociedade como um todo.

Somos levados a reconhecer que as leis e os tratados nacionais e internacionais, diante do quadro que se configura, principalmente nos países em desenvolvimento, não são plenamente respeitados, não havendo um favorecimento dos itens que os compõem na dimensão de uma realidade prática. Porém, mesmo assim, a existência deles é um sinal de que é preciso olhar a pessoa do adolescente de forma a proporcionar-lhes familiar e socialmente mais condições de respeito e dignidade. É necessário que se atenuem então os exemplos de descasos que geralmente violam o seu direito básico de viver.

Os artigos 17º e 18ª, do capítulo II e título I do ECA, respectivamente, nos dizem que:

Artigo 17º: O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente,

abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.
(ECA, 1990)

Artigo 18º: *É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.* (Ibidem)

A adolescência, no referencial que já foi tornado público por diversos autores, não é imutável e nem universal. Porém, o/a adolescente sempre precisou e precisa ainda de apoio, segurança e boas condições de saúde e educação, considerando-se o fato de ele/ela ser um sujeito em vias de construção de sua identidade pessoal, sexual e afetiva.

Entre ser criança e adolescente, e daí tornar-se adulto, há crises e conflitos, há confrontos com o mundo ao redor, com as regras sociais e as figuras de autoridade. Mas estes aspectos podem ser vividos em todos os contextos de forma que não destruam as subjetividades que despontam. Como também, podem ser experimentados de forma que não se destruam as reações e as formas de lutar que lhes são próprias, e com as quais buscam, como todos, a sua individuação.

A força dos aspectos social e cultural na vida das pessoas é incontestável. Mas, essa não é a única que atua na estrutura psíquica dos sujeitos.

Sabemos que a infância nos acompanha na adolescência. Porém devemos nos perguntar também sobre o que se apresenta como significativo para os/as adolescentes dos gestos e iniciativas dos adultos, frente ao seu processo de expansão por outros caminhos que não o da infância, pois como nos afirma Aberastury (1981),

“o normal é que os adolescentes participem dentro das inquietudes que são a essência mesma da atmosfera social na qual lhes toca viver, e se conseguem a emancipação, não o fazem em busca de chegar rapidamente ao estado adulto - muito longe disto -, senão que necessitam adquirir direitos e liberdades similares aos que tem os adultos, sem deixar por isso sua condição de jovens”.

A adolescência é um período marcado por ambivalências, contradições e conflitos, mas essas evidências não configuram, *a priori*, um quadro patológico. Crises, confrontos com o meio familiar podem sinalizar atitudes saudáveis de quem

está buscando se diferenciar para crescer. A sociedade, a família, os adultos contribuem com este crescimento quando evitam atitudes meramente hostis às manifestações da adolescência, pois estas podem se tornar, em tese, em expoentes de transformações nas realidades interna e externa aos adolescentes.

Com esses apontamentos teóricos pretendemos sair dos extremos que se constituem em visões da pessoa do/da adolescente ora como problemática e criadora de confusões por onde passa, ora como salvadora do futuro, com todos os poderes para transformarem a sociedade, pelo simples fato de serem adolescentes. Perspectivas extremistas como essas podem não só distorcer a realidade dos adolescentes, carreando situações de riscos às experiências de vida que implicam em crises e demandas de afirmação, como também podem obstruir tanto um potencial de crescimento pessoal e social como um expoente de críticas e renovações aos pensamentos e ideologias em vigor em seu meio e tempo.

Como nos dizia Betinho, “o jovem não é o amanhã, ele é o agora (*Revista Pais & Teen*, ano 2, n.5, ago./set./out., 1997).

Entre uma e outra posição destacamos que os sujeitos na adolescência têm suas inseguranças e conflitos, podem falar ou fazer alguma coisa quando querem outra, que os seus pensamentos e posturas encontram-se mutantes, que podem agir não somente em desacordo com uma figura de autoridade, mas à margem dela, não vendo às vezes os limites e riscos para isso. E é pertinente reconhecermos também que há sensibilidade e razão na medida da maturidade alcançada por eles para refletirem sobre muitas coisas e apontarem críticas e soluções construtivas.

Sobre a adolescência, Blos (1985) nos aponta para o fato de que:

“não só apesar de, mas também devido a seu turbilhão emocional, com frequência propicia a cura espontânea das influências debilitantes da infância e oferece ao indivíduo a oportunidade de modificar ou retificar as exigências infantis que ameaçavam impedir seu desenvolvimento progressivo.”

Considerada sob o enfoque que a determina como uma passagem na vida das pessoas, a adolescência implica não apenas em modificações corporais típicas às variações etárias, mas também no despontar de novas formas de relação consigo e

com o mundo. Em um primeiro momento os adolescentes tentam diferenciar suas ações daquelas realizadas na infância.

Para Dolto (1988), o fato capital que assinala a ruptura com o estado da infância é a possibilidade de se dissociar a vida imaginária da realidade, o sonho das relações reais.

A respeito do corpo na adolescência ele muda de estatuto, principalmente porque a genitalidade passa a ocupar um posição dominante no sujeito (Rassial,1999). Há uma mudança essencial no valor deste corpo que se transforma, na qual o ser que vive essas mudanças pubertárias, fica sob um olhar privilegiado não mais de um dos pais, mas de um semelhante, vivenciando os pólos desejável e desejante (Dolto, apud Rassial,1999). Na adolescência há um encontro com a sexualidade, que, por sua vez, organiza para o sujeito sua posição nas relações consigo e com seu pares.

Há uma divergência quanto a sexualidade no homem e na mulher que se destaca na adolescência e guarda relação com a organização psíquica tal como se mostra num e noutro, pois “a adolescência não é a simples efetuação psíquica da puberdade fisiológica. Para a moça, a puberdade assinala o que pode ser visto pelo outro” (Rassial, 1999).

Acreditando também nos comportamentos vistos como patológicos na adolescência como expressivos de um momento evolutivo, Knobel ,citado por rappaport (1985), refere-se às características externamente patológicas como a “síndrome da adolescência normal”. Para este autor, é o experimentar adolescente de vários modelos de identidade neste momento que o leva a se tornar adulto. A respeito do envolvimento do adolescente com seu pares, na identificação com um determinado grupo e/ou líderes, o autor acredita representar o confronto com suas fantasias destrutivas, em um processo de ter, posteriormente, desta, o domínio (Knobel, apud Rappaport, 1985). Sobre a sexualidade do adolescente, Knobel a vê como exploratória, não integrando os prazeres da mutualidade e as responsabilidades concomitantes, típicas da genitalidade.

Uma questão levantada por Levisky (1999) a esse respeito é a de que “quando prevalece o prazer sensorial, sexual ou agressivo a vida afetiva e simbólica, o investimento de outras áreas da vida afetiva e do conhecimento torna-se empobrecido”.

Segundo Aberastury (1980), nos últimos anos os jovens impuseram à consciência do adulto a necessidade de compreendê-los. Ela também nos esclarece que:

“ (...) a qualidade do processo de maturação dos primeiros anos, a estabilidade nos afetos, a quantia de gratificações e frustrações e a gradual adaptação às exigências ambientais vão marcar a intensidade e a gravidade dos conflitos na adolescência.” (1980)

A tessitura que configurou, cada uma a seu tempo, as categorias hoje consideradas de adolescência, juventude e infância contou com o arremate da(s) história(s) no seio das culturas, das sociedades. As discriminações que ao longo do tempo permitiram que cada uma dessas categorias se tornasse distinta umas das outras, dando-lhes significações próprias, não desfizeram, contudo, as interligações entre elas, quando pensadas como passagens importantes na trajetória de vida das pessoas.

Ao refletirmos sobre o que representa a infância hoje em nossos inúmeros contextos culturais, considerando principalmente os países em desenvolvimento, ponderamos que, paralelamente aos ganhos por se terem estabelecido certos parâmetros com vistas ao alcance da maturidade afetiva, cognitiva e social das crianças, há muitas perdas na qualidade de vida delas como resultado da falta de planejamento de ações governamentais e de respeito às leis da infância que lhes garantiriam um desenvolvimento mais sadio e harmonioso, conforme pleiteado pelo ECA.

Com relação aos jovens, que pela classificação da OMS (1995) são todas as pessoas que se encontram na faixa etária de 15 a 25 anos, sendo para alguns autores as idades compreendidas entre 15-19 anos a adolescência propriamente dita, esse período da vida, de uma forma geral, seria o da progressão das escolhas profissionais e afetivas, da entrada no mercado profissional uma vez já completa a sua qualificação, entre outros.

Em linhas gerais, para ambos os sexos, na juventude é como se houvesse um avanço em uma maturidade pessoal, afetiva e profissional com vistas a usufruir de um trabalho desejado, de uma independência financeira e da possibilidade de se constituir uma família, de se crescer culturalmente, etc.

Colocando tanto a infância quanto a juventude no terreno prático que são as realidades nos meios socioculturais onde vivemos, principalmente dos países subdesenvolvidos, vemos que a crise econômica disparada por alguns grupos que lutam por acúmulo de poder e de riquezas, subordinando governos e as ações destes aos seus interesses, deprecia a qualidade de vida das pessoas que não participam desses grupos e que são a maioria da população, entre elas muitas crianças, adolescentes e jovens que vêem suas chances até de viver ameaçadas.

Na conta de uma ética que só privilegia o financeiro e que associa o mercado ao Estado para obter lucros para poucos, o que estamos presenciando constantemente são subtrações nos investimentos nas áreas da saúde e da educação, que por sua vez provocam o aumento dos números da miséria, da violência e de algumas doenças. E as crianças, os adolescentes e os jovens, principalmente de classes socioeconômicas menos favorecidas, sofrem com mais frequência os efeitos prejudiciais dessas questões.

Por mais que tenhamos a sensibilidade baseada nos conhecimentos que se ampliaram para a sociedade e para as famílias, para entender que uma criança precisa, entre outros, de alimento, proteção e estudo, ainda não revertermos, por exemplo, o quadro sinistro do trabalho infantil dentro das características de riscos que atualmente encontramos e vemos que muitas crianças, dependendo das atividades que praticam, são até mutiladas física e/ou psicologicamente. Poderíamos mencionar ainda a prostituição infantil, o trabalho no tráfico de drogas, a evasão escolar, pois a fileira de problemas envolvendo crianças parece que não pára de se ampliar.

Com relação aos jovens e aos adolescentes, o contingente entre 15 e 24 anos, pelo que nos informam dados estatísticos oficiais, é o mais atingido atualmente com a epidemia da Aids. As mortes em acidentes de carro e por armas de fogo têm uma estatística alta entre os adolescentes e jovens, principalmente do sexo masculino.

Esses fatos negativos que rondam as vidas das crianças, adolescentes e jovens não foram levantados aqui com o objetivo de invalidar os processos que deram a cada uma dessas etapas os estatutos da sua subjetivação. Pelo contrário, com esses recursos teóricos e com os programas e as leis que visam promover o

desenvolvimento desses sujeitos de forma integral, temos hoje mais condições de reagirmos as suas infrações em um tempo que não revela ainda vontade política para que este segmento da sociedade seja respeitado com a força que mereceriam.

Não se trata aqui neste trabalho de desvalorizar as outras idades, mas temos uma preocupação com cada ciclo de vida, de gerações que se iniciam, e que ultimamente têm se iniciado mal, arrastando os problemas que não estão encontrando soluções e que fazem se perder muitas vidas nesse processo.

Pensarmos a adolescência, hoje, nos aproxima muito mais de um cenário de lutas para garantir direitos do que do gozo das conquistas legais, fazendo-nos interligar estes fatos aos processos de afirmação e de reconhecimento de outras minorias de excluídos. Nesta pesquisa, temos adolescentes do sexo feminino com Aids, e assim nos perguntamos sobre essas subjetividades, suas lutas, seus direitos, suas demandas na sociedade.

3.2- Aids

As estratégias de ação sobre a Aids estiveram deslocadas por muitos anos na direção dos homens, mais especificamente na questão do homossexualismo, e com relação às mulheres, inicialmente, só as profissionais do sexo eram referidas nas pesquisas e campanhas publicitárias oficiais, sendo que uma abordagem do impacto da epidemia entre elas foi feito apenas na década de 90. O reconhecimento oficial desta questão iniciou-se mesmo em 1989, em Paris, com um encontro de agências para apoio às mulheres com Aids, o que contribuiu com uma série de publicações com este conteúdo. Em 1990, mais especificamente no dia Internacional de Luta contra a Aids, 1º de dezembro, essa temática teve o reconhecimento merecido, pois o evento versou sobre “a mulher e o HIV-Aids” e, ainda, em 1992, em Amsterdã, aconteceu a 8ª Conferência Internacional sobre a Aids, que em seus objetivos possibilitou o aumento da atenção profissional à saúde da mulher (Berer, 1993). A partir desses fatos, vários projetos para estudo e atuação nesta área foram implementados por organizações governamentais e não-governamentais, em diferentes países.

Dois fatores socioeconômicos se juntam hoje ao novo panorama da epidemia da Aids no Brasil e em muitos países: o da pobreza e o nível de escolaridade das pessoas vivendo com HIV-Aids. Temos o aumento da infecção entre a população mais pobre e também com baixo nível educacional. Segundo dados recolhidos no Boletim DST/Aids (SES/RJ, 1998), no Brasil, a maior parte das pessoas com Aids diagnosticadas no início da epidemia tinha o segundo grau ou nível universitário, o que mudou hoje, quando 60% das pessoas que têm Aids fizeram somente o primeiro grau escolar.

Movimento similar ao acontecido no final dos anos 80, que trouxe à luz a situação alarmante da contaminação da Aids em mulheres, pode ser encontrado hoje na direção dos adolescentes, pois o aumento do número de casos entre os mesmos está provocando reações em diversos setores da sociedade, na tentativa de conter o avanço da doença neste grupo. Governo, organizações religiosas, escolares, e comunitárias, ao criarem estratégias de prevenção da Aids entre os adolescentes, já sensíveis quanto à questão de que a informação requer abordagens próximas à realidade de cada grupo-alvo de suas iniciativas, buscam atualmente conhecer os interesses e necessidades dos adolescentes. A partir disso, elaboram atividades e materiais de cunho educativo nos quais temas como sexualidade, contracepção, sexo, uso de drogas e relacionamentos são tratados sob a ótica dos adolescentes.

A realidade da desvalorização dos adolescentes gera reações nos adultos ao seu redor, que tendem a inutilizar forças que seriam de renovação e transformação da sociedade. O estímulo à participação crítica e inovadora dos adolescentes nas discussões de situações que merecem nossa atenção, devido aos riscos e ameaças que produzem à vida das pessoas, sem alijá-los desse processo, só lhes ajudaria a conquistar recursos de conhecimento e comunicação para lidarem de forma satisfatória com os fatos cujos efeitos conhecem de perto, tais como a violência e doenças como a Aids.

O fato de os adolescentes estarem cada vez mais cedo iniciando sua vida sexual não se apresenta como indicador de que estejam experimentando essa situação, estimulados por conversas diretas e esclarecedoras sobre o assunto

em família, na escola, em instituições de lazer e cultura. E também não significa que estejam amparados por programas de saúde que lhes orientem e atendam suas demandas física e psicológica implicadas nas vivências da sexualidade e da prática sexual.

No lançamento das campanhas de combate à Aids da ONU, para o ano de 1999, realizado no Brasil, o presidente da Unaid (Programa das Nações Unidas para a Aids), Peter Piot (Jornal do Brasil, 25 Fev., 1999), declarou serem as atitudes preconceituosas em relação à sexualidade o maior fator de disseminação global da Aids entre adolescentes e jovens, pois os levam a ter relações sexuais mais cedo e, na maioria das vezes, sem proteção.

Em entrevista concedida a *Revista Pais & Teen* (ano 2, n.5, ago./set./out., 1997), Herbert de Souza, o Betinho, declarou que os programas oficiais destinados aos adolescentes eram, na ocasião, insuficientes para enfrentar o problema do avanço dos casos de Aids nessa faixa etária. Para ele, a prevenção deveria ser feita a partir dos primeiros anos de vida das crianças e, principalmente, na adolescência. Sugeriu, em tempo, um acionamento maior das Escolas nesse sentido.

Atualmente, vemos o problema tomar proporções preocupantes na adolescência e o identificamos interligados a outros fatos que também merecem atenção.

No Brasil há mais de 32 milhões de jovens entre 15 e 24 anos e, segundo fontes da Secretaria de Saúde de São Paulo e da OMS, apenas 30% dos jovens usam algum tipo de anticoncepcional na primeira relação sexual, ainda que 90% deles conheçam bem os métodos. De acordo também com essas fontes, um em cada dez adolescentes pensa que não se engravida na primeira transa. (*Veja*, 26 Jan., 2000)

No caso específico das adolescentes, é comum, nos países em desenvolvimento, que elas iniciem as atividades sexuais e a maternidade nessa etapa da vida. Em média, 8% das adolescentes casadas, nos países em desenvolvimento, usam camisinha, método efetivo na prevenção da disseminação do HIV e das DSTs, segundo dado de pesquisa do The Alan Guttmacher Institute

(1998). O uso de preservativos, entretanto, é maior entre as adolescentes solteiras. Ocorrem entre as adolescentes, de uma forma geral, sexualmente ativas, inúmeras dificuldades para a utilização de métodos contraceptivos, que vão desde um problema educativo, permeando as relações desiguais de gênero com o enfraquecimento do seu poder para as negociações do sexo, até o socioeconômico, limitando o poder aquisitivo para adquiri-los. Porém, seu uso hoje é maior comparado ao da década de 70, de acordo com pesquisa deste mesmo Instituto.

As adolescentes, especialmente as que ainda não completaram 15 anos, são mais propensas do que as mulheres maduras a experimentarem o parto prematuro, aborto e parto de natimorto. Essas mesmas adolescentes são ainda quatro vezes mais propensas do que as mulheres de mais de 20 anos de idade a morrerem devido a problemas relacionados à gravidez.

A Aids nos dias atuais vem se somar a este quadro que tem como pano de fundo um sistema econômico neoliberal que prevalece nos países em desenvolvimento e que se fortalece na destruição dos serviços públicos de saúde e de educação.

Prevenir, tratar e orientar-se quanto as possibilidades de ocorrências tanto positivas quanto negativas, considerando-se as variáveis de idade e sexo, que vão desde a experiência com o sexo e a sexualidade, o planejamento familiar, a escolha por um método que evite gravidez e/ou DSTs, até o conhecimento sobre a própria maturidade do corpo para uma ou outra atividade, com opções para uma gravidez ou aborto, vendo-se os riscos e as responsabilidades para tal, etc., são atitudes que estão ainda muito distantes da realidade prática dos serviços de saúde desses países, incluindo também o Brasil.

Com relação ao quadro de Aids entre os adolescentes brasileiros, onde se calcula que desde 1982 já foram diagnosticados mais de 20.000 casos de Aids nesse grupo, registra-se que, entre os de 15 a 17 anos, do sexo masculino, um total de 43% de casos pertencem a categoria usuários de drogas injetáveis (Castilho e Landmann, 1998). Considerando o sexo feminino, predomina no grupo de mulheres nessas idades a via de transmissão heterossexual. Castilho e Landmann (1998), a partir desses dados, concluíram que o compartilhamento de

seringas ou agulhas contaminadas, quando do uso de droga lícita ou ilícita por via parental, entre homens e mulheres, seguido da transmissão heterossexual do homem UDI infectado pelo HIV para sua(s) parceiras(s) sexual(is), constituem a principal característica da disseminação do HIV entre os jovens brasileiros.

Dados gerais acerca dos números da Aids entre as mulheres nos revelam que há uma relação entre o aumento da transmissão do HIV para as mulheres mediante o contato sexual com homens que se infectaram através do uso de drogas intravenosas nas regiões do Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, sendo que no Norte e no Nordeste do país já se configura um quadro diferente do descrito nas demais regiões, pois o paralelismo ocorria com relação a outras categorias de transmissão, como a homossexual, bissexual e heterossexual (Barbosa, 1999).

Metade das pessoas infectadas pelo HIV se contaminam entre 15 e 24 anos. E segundo Castilho e Landmann (1998), não há estudos sobre a prevalência de infecção pelo HIV entre pessoas dessa faixa etária no Brasil.

No Brasil a maioria dos casos de Aids se concentra na região Sudeste, porém como nos assinala Barbosa (1999), não há um só estado brasileiro que não tenha sido afetado pela epidemia e esta autora pondera ainda que a subnotificação de Aids é alta em todo o País, havendo variações desse procedimento nas suas distintas regiões, sendo provavelmente maior naquelas menos desenvolvidas, o que acarreta, segundo a autora, em um quadro de magnitude subestimada e um perfil pouco preciso.

“As estimativas de prevalência da infecção pelo HIV no Brasil, até bem pouco tempo, se originavam de estudos feitos entre grupos selecionados, o que fazia com que as inferências a partir desses dados fossem sumamente complexas. A partir dos primeiros resultados de um estudo de base populacional, Schercher estimou que uma em cada cem mulheres estaria infectada no Rio de Janeiro”.
(Ibidem)

Como nossas informações sobre a Aids se concentram mais entre os maiores de 24 e os menores de 15 anos, a título de esclarecimento, em menores

de 15 anos a transmissão perinatal é a principal forma de infecção desde 1988, chegando a 87,6% dos casos notificados em 1994 (Barbosa,1999).

O interesse de nossa pesquisa recai sobre as pessoas com idades entre 13 e 19 anos, do sexo feminino. Observamos que conta esta faixa etária, nas dimensões da atualidade, com limitado material de estudos e de informações precisas não só quanto aos dados da prevalência e da manifestação da doença, pensando-se com estes as vulnerabilidades físicas, sociais, sexuais e subjetivas para que a doença transcorra no ritmo acelerado atual, mas também quanto a formas de abordagem na prevenção e tratamento das DSTs/Aids, uma vez reconhecidas as situações vulneráveis, levando-se em consideração nesse processo as variáveis de idade e de gênero.

Pensando na via de contágio principal na adolescência, a sexual, Valéria Petri (1997), professora e médica do Hospital São Paulo, ressalta que os adolescentes são impelidos a ceder ao desejo sexual adulto. E ainda, sobre a propaganda pelo uso regular da camisinha, confronta a mensagem com a fantasia, e ignorância sobre as DSTs como um todo.

“A popularização da camisinha, digerida a duras penas mesmo pelas mães remanescentes de Woodstock I, não é a síntese dos meios de proteção, não é remédio para a ignorância. É um dos vários recursos - ainda assim, feito para os outros usarem”. (Petri, *Pais & Teen*, Ano 2, n. 5, 1997)

Estima-se que, no Brasil, 1 milhão de nascido vivos, a cada ano, têm mães com idades entre 10 e 19 anos. Números estes que correspondem a 20% do total de nascimentos vivos em nosso país, de acordo com dados da pesquisa sobre “Sexualidade e plano de vida na adolescência”, coordenada pela médica Albertina Takiuti e patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Um dos resultados dessa pesquisa que envolveu 2.400 adolescentes, é o de que 70% dos que já haviam transado não utilizaram nenhum método na primeira relação sexual (*Pais & Teen*, ano 2, n. 3, 1997).

Partindo de dados estatísticos mundiais anualmente, cerca de 14 milhões de mulheres entre 15 a 19 anos de idade se tornam mães. A maternidade entre as adolescentes é mais comum nos países em desenvolvimento, onde muitas vezes

cerca de 25% a 50% de jovens tiveram seu primogênito antes de completarem 18 anos de idade (Alan Guttmacher Institute, 1998)

Ampliando as perspectivas dessas análises no caso do Brasil, refletimos com Barbosa quando nos revela:

“A maioria dos estudos sobre o uso do preservativo realizado no Brasil se restringem a determinar sua prevalência e a identificação de alguns fatores preditivos de seu uso. Esses estudos, realizados sobretudo nas grandes cidades das regiões do sul e do sudeste, têm demonstrado que, em geral, a informação básica sobre a Aids já está difundida, sem que isso implique em sua utilização.” (Barbosa, 1999)

O que estamos querendo mostrar, embasados nessas reflexões, saídas não apenas dos dados numéricos mas dos fatos que desenham esses dados, é que o meio mais eficaz para a prevenção das DSTs/Aids é pouco usado e quando a utilização do preservativo se faz presente sua função é preponderantemente contraceptiva.

Têm-se as informações, mas elas não se articulam, através das pessoas, estratégias de ação para que não venham a se contaminar com uma ou outra doença. Quando a ação concreta parece não se afinar ao conhecimento, diante dessa observação nos lembramos que há expoentes do simbólico e do imaginário atuando no jogo das relações das pessoas, consigo e com o(s) outro(s), influenciando uma ou outra dinâmica interativa. E nesse processo de viver os riscos quando temos informações sobre eles se associam fatores socioeconômicos, culturais, ético-morais, afetivos, e porque não dizer, humanos.

E sem perdemos de vista nossas adolescentes, queremos saber como elas percebem essas relações vivenciadas no mundo, como as refletem e o que esperam e/ou pensam que esperam delas nas dinâmicas da vida, que não poupam nada a elas, nem as experiências boas nem as más. Vivem como qualquer pessoa de qualquer idade o sexo livre, confrontam-se com gravidez desejada ou não, experimentam muitas vezes a maternidade ou a afastam de suas vidas com abortos, em países como o nosso, clandestinos, e quase sempre com profissionais desqualificados. Ainda acrescentamos, como um corte

transversal a essas experiências às relações desiguais de gênero no que se refere a uma desvalorização de um dos sexos, a precariedade dos serviços de saúde, os conflitos dos pais dessas gerações atuais que tentaram mudanças nos relacionamentos e hoje vêem os seus filhos envolvidos com os resultados dessas mudanças e temos ainda os altos e exclusivos investimentos comerciais no aspecto de consumo dos adolescentes.

Viver parece que se transformou em uma sucessão de riscos e a Aids surge como mais um deles. Referimos-nos a uma irresponsabilidade dos adolescentes, criando uma estereotipada adolescência rebelde, que é mínima perto da irresponsabilidade maior que, com o respaldo do Estado, faz da violência uma marca histórica de nosso tempo e que está vinculada, entre outros, aos crimes contra a saúde e educação das pessoas e à falta de respeito às individualidades com as omissões frente ao que estas demandam para se desenvolverem.

Para Barbosa (1999), junto ao fato de que a epidemia pelo HIV ataca preferencialmente às mulheres jovens, está a importância que a transmissão sexual do vírus tem na dinâmica de sua disseminação na população feminina, no gerar uma série de desafios em matéria de saúde sexual e reprodutiva e no ter reavivado outros mais que segundo esta autora tem sido escassamente enfrentados.

A progressiva disseminação da epidemia do HIV/Aids entre as mulheres no Brasil acarretou mais problemas a uma situação de saúde que já era precária, principalmente com relação aos aspectos da sexualidade, reprodução e da assistência dos serviços públicos de saúde (Villela e Barbosa, 1996)

Para Vera Paiva (1996) os números de gravidez e da Aids reelaboraram a sexualidade adolescente ressignificando-a como um problema social, mas esse processo encontra-se sendo promovido em nosso meio cultural, reforçando o medo do exercício sexual adolescente. Como um caso de saúde pública, a Aids na adolescência, não está livre, segundo a autora, de avaliações de natureza moral. Surgem, frente as estatísticas, muitos apontamentos para os aspectos negativos da sexualidade nessas idades. Porém, ela nos leva a refletir que um movimento

de análise só nesta direção já se mostrou ineficaz no controle e prevenção de gravidez e/ou doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes.

*“O que precisamos pensar na década de 90, é se essa estratégia é ainda necessária: mas que a vitória de uma visão mais liberal de sexualidade, a emergência da Aids, **principalmente, convenceu a todos que falar e educar sobre sexo é necessário e urgente**”. (Paiva, 1996)*

Sobre as informações acerca de sexo e prevenção da Aids, a psicóloga Rosely Sayão entende que os adolescentes conhecem muito a respeito desses assuntos. Porém, por serem impulsivos em sua dinâmica de vida e não terem ainda responsabilidade suficiente para se relacionarem sexualmente de maneira segura, os adolescentes não transferem esses conhecimentos para sua prática (Revista Época, 12 abr., 1999).

Existem preocupações da parte dos adolescentes que acabam por tomar seu espaço de atuação, reflexo de seu momento evolutivo, e que tem a ver com atributos corporais, desempenho sexual satisfatório, conquistas afetivas.

Muitas reflexões podem ser feitas a partir dos dados numéricos e fatos que envolvem a Aids na adolescência. Porém, a que se mostra útil neste momento é a de que, na adolescência é difícil pensar que haja alguma possibilidade de se contrair o HIV-Aids, talvez mais do que em outras idades. E isso se deve a características encontradas nesse período que fazem com que os adolescentes vivam suas experiências contestando as barreiras impeditivas a sua satisfação. Características essas que também os fazem considerar sempre contornáveis os perigos, ainda que acreditem nisso utilizando recursos da fantasia.

Levar os adolescentes a encarar limites e fazê-los entrar em contato com problemas decorrentes de uma prática sexual sem uma responsabilidade, ou com outros comportamentos que os lancem a perigos reais a sua vida, é tarefa dos pais, educadores e profissionais de saúde. Trata-se, portanto, de se fazer isso não simplesmente reduzindo o exercício de sua sexualidade, ou outras dinâmicas peculiares à idade, à categorias a serem eliminadas quando na busca de soluções aos problemas que rondam os sujeitos na adolescência.

IV- UM OLHAR DE GÊNERO SOBRE A AIDS: A EXPERIÊNCIA DAS ADOLESCENTES

De acordo com o que foi visto no capítulo anterior, toda referência à adolescência exige análises que não se prendam apenas a uma delimitação etária. Sabemos que estão envolvidos na sua dimensão de vida aspectos culturais e socioeconômicos que originam ordenações simbólicas diferenciadas e afins ao contexto político, econômico e histórico das pessoas nessas idades.

Nesta etapa da vida, que também se articula à diversidade de experiências das pessoas, nos propomos refletir dentro de determinados espaços físicos e humanos, na delimitação do urbano e do rural, da pobreza e da riqueza e das diferenças de gênero, entre outros, pode nos permitir avançar em uma abordagem da adolescência em suas outras faces, além do subjetivo e do individual.

Sabemos que os números da Aids na atualidade apontam para seu crescimento entre os adolescentes e jovens, no mundo e também no Brasil.

Hoje é na direção dos adolescentes, das mulheres e da população pobre e com baixo nível de escolaridade que a epidemia avança mais aceleradamente. E a natureza das explicações para esse encaminhamento passa longe de uma redução a uma responsabilidade pessoal. A noção de prevalência de poderes desiguais nas relações de classes, raças, idades e gêneros não deve ser esquecida na análise desses quadros, pois dá-se efetivamente nos planos nacional e internacional, pessoal e coletivo.

No decorrer das décadas de 80 e 90 verificamos mudanças importantes na caracterização do avanço da doença entre as pessoas. E esse fato resultou das lutas de diversos setores de nossa sociedade que buscaram despolarizar das iniciativas de prevenção da Aids, a segregação, o preconceito e a ignorância.

Neste processo, do denominado “grupo de risco” atingindo-se a alteração por “comportamento de risco”, até chegar à categoria mais recente de vulnerabilidade na dimensão da Aids, verificamos que essas passagens não foram feitas de forma simples, sem conflitos de ideologias e sem confrontos com valores morais e culturais hegemônicos.

O conceito atual de vulnerabilidade abarca todos sem exceção, aproximando-se das suscetibilidades para que algumas pessoas, em determinado momento histórico, de acordo com suas condições de vida, estejam mais expostas, entre outras, a doenças como a Aids. Esta começa a perder força, dessa maneira, no movimento dessas transformações categoriais, como uma doença tipicamente de homossexuais e de prostitutas, toda vez que se fazem tentativas de reequilíbrio de forças atuantes em nossas sociedades, sem perdas para alguns.

Reações que marcam essas modificações desmistificam a culpa por determinadas opções e condições de vida, no que se refere aos domínios da sexualidade, da subjetividade e da cultura, diante do aparecimento de questões como a da Aids.

“Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV-Aids no início dos anos 90 tenha sido o esforço de superar essa contradição entre grupos de riscos e população geral, pela passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nossa compreensão da epidemia mas para qualquer estratégia capaz de conter seu avanço”. (Parker, in Ayres, J. R. et al., 1998)

Estima-se, de acordo com a UNAIDS, que cerca de 50% das novas infecções pelo HIV no mundo estejam ocorrendo entre adolescentes e jovens, perfazendo um total de 8.000 casos novos por dia (Jornal do Brasil, 25 Fev.,1999).

Nosso interesse nesta pesquisa volta-se para as adolescentes que vivem com o HIV-Aids. E esse assunto não deve ser tratado isoladamente, pois o que marca esta geração merece ser mencionado, dando luz ao estudo aqui proposto.

No que se refere à Aids, propriamente entre os jovens e adolescentes brasileiros, o que temos atualmente de dados quanto à distribuição proporcional dos casos de Aids, segundo o Ministério da Saúde, é que na faixa etária de 15 a 24

anos, segundo sexo e idade, entre 1980-1999, o maior número de casos está no sexo masculino. São 14.116 casos ocorridos entre pessoas do sexo masculino para 5.948 entre pessoas do sexo feminino (Boletim Epidemiológico-Aids, fev., 1999).

A proporção de casos de Aids entre homens e mulheres era em 1984, de 23M;1F, sendo atualmente de 2M;1F. O aumento de casos entre as mulheres nestas duas últimas décadas foi muito grande, o que resultou em uma referência de *Feminilização da Aids*, com base nos números alarmantes de seu crescimento nesta direção. Segundo Castilho (1998), no grupo de 15-17 anos a razão de sexo era de pequena grandeza desde o início da epidemia, chegando-se a razão de 2M/1F a partir de 1994, sendo que no grupo de 18-19 anos ela atinge a igualdade de 1M/1F em 1996/1997.

Torna-se importante, por sua vez, pensarmos, nesta pesquisa, em que contexto localizamos os dados estatísticos sobre a Aids na adolescência, e sempre concentrando nossas reflexões mais precisamente nas experiências das adolescentes.

De uma forma geral, o que marca o momento atual para todas as idades e também para as da adolescência são práticas do sexo de forma livre e desvinculada do casamento, são vivências da sexualidade segundo suas próprias escolhas de relacionamentos.

Essas mudanças por si sós não se traduzem no alvo de preocupações, pois elas se sustentam nas desconstruções históricas de valores, padrões de comportamentos, etc., instituídos socialmente.

Encontramos em nossos meios socioculturais disposições para se viverem as relações humanas, afetivas e sexuais sem os medos e as culpas impostas pelas idéias de transgressões morais que as precederam na história, principalmente com relação ao sexo. A sexualidade passa a ser compreendida em dimensões nas quais identificamos não só a reprodução humana, portanto, ela não se encontra articulada diretamente ao sexo, mas ao erotismo, a outras formas de se relacionar sexualmente.

Com Birman (1998) revemos que a reprodução biológica pode ser uma decorrência do sexual, mas a sua existência não é imediata ou automática a ela. Para este autor “a psicanálise problematizou a exigência reprodutiva da sexualidade, ao definir esta primordialmente pelo erotismo”.

No que diz respeito às mulheres, muitas lutas foram implementadas visando a diminuição das desigualdades sociais, econômicas, educativas e legais, que se estendem em níveis diferenciados até a atualidade. Entende-se com essas lutas que a ressalva das diferenças entre homens e mulheres não se constituam em pressupostos para se justificar um domínio masculino nas relações, o que gerou e gera ainda tantas susceptibilidades entre as mulheres, fazendo com que elas sejam alvos de inúmeras doenças e de manifestações de violência.

Heilborn (1998), acerca das mudanças sociais seguindo ideais igualitários, nos diz que estes explicitam-se na contestação da distinção de gênero como conformadora da unidade e da dinâmica conjugais, na afirmação da liberdade do exercício da sexualidade para os dois sexos fora dos parâmetros de uma relação estável, na proliferação de arranjos conjugais, na ampla aceitação do divórcio e na maternidade voluntária fora do casamento.

O que nos chama a atenção principalmente na adolescência é a vulnerabilidade quanto às drogas, às doenças sexualmente transmissíveis, à violência física e sexual e, no caso das adolescentes, à forte tendência nos tempos atuais a viver uma gravidez e maternidade precoces.

As informações sobre todas essas questões existem e os adolescentes têm acesso a elas, como eles mesmos dizem. O que nos perguntamos é como são propostas as suas investidas nessas idades e se são levadas em conta, em seu processo de elaboração, as diferenças de classe, raça, idade e sexo, por exemplo.

Deveríamos pensar, antes de tudo, em qual adolescente queremos atingir, isto é, qual o seu território físico e subjetivo, cultural e econômico, etc., para sabermos com mais segurança com que códigos de comunicação, de linguagem e de valores podemos abordá-lo.

No álbum elaborado pelo projeto “Trance essa rede” (1998), financiado pelo Ministério da Saúde e coordenado pelo Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual (GTPOS), encontramos um material muito interessante sobre adolescência e vulnerabilidade, o qual mostra estes temas na perspectiva dos próprios adolescentes. Algumas respostas ao fato de se estar vulnerável, dadas por adolescentes, são: *“quando acho que nada vai acontecer comigo”* e *“quando não*

tenho alguém confiável para me ajudar quando preciso". Com relação a gravidez, DSTs e Aids, as adolescentes se dizem vulneráveis; *"quando faço qualquer coisa para ele gostar de mim"*. E no caso das DSTs/Aids e gravidez indesejada, uma resposta encontrada é; *"estou vulnerável quando não sei como cuidar da minha saúde sexual"*.

Outros exemplos de falas de adolescentes do projeto "Trance essa rede", que visa, a construção de uma rede de ações educativas desenvolvidas por adolescentes multiplicadores, na área da sexualidade e prevenção das DSTs/Aids, poderiam ser dados, mas consideramos os mencionados acima como suficientes para ilustrar as questões que estão sendo estudadas em nossa pesquisa.

Um conhecimento que pode também nos fazer refletir sobre os números da Aids na adolescência é o que está referido circunstancialmente às situações das mulheres e que nos mostra que elas percebem a Aids como um perigo, mas pode ser que careçam de recursos pessoais, políticos, sociais ou econômicos para enfrentá-lo (Shedlin et. al, 1999).

Os motivos pelos quais a epidemia do HIV/Aids está aumentando rapidamente entre as mulheres, para Chiriboga (1999), são: a vulnerabilidade biológica das mulheres, pois sendo a parte receptiva no coito heterossexual, dessa forma uma grande superfície da mucosa vaginal se expõe ao semen, que contém uma maior concentração de vírus que o fluído vaginal, havendo ainda um risco maior entre as meninas ou mulheres adolescentes, cuja imaturidade genital impede que sua mucosa funcione como uma barreira efetiva contra os patógenos sexualmente transmitidos; a vulnerabilidade epidemiológica, e uma das razões para tal é que as mulheres tendem a ter relações sexuais e a casar-se com homens mais velhos, implicando isso no fato deles terem tido geralmente mais relações sexuais, havendo uma probabilidade maior de terem contraído o vírus da Aids. Também se pode explicar essa vulnerabilidade pelo fato de as mulheres serem transfundidas com maior frequência do que os homens, principalmente por razões obstétricas, fazendo-as contrair o vírus por via sanguínea; e por fim, a vulnerabilidade social, pois o comportamento sexual socialmente esperado é diferente entre os homens e as

mulheres, consistindo em muitos países uma prática de risco para a mulher ter relações sexuais com seu marido ou parceiro estável.

Não se constitui em nenhum fato novo, por si próprio, referirmo-nos a uma gravidez na adolescência. Mulheres de gerações anteriores às nossas eram mães geralmente nas idades de 13-14 anos. O que caracterizava esses tempos era o papel feminino bem demarcado socialmente na continuidade da espécie humana. A atividade sexual da mulher estava bem entrelaçada à função de procriar e, ao contrário de como a identificamos atualmente, ela só se dava após o casamento.

As mudanças, em princípio, que se sucediam a esse fato eram no sentido de ampliar os papéis das mulheres nos cuidados das crianças e da família, até mesmo por uma questão econômica que se criou. Algumas características neste bojo foram atribuídas a elas, como a de sensibilidade, humildade, fraqueza e que estavam sempre em oposição e em condição de inferioridade ao homem. As explicações sobre a “natureza” feminina, fundamentadas em ideologias religiosas, míticas, econômicas, etc., sempre lhe conferiram um grau de subalternidade ao poder masculino.

Trabalhos como o de Carvalho (1998) discutem a divisão dos sexos assinalando que a tendência de se pensar a identidade sexual como dada, como básica e comum através das culturas é muito poderosa, pois assenta-se em alguns dos pressupostos de nossa cultura ocidental, como o de que o corpo deve explicar as características do indivíduo que ele abriga.

Birman (1998), que apresenta a Psicanálise como uma teoria que propõe uma leitura da sexualidade, mas que não se modela nem pelos cânones da Ciência nem pelos da Filosofia, nos assinala que o discurso freudiano realizou a desconstrução da sexologia ao desvincular da sexualidade a lógica da reprodução. Para este autor:

“Ao colocar a pulsão na base da experiência erótica, Freud enunciou ainda a possibilidade de que a satisfação pudesse se realizar pela mediação de diferentes objetos, que não seriam absolutamente redutíveis ao registro da genitalidade.”

Fazendo referência ao peso dos movimentos feministas, as iniciativas para inverter o jogo de poder, no decorrer dos tempos favorável às demandas masculinas,

sempre ocorreram, variando, no entanto, as condições socioculturais para que as transformações por apoderamento das mulheres em várias linhas de atuação, ocorressem com menor ou maior força.

Nas décadas de 60-70 (principalmente nesta última), ocorreram mudanças significativas que representaram passos na direção de uma desestabilização das desigualdades, interpostas socialmente nas relações entre homens e mulheres. Registramos o surgimento da pílula (anticoncepcional), auferindo um *status* de sexo livre também para as mulheres. A prática sexual ganha novos significados, saindo do “cercado” da atividade reprodutiva. As investidas nos meios socioculturais se tornaram mais fortes, descobrindo as mulheres novos espaços que não o da casa, expandindo potenciais subjetivos e profissionais.

Sobre as políticas de população e os programas de controle da natalidade, em países como o Brasil, que privilegiaram o método de esterilização das mulheres e o anticoncepcional oral, em detrimento de outros que interferem na relação sexual e se dão em bases de negociação entre os parceiros, assim como do compartilhamento de responsabilidades em suas decisões, Barbosa (1999) nos mostra que enquanto promotores da redução da fecundidade eles foram eficazes. Ela esclarece também, valorizando tal fato, que o uso de contraceptivos mais seguros possibilitou, com a diminuição do número de filhos, que muitas mulheres pudessem entrar no mercado de trabalho e ainda viver a sexualidade sem ameaças de gravidez. Porém, analisando essas questões por um outro ângulo, a autora salienta que esses procedimentos vieram reforçar, ou, pelo menos deixaram intactos valores e comportamentos que intervêm negativamente na negociação de práticas sexuais mais seguras.

Geralmente o que ocorre é que as mulheres esterilizadas não usam e não pedem para seus parceiros usarem preservativos, também por uma questão econômica, mas não só. Questionar fidelidade, se apropriar do próprio corpo e sentimentos, são questões ainda difíceis de se articular às relações das mulheres com seus parceiros. Nas entrevistas com as adolescentes, observamos que as dinâmicas que envolvem a negociação, a percepção de riscos e as posturas de se questionar o outro e a si mesmas, ainda não se aproximam de experiências de se

viver essas relações com segurança e longe de violências e de doenças sexualmente transmissíveis.

À luz das conquistas nas relações de gênero, com destaque para os ganhos de alguns direitos para as mulheres, pensando hoje nos acontecimentos das últimas décadas, nem tudo foi visualizado com sucessos freqüentes e com respeito, no jogo das relações, das garantias desses direitos. Muitos teóricos tentaram fazer uma relação direta entre os problemas surgidos nas sociedades, como o de doenças e situações de crimes e de miséria, como decorrentes das transformações familiares, com especial destaque ao afastamento das mulheres das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos. Fez-se uma tentativa de culpabilizar as mulheres pelos problemas surgidos.

Atualmente diríamos, ainda que em tese, haver um consenso sobre o fato de homens e mulheres terem os mesmos direitos, apontando para uma equidade de gênero. Só que nos meandros dessa aceitação sobressaem os componentes simbólicos e imaginários fortemente inscritos nas ordenações da subjetividade e da cultura das pessoas em questão, que somos todos nós com nossas bagagens históricas, pessoais e coletivas.

A dominação masculina ainda existe e exerce forte influência sobre as mulheres. A diferença nos dias atuais é que ela é mais sutil, embora nem sempre o seja. As reações a essa dominação existem hoje com mais freqüência, e muitas vezes são impulsionadas por um coletivo que expõe o agravo de se submeter a determinadas situações que se caracterizam até como criminosas e/ou violentas.

A antropóloga Andréa Loyola, a propósito da questão proposta por Bourdieu sobre a lógica do simbólico, da qual faz parte a representação da oposição entre o masculino e o feminino se perpetuando em estágios diferentes da sociedade a despeito das mudanças tecnológicas, por exemplo, discorre sobre ela da seguinte forma:

“(...) para Bourdieu, a dominação masculina é uma forma particular da dominação simbólica, e que existe uma economia dos bens simbólicos relativamente autônoma em relação às bases econômicas, autonomia relativa, e que também para ele se enraíza na lógica da reprodução biológica e sobretudo social.” (Loyola, 1998)

O trabalho social de *inculcação* e de *nomeação* descritos por Bourdieu (1990) termina na instituição de uma identidade social, logo inscrita em uma natureza biológica e confundida com “destino”, e esse processo se constitui no que este autor denomina de *habitus*. Este autor, por sua vez, trabalha com as possibilidades de mudanças nos conteúdos de dominação simbólica dessas estruturas.

“O corpo masculino e o corpo feminino, e muito especialmente os órgãos sexuais que, por condensarem a diferença entre os sexos, estão predispostos a simbolizá-la, são percebidos e construídos segundo esquemas práticos do habitus, constituindo-se assim em suportes simbólicos privilegiados daquelas significações e valores que estão de acordo com os princípios da visão falocêntrica do mundo.”

Temos registros do aumento da violência doméstica atingindo mulheres de todos os níveis socioeconômicos. A violência sexual, retratada no abuso sexual e na comercialização do sexo na infância e na adolescência, principalmente, atinge na atualidade altos índices de ocorrência.

São inquestionáveis as mudanças nas relações de gênero, assim como o seu valor para o mundo social. Neste trabalho demos início às investigações, principalmente dentro da temática da Aids, de como se dá a vivência das adolescentes com o outro sexo, no nosso estudo, com o masculino, revendo, nessas experiências das adolescentes, como se processam essas relações de gênero efetivamente, para assim reconhecer o quanto e como encontram-se vulneráveis tanto à Aids como à violência nos dias atuais.

Nos relatos das adolescentes entrevistadas nesta pesquisa identificamos a tradicional “prova” de amor, agora transfigurada no pedido do rapaz para transar sem camisinha.

Registramos também, em seus relatos, de uma forma geral, a presença de uma “omissão” por parte dos rapazes quanto a não revelarem ter uma ou mais doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo a Aids.

As adolescentes lembravam bem de seus parceiros sexuais e por um ou outro motivo cada uma delas sabia (quando o contágio foi sexual), quem lhes transmitira o

vírus da Aids, pois até por uma questão das idades delas, não foram muitos os parceiros, sendo o tempo de duração dos relacionamentos relativamente longos.

Quando abordados, negavam fosse a Aids ou as DSTs, e em alguns casos, mesmo elas tendo certeza sobre os parceiros que as contaminaram, estas as acusavam de terem passado o vírus para eles, virando o jogo a seu favor.

Recorremos à experiência de Lídia, de 19 anos, para ilustrar melhor essas questões e passamos aqui ao se relato:

“Então eu fiquei sabendo pela minha vizinha, porque ele não me falou nada. E depois, eu é que cheguei para falar com ele e até hoje ele jura de pés juntos que não tem nada. E eu fiquei sabendo pelas tias dele também que ele já estava fazendo tratamento e ele não teve coragem de chegar para mim e falar (...) já chegou até virar e falar que eu podia ter passado para ele.”

Conhecemos a natureza da educação formal e informal e das orientações diferenciadas para os sexos. Sabemos que a mulher ainda é educada para o casamento, para a maternidade, e alguns comportamentos lhes são censurados, ganhando ares de vulgaridade, quando praticados por elas. E esse fato é vivido de modo mais ou menos intenso, desde que referenciado a uma ou outra cultura, ou ainda a uma classe social.

O que temos ainda forte na atualidade, no que pese culturalmente não ser mais a única referência de modelo, é que os meios comuns para se viver uma gravidez e maternidade, ou ainda uma relação de casal, que consistem na atividade sexual e na prática da sexualidade, quando mencionados, prendem-se a padrões de comportamentos oriundos das relações desiguais de gênero.

Se tratados esses assuntos se desmistificando o “feio” e o “impróprio” de seus conteúdos às mulheres, em qualquer idade, essas discussões podem levar as adolescentes em suas próprias experiências a optar por engravidar ou não, ou ainda a se prevenir de alguma doença ou de alguma relação que lhe imputa riscos como o de uma violência física e/ou sexual.

Ampliando essa questão aos domínios do velado e do público nos temas concernentes à prática sexual e a vivência da sexualidade das mulheres através de

uma educação formal e informal, Galvão (1999) contribui com nossas reflexões quando assinala que “ao se falar de Aids em relação as mulheres, deve-se incluir os temas da sexualidade, controle do próprio corpo, saúde e direitos reprodutivos”, e acrescenta que “o desafio é como e onde podem levantar-se estes assuntos e, especialmente, como deve preparar-se a sociedade brasileira para responder às demandas correspondentes”.

Mostrando um pouco o outro lado de se viver o sexo e a sexualidade sem aplicarmos *a priori* a conotação de um problema, e tudo o mais que advém dessas práticas, Heilbom (1998) assinala-nos que o fenômeno da gravidez adolescente, sendo um indicador da iniciação sexual delas, pode estar significando a emergência de novos valores relativos à virgindade feminina na sociedade brasileira. A maternidade pode ou não estar representando uma forma de apelo ao casamento, assim como pode ser indesejada ou não, planejada ou não.

Vejamos o que nos diz ainda Lídia sobre as conversas que tinha com sua mãe acerca de sexo, gravidez e sobre suas expectativas como adolescente, na época com 13-14 anos.

“(...) porque minha mãe ela sempre conversou comigo, mas eu sinto que nessa parte de sexo, de doenças, de gravidez, essas coisas ela não ia muito a fundo (...) Ela chegava pra mim assim, quando eu era menor, quando eu tinha meus 13/14 anos, ela ficava brincando, falando que ia me dar balinha. Só que ela não fez. Eu acho que se ela tivesse realmente conversado, perguntado pra mim se eu queria tomar o remédio, alguma coisa assim, a pílula, eu acho que teria evitado muita coisa (...) porque eu me sentia com vergonha de pedir para o meu namorado usar preservativo. Então se ela conversasse comigo melhor, se ela chegasse para mim e conversasse a fundo sobre o assunto eu ia ser mais esclarecida e eu ia chegar para ele e falar, não ia ter vergonha disso não, e não ia acontecer o que aconteceu.”

Um outro depoimento sobre a mesma questão, agora de Lia, de 15 anos, que tem uma filha com 6 meses de idade, nos apresenta o seguinte:

“Ela (mãe) só falava da gravidez para mim abrir o olho para não ficar grávida igual minha irmã, mas o resto não. Só falava da gravidez para mim abrir o olho para não acabar ficando grávida,

que meu pai ia me botar para fora de casa (...) que hoje em dia o homem para assumir filho tá difícil Mas, sobre gravidez, não.”

Baseando-nos nas declarações das adolescentes de nossa pesquisa, o uso do preservativo, dependendo da situação dada, sempre implica em um tema problemático. Na sua maioria, todas mantinham relações sexuais antes de saber estarem com o HIV-Aids, sem camisinha. Observamos em seus relatos que umas queriam engravidar e não conseguiram, e outras não queriam engravidar (não planejaram pelo menos), mas acabaram engravidando. Porém, mesmo algumas dizendo-se bem informadas sobre a Aids e outras DSTs, não questionavam com seus parceiros o uso da camisinha. E mesmo sabendo algumas sobre o uso de drogas e de álcool por seus parceiros, não viam nisso uma ameaça à sua saúde e tentavam apenas preservar a relação que tinham na ocasião, seja ela qual fosse.

A respeito do namorado que Rose, de 19 anos, diz tê-la contaminado, ela nos fala sobre essa relação:

“(...) quando eu tive gonorréia, ele (*namorado*) falou que teve (...) disse para mim que pegava a gente saindo do banho quente e pisando no chão frio. E eu era tão bobinha que acreditava nessa história (...) quando eu fiquei sabendo, eu nunca achava, porque eu já fiz tanta loucura por causa dele, que jamais ia passar pela minha cabeça que ele ia fazer isso comigo.”

As adolescentes, quando relatam algumas de suas experiências, percebo que é para marcar bem como se deixaram levar por algumas histórias que as deixaram desprevenidas não só para algumas doenças, mas também para uma relação mais saudável.

Hoje todas namoram, a maioria com atividade sexual. Nem todas falam com seus namorados sobre o HIV-Aids, mas referem-se a cuidados para não contaminá-los. Fica presente ainda o medo da rejeição. Aparece a insegurança de que se contarem sobre a doença poderão não ser aceitas. Porém, observo em seus relatos que se preocupam hoje em se relacionar com pessoas que lhes tratem com mais respeito, carinho, tendo mais espaço nessas relações para saber quando entrar ou sair dela, sem grandes prejuízos não só sentimentais, afetivos, mas também físicos.

Essas adolescentes aprenderam muito sobre relacionamentos entre homens e mulheres na vivência do HIV-Aids. Ainda sobre Rose:

“Contei a história toda para ele, que eu não tinha coragem de esconder (...) ele aceitou numa boa, graças a Deus (...) Só namorava esses garotos bobinhos aí. Depois que eu fiquei sabendo que estava com Aids, eu fiquei com medo de namorar alguém. Eu ficava assim: pôxa, hoje em dia é difícil alguém usar camisinha. Ai eu estou com namorado, eu vou contar e ele não vai aceitar. Graças a Deus sendo um cara mais maduro (...) ai ele falou, eu gosto de você, vou ficar com você.”

As preocupações de Ana sobre os seus relacionamentos são retratadas da seguinte forma:

“(...) eu tenho medo dele ficar assim, na hora que eu contar ele possa não gostar, porque eu não contei logo, no início. Mas logo de início eu fiquei com medo dele não querer namorar comigo por que eu tinha o vírus. Mas eu estou esperando um momento certo para ele ver que a pessoa que tem o vírus, se prevenir-se, vai ter um relacionamento normal, como qualquer outra.”

E nos perguntamos se tudo que aprenderam em tão pouco tempo não poderia ter sido vivido através de orientações e comunicações mais claras, através de experiências menos segmentadas por ideologias de exclusão, envolvendo idade e/ou sexo, etc. sem tanto controle da subjetividade e sexualidade femininas, a ponto de expô-las desnecessariamente a tantos riscos.

Sobre essas questões Galvão (1999) traça a trajetória da Aids no momento, tendo em vista sua repercussão entre as mulheres, apontando ainda para a necessidade de políticas públicas apropriadas às condições de vida que favoreçam seu crescimento quando afirma que:

“Não há dúvidas que nos países em desenvolvimento a epidemia da Aids revelou um dos muitos aspectos trágicos que a caracterizam: sua afinidade com a pobreza. O tema da ‘pauperização’ tem sido recorrente nas análises das dimensões e consequências da epidemia no Brasil, sendo o termo que melhor define o impacto da Aids para muitos países. Este conceito não só reflete as desigualdades econômicas entre as nações e a falta de recursos dos países pobres para manejar

a epidemia do HIV-Aids, como também expõe as relações de gênero e de poder presentes em cada uma destas sociedades. É importante enfatizar que muito especialmente este contexto – que articula outros pontos como o acesso a informação, os direitos civis, o direito à assistência e ao tratamento, etc. – deve ser considerado ao se planejar as intervenções e os projetos destinados às mulheres.”
(Galvão, 1999)

Nos dias atuais não podemos dizer que a hierarquia entre os sexos seja tão rígida, que a orientação patriarcal é preponderante nas ideologias de gênero e, ainda, que as mulheres são educadas em uma linha de submissão aos homens. As mudanças sobre as quais já discorremos neste capítulo revelam que as mulheres atuam em outros espaços que não o da casa, não se limitando às atividades domésticas. Essa saída de casa representou, por sua vez, a entrada dos homens nesse lugar, havendo uma divisão das tarefas que inclui os cuidados com os filhos. Porém, temos de reconhecer que este quadro é mais ou menos favorável às mulheres, conforme algumas situações de vida que as referenciam para experimentarem em graus diferenciados essas mudanças.

Quando nos baseamos nas experiências de vida das mulheres de classe social mais baixa, segundo critérios econômicos, com pouca escolaridade, as quais se vêem na responsabilidade de criarem os seus filhos sozinhas, não discriminamos tão bem em seu cotidiano os ganhos relacionados às conquistas de gênero .

Não queremos dizer com isso que as mulheres de classe média-alta não sofrem com os efeitos de uma educação nos moldes de uma divisão sexual que dá mais poderes aos homens, que não vivenciem violências praticadas pelos parceiros, que sempre usam camisinha, pois têm o dinheiro para comprá-las, livrando-se dos riscos com as DSTs/Aids.

Sabemos que todas as pessoas estão suscetíveis a uma ou outra situação. Porém, temos que admitir que a condição socioeconômica baixa, associada a precariedade dos serviços públicos de saúde e de educação, dispara na vida das pessoas uma série de dificuldades que as deixam vulneráveis a muitas ocorrências desagradáveis, por serem desagregadoras das suas chances de auto-afirmação, de

auto-estima e de auto-referência para se sentirem vivendo com igualdade e justiça nas suas relações, sejam elas quais forem.

Não se trata de um mero acaso e nem é culpa do destino que a epidemia de HIV-Aids esteja atingindo, atualmente, mais às mulheres, os adolescentes e, de uma forma geral, as pessoas com baixo nível socioeconômico e de escolaridade.

O recorte de gênero privilegiado nesta pesquisa, que nos levou a contemplar as mulheres adolescentes, expôs para nossa apreciação, principalmente neste capítulo, as dificuldades reais de quem, como nossas entrevistadas, vive em condições socioeconômicas precárias. A idade, o sexo e a condição social reunidos como característica discriminatória do grupo estudado, em sociedades como a brasileira, constituem aspectos pouco valorizados pelos planejamentos e políticas públicas.

O descaso que faz com que não se criem políticas públicas que privilegiem o social e a ausência de medidas que provoquem a diminuição dos registros de preconceitos e discriminações entre pobres e ricos, entre homens e mulheres, entre jovens e velhos, etc., fazem dos governos cúmplices de ignorâncias de todos os “gêneros” e dos efeitos destas que podem estar representados, entre outros, na violência e na Aids.

V - REPRESENTAÇÕES SOBRE AS VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA DE AIDS NAS ADOLESCENTES

A adolescência neste trabalho está sendo abordada sob diversos ângulos, levando-se em consideração nessa investida tanto perspectivas teóricas quanto contextuais.

Partimos de conceitos e significações acerca dessa etapa da vida, a adolescência, buscando traçar um quadro de suas representações na atualidade, avançando nos efeitos e resultados do que temos ao nosso redor, de suas manifestações sociais. Configurando, desta forma, essa investigação, em um olhar sobre os ganhos políticos e culturais para as pessoas que se encontram nessas idades, e também em uma aproximação dos problemas que as atingem nesta fase da vida.

O curso implementado nesta pesquisa nos leva na direção de um aprofundamento de nossas reflexões sobre as experiências de adolescentes do sexo feminino quanto às vivências da Aids e da violência em seus espaços de interação. O recorte de gênero aqui colocado visa nos proporcionar um estudo dessa questão na adolescência, inter-relacionando-a aos dois maiores problemas que atingem os/as adolescentes no presente, a Aids e a violência.

Citando dados da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Ana Helena Seixas (1999), em seu artigo “Abuso Sexual na Adolescência” nos remete para a realidade dos fatos, no Brasil e no mundo, que apontam para o aumento da violência nos centros urbanos, tornando-se, após a Aids, a epidemia do momento. Esta autora nos diz, sobre a violência, que se trata da ocorrência mórbida de maior prevalência na adolescência.

No Brasil, medidas governamentais se evidenciam frente ao problema da violência, que já tem história em nosso meio de longa data. Hoje encontramos

políticas públicas de saúde que pretendem uma prevenção e tratamento, respectivamente, das origens e conseqüências da violência entre as mulheres e adolescentes (1999).

Atualmente no plano internacional, a violência, mais do que uma ocorrência ligada a alguns fatores sociais e reduzida a causas individuais, é assimilada como um problema de saúde pública. E o que caracteriza este fato na dimensão desta referida área, segundo Briceño-Leon (1999), é sua importância em termos de morbimortalidade da população, assim como de suas implicações em todo sistema de atenção médica. Este autor nos chama a atenção para um elemento importante na abordagem teórica e assistencial aos eventos da violência.

“(...) não se trata de medicalizar um aspecto da sociedade, mas , pelo contrário, de fazer da saúde um aspecto não somente médico. O fenômeno da violência tem adquirido dimensões tão importantes que seu estudo não pode ficar circunscrito a uma área do conhecimento ou a uma prática profissional (...) Hoje em dia a epidemiologia procura abordar os riscos da saúde desde uma perspectiva mais ampla, que inclui o ambiente e a sociedade.”
(Briceño-Leon,1999)

Quando nos referimos a violência nesse trabalho, estamos considerando as especificidades que tornam possível denominá-la, tanto como urbana, quanto como rural. E, também, reconhecer suas formas de manifestação, que podem ser entre outras, a delinqüência. Com isso, queremos destacar que a mesma não se esgota em uma única definição e que também não deve ser confundida com uma única forma de suas expressões. Há de se considerar em sua análise (da violência), naturezas políticas, sociais e econômicas, presentes quase sempre em arranjos, discriminando assim as suas origens e suas aparições em determinadas sociedades ou grupos, variando ainda esses arranjos segundo critérios identificados como de raça, de pobreza, de expropriação de direitos, de gênero, etc.

O que encontramos atualmente no Brasil acerca dos números e condições de vida de nossos adolescentes, baseados em dados do Unicef (*Folha de S .Paulo*,14 Dez.,1999), é que no ano 2000 estaremos com 21,1 milhões de menores de 18 anos vivendo em famílias com renda *per capita* mensal de até meio salário mínimo, o que

corresponde a 35% do total nesta faixa etária. Segundo informações dessa mesma fonte, 2,9 milhões de crianças de 5 a 14 anos trabalham para completar a renda familiar, o que para aquela Instituição trata-se de “uma violência”.

“O grande número de crianças vivendo abaixo da linha de pobreza e a alta concentração de renda no país foram as principais críticas feitas ao Brasil pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em seu relatório anual - Situação Mundial da infância”. (Folha de S. Paulo, 14 Dez., 1999)

Esse relatório também se remete às mudanças favoráveis acontecidas no Brasil nos últimos anos, e como, exemplos nesse sentido, cita, entre outros, a queda dos índices de mortalidade infantil e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente. Uma questão com que nos deparamos constantemente, em vários setores da nossa sociedade, e também presente na realidade das crianças e dos adolescentes, e que este relatório traz a público, como outras instituições particulares denunciaram, é a do problema da violação de direitos humanos nesse país, dentro de características comuns ou não a outros países.

Não sofremos em nosso país da falta de conhecimento de nossos problemas. Uma prova disso é que conquistamos legislações e direitos em frentes de lutas políticas, que não se deram simplesmente sem confrontos de poderes e ideais diferenciados, visando abordar e resolver nossos problemas. O ponto crítico, exemplificado na cristalização dos direitos à vida, à saúde, à educação, etc., que isola por sua vez o poder de ação das leis nos meios sociais mais necessitados de seu implemento, é o da conveniência, pretendida por alguns grupos privilegiados, de manter as desigualdades e de se acumularem riquezas e prestígios em poucas mãos.

Estamos fazendo uma referência nesse início aos adolescentes de uma forma geral, com o fim de atingirmos o panorama social, econômico e cultural, na atualidade, assim como suas implicações favoráveis ou não em suas chances de transitar mais ou menos pelos campos da saúde, da educação, do trabalho e do respeito aos direitos humanos. O que localizarmos dos efeitos de respeito ou de violação dos direitos básicos à vida na infância com certeza nos permitirá chegar às suas repercussões positivas e/ou negativas na adolescência.

Sobre as articulações teóricas e práticas que tentam impor uma relação direta entre pobreza e violência, um aspecto importante nessa discussão é o ressaltado por Soares (1999), destacado aqui da seguinte forma:

“(...) as principais vítimas da violência são os próprios pobres, os que sofrem a delinquência e a violência nas mãos de outros pobres. A classe média tem construído seu medo à violência sobre os pobres.” (Soarez, apud Briceño-Leon, 1999)

Este autor nos afirma, baseado em muitas pesquisas, que a violência se concentra em zonas pobres e densamente povoadas, como as favelas do Rio de Janeiro, nos bairros de Caracas, nas populações de Cali e de Medellín. Porém, ele adverte não ser verdade a sensação de que a violência seja uma guerra de pobres contra ricos, ressaltando que com mais frequência as mortes acontecem nessas regiões citadas acima. E é sua também a observação de que quando as vítimas são de outros setores da sociedade, por exemplo da classe média-alta, a imprensa os destaca muito mais e os trata simbolicamente de outra maneira.

Um esquema que organiza as trilhas da violência, mas que com certeza não esgota esse assunto, assim como sua explicação, é aquele que nos proporciona Briceño-Leon. Ele subdivide essa questão em três vias de realização: o dos fatores que originam a violência, o dos que fomentam a violência e os fatores que facilitam a violência.

Quanto as origens da violência, este referido autor encaminha a discussão na direção, entre outras, da ruptura dos controles sociais tradicionais.

“De uma maneira global, poderíamos dizer que muitas das sociedades deixaram de ser tradicionais e não conseguiram inserir-se na modernidade. Este é um dos elementos – entre muitos outros – que podem ajudar-nos a entender a diferença entre a violência na Argentina, Chile e Uruguai, e nas demais regiões, pois nesses países o processo de urbanização foi mais antigo e se deu uma socialização na modernidade maior que nos outros países e em um momento social muito distinto.” (Briceño-Leon, 1999)

Outras origens expostas seriam as das expectativas insatisfeitas e do empobrecimento. A esse respeito Briceño-Leon nos diz :

“O que se parece ser mais claro é que a violência tem maior relação com o processo de empobrecimento que com a pobreza, pois significa uma carência relativa maior da população e uma ruptura com as esperanças de uma vida melhor. Esse foi o resultado dos anos oitenta na região como um conjunto: um incremento importante da pobreza.” (Ibidem)

Quanto aos fatores que fomentam a violência para o autor está a organização ecológica da cidade, pois “as cidades latino americanas organizaram sua ocupação territorial sobre uma base de segregação e ilegalidade que fomentou a desigualdade e a criação de uma sorte de *apartheid* social.”

Outros fatores de fomento da violência seriam a impunidade e a ausência de mecanismos de resolução de conflitos:

“Há uma grande carência de mecanismos para resolver conflitos de forma pacífica entre as pessoas. Se bem se pode dizer que há carência tanto na esfera institucional quanto na pessoal, e o grande problema é mais de ordem institucional: ante uma falha institucional tão grande, são as habilidades pessoais baseadas no diálogo, na compreensão e na tolerância, as que têm permitido à sociedade funcionar; porém também é necessário reconhecer que o silêncio e a humilhação de muitas pessoas que vêem seus direitos pisoteados e não encontram mecanismo algum para atuar, distinto ao sofrimento calado ou a violência é o fazer a justiça pelas próprias mãos.” (Briceño-Leon, 1999)

Dentre os fatores que facilitam a violência estariam o álcool e a capacidade expressiva pessoal, a trivialização da violência pelos meios de comunicação, a letalidade pelo porte de armas e “a tendência da população de armar-se tem incrementado a violência, pois se facilita um atuar violento com a posse da arma de fogo.” (Ibidem)

Recorrendo a Minayo e Assis (1997), diante das situações discorridas acima sobre a violência, alcançamos o entendimento de que

“(…) existe uma violência estrutural, que se apóia sócio-econômica e politicamente nas desigualdades, apropriações e expropriações das classes e grupos sociais; uma violência cultural que se expressa a partir da violência estrutural, mas transcende e se manifesta nas relações de dominação raciais, étnicas, dos grupos etários e familiares;

uma violência da delinqüência que se manifesta naquilo que a sociedade considera crime, e que tem que ser articulada, para ser entendida, à violência da resistência que marca a reação das pessoas e grupos submetidos e subjugados por outros, de alguma forma.”

Ao tratarmos do tema da violência é importante que não percamos de vista que a violência opera nos planos concreto e simbólico, que suas origens são multicausais e que suas evidências podem estar também atreladas a expressões subjetivas, pessoais, mas não necessariamente.

De uma forma geral, podemos ressaltar que nas histórias das sociedades, em diferentes tempos, a violência, enquanto compreendida como uso de força física e dos embates ideológicos na tentativa de afirmação de determinados postulados sobre questões-problemas próprias a cada uma, já foi tida como positiva e inevitável.

Quando significando ruptura e estabelecendo novas e progressivas formas de enfrentamento dos problemas, traduzindo neste justiça e igualdade, as ações de violência (lutas políticas) não eram questionadas. Mas com as conquistas dos direitos versando sobre a liberdade de pensar e agir, sobre a dignidade de se viver com chances iguais, etc., fundamentadas no avanço de inúmeras legislações jurídicas, esse quadro sofreu algumas alterações. A violação aos direitos adquiridos deve ser sempre combatida, e o caminho proposto para tal, e amplamente demonstrado nos meios sociais para resolução de alguns problemas, não se encontra com o da violência. Domenack faz uma referência ao progresso do espírito democrático e nos afirma que:

“A partir do momento em que cada pessoa está chamada à categoria de cidadão, em que se reconhece seu direito à liberdade e a felicidade, a violência não pode se confundir com a força, não é mais da ordem das necessidades físicas (calamidades naturais), ou políticas (hierarquia de direito divino); é agora um fenômeno que tem relação com a liberdade e que pode e deve ser combatido e superado.” (Domenack, 1981)

Orientando o foco de nossa atenção aos sujeitos de nossa pesquisa, após discorrer sobre os diversos matizes da violência, assinalamos que nas entrevistas realizadas com as adolescentes nos foi possível visualizar, através de seus relatos,

a rede que circunscreve as modalidades de violência, esteja esta relacionada ao contexto social e/ou aos referenciais de idade e de gênero.

Das violências retratadas nas falas das adolescentes e oriundas de suas experiências, destacam-se com mais frequência as que se manifestam nas formas de agressão física, de abuso sexual, de preconceito (ou na ameaça do mesmo) e na proximidade e facilidade às drogas e ao álcool.

Percebemos, em seus relatos, que consiste também em violência, para este grupo, a passagem tumultuada (cada vez mais externa do que interna) para a adolescência. Ficamos com a sensação de que, para essas adolescentes, a saída do mundo infantil é quase automática. Em um momento estão brincando de boneca e em outro estão cuidando de filhos. Ou, ainda, que do mundo dos sonhos, da fantasia dos desenhos, partem direto para as brigas nos bailes *funk*, para os conflitos de gangues, etc.

Nomeando as violências expostas pelas adolescentes, temos as dimensões caracterizadas como física, sexual e a de gênero, mais rotineiramente. Perpassam nas dinâmicas da violência na vida dessas adolescentes, tanto teores destrutivos um tanto ou quanto abertos, reconhecidos diretamente, quanto aqueles mais velados, construídos sob medos e coerções.

Para a autora Aldana (1992), a violência, a humilhação e agressão cotidianas trazem como consequência a restrição e diminuição dos prazeres, que poderiam ser possibilidades de sexualidade, da aceitação e exploração do próprio corpo, do despertar da sensualidade, entre outros.

Repassando aos comentários e opiniões das adolescentes iremos conhecer, através delas, um pouco sobre as violências que marcam as suas experiências até hoje, culminando com a vivência da Aids.

Muito interessante é a percepção de Lídia sobre como se processam as mudanças no mundo feminino, aproximando-se das distinções entre os sexos e das determinações sociais que assinalam para as pessoas o que pode ou não pode ser dito a uma adolescente mulher, independente do comprometimento disso na sua vida.

“ (...) eu acho que é assim, a mudança que a gente tem de criança para mulher. De repente pode ser um tipo de violência (...) que num momento você é menina e num outro você já vira mulher, e você tem que lidar com certas situações que antes você não tinha conhecimento (...) assim tipo drogas, tipo sexo mesmo. Porque quando você é menina não pensa nessas coisas. E quando você é adolescente não tem como não pensar, porque está todo mundo exposto.”

Um indício de que a violência não é apenas uma única violência, e que se expande no meio sociocultural de forma diversificada, é a presença da variedade de respostas dadas na busca de sua definição pelas adolescentes.

Um fato, porém, é certo. Independente de não haver um consenso sobre sua conceituação, uma ou outra situação de violência era identificada pelas adolescentes, quase que mapeando suas possibilidades na prática, com elas expondo também suas próprias vivências com a violência.

Algumas experiências, principalmente ligadas à violências de gênero, quase sempre não eram percebidas como tal, permanecendo em um plano oculto.

Em artigo publicado, referente à IX Conferência Internacional de Enfermagem, sobre o fim da violência na direção das mulheres, de Carmen Retzalaff (1999), assinala-se que a idéia de correlação entre violência e DSTs não é nova, sendo novo o identificar-se esta como de alto risco.

De uma forma geral, abarcando o cotidiano das pessoas, consiste a violência, para este grupo das adolescentes em um problema pessoal, familiar; em uma situação concreta como um assalto, um sequestro (a violência urbana); e também em uma ofensa, uma opressão, marcada pela falta de amor.

Nina, de 18 anos, que já sofreu várias agressões físicas de seu ex-marido tem a seguinte opinião sobre a violência:

“Violência é uma coisa que machuca por dentro e por fora, uma coisa que oprime (...) Todos os tipos de violência machucam as pessoas.”

Se ressaltarmos as evidências de violência encontradas nesta pesquisa, correlacionando-as com as formas de se compreender e de se reagir a elas por parte das adolescentes, sem perder de vista o outro lado, que é o *com quem e onde*

interagem, notamos que cada experiência delas com agressões, é perpassada por culpas e retraimentos.

Observamos que, vivenciando as situações de violência, estas em princípio podem nem ser pensadas como tal, havendo uma tolerância, que não é pequena, a certos atos violentos, alimentada por medos e ameaças, que não são só do outro, mas de si mesmas. Se alguém assedia ou tenta estuprar surgem as dúvidas da denúncia, temendo-se as conseqüências disso. Temem ser acusadas também de alguma ação provocativa da situação. Se são agredidas pelos companheiros, até certo momento suportam, pois em alguns momentos eles são bons e podem mudar, e seu papel deve ser ajudar nisso, seguindo as divisões sociais de gênero, altamente intensas culturalmente.

Da violência de se viver experimentando no corpo, nas relações e em seus espaços interativos na adolescência, as marcas de algumas confusões e desigualdades, essas mulheres trazem para dentro de si, na sua subjetividade, ainda que seja em um primeiro momento (que pode ser longo ou não, com soluções ou não), a violência contra si mesmas.

Se intercalarmos a esse comentário acima a exposição de fatos, cada vez mais frequentes no universo das adolescentes, considerando ainda mais o daquelas que possuem um nível socioeconômico baixo (pelas razões sobre as quais aqui já discorreremos), como uma gravidez precoce, abandono de escolaridade, doenças sexualmente transmissíveis como a Aids, poderemos saber dos efeitos das pressões sociais, do controle cultural sobre suas ações, e dos seus sofrimentos por acreditar que transgrediram ou fracassaram frente os mesmos.

Essa sensação de fracasso ou culpa surge e elas quase sempre demoram a perceber que uma série de situações de desvantagens, da ordem de gênero, da condição socioeconômica, pela inacessibilidade à saúde etc., se originam para além de fontes pessoais, delineando por sua vez seus espaços de interação e suas experiências na vida

Desta forma, nos aproximamos da dinâmica do processo que aqui chamamos de auto-violência. E romper com isso, com os preconceitos, discriminações e cobranças culturais, que implicam em sofrimentos, em lutas, naquilo que limita as

potencialidades e possibilidades humanas, promove ainda a reconquista de respeito, antes de tudo, delas para com elas próprias.

Identificamos a violência voltada para si, articulada à(s) violência(s) vivenciada(s) pelas pessoas a partir de um outro (ou outros). E sabemos que na verdade a violência circula, sendo que ora as pessoas encontram-se no lugar de vítimas, ora no lugar de quem a comete.

Para ilustrar como a violência pode fazer as pessoas perderem a sua própria referência no mundo, que por si próprio já está demais castigado pelas infrações aos seus direitos básicos de viver, trazemos o artigo “La História de Magdalena” (Lacasso, 1998), que conta o percurso de vida difícil de uma adolescente que vivia nas ruas de Caracas.

Resumindo a história, Magdalena vivera com muitas desagregações familiares, as quais não deixaram discriminada sua própria origem e ainda provocaram em sua vida algumas marginalizações. Ela se viu impulsionada, a partir dessa dinâmica, a viver nas ruas e talvez a se prostituir para sobreviver. Por isso aceitou uma relação com um homem mais velho em troca de “segurança”, principalmente financeira, para comer e morar. Neste círculo de acontecimentos e se vendo ainda envolvida nas redes dos problemas que sempre tivera, isto é, as violências, as misérias de toda sorte, as doenças, engravidou, e, para complicar mais sua situação, deparou-se com a falta de preparo dos profissionais de Saúde e do Serviço Jurídico para auxiliá-la como adolescente pobre, e como veio a saber depois, soropositiva, que só pretendia na vida preservar a família que agora tinha com o nascimento do filho. Como se não bastassem tais vicissitudes, Magdalena teve uma filha também soropositiva.

A partir de uma consulta médica para tratar de um problema com seu filho viu sua vida mais uma vez ser transformada com muita violência, agora através de representantes de instituições públicas em diversas áreas, que além de não saberem lidar com a questão da Aids, até pela falta de recursos técnicos e financeiros, não tiveram a sensibilidade para ouvir e entender as demandas desta adolescente, excluindo-a da sociedade e da própria convivência com os seu filhos,

Em face do estigma que sofreu ela não teve outra alternativa a não ser se voltar contra todos que se diziam com competência para ajudá-la. O que esses

profissionais passaram para ela foi que as chances de sobrevivência física, psicológica e social para quem é jovem e pobre, e, ainda, vivendo nas ruas e tendo filhos, são mínimas.

E a morte que pode advir da Aids ficou insinuada (ou declarada) nas experiências de Magdalena, através das posturas profissionais que encontrou nos Serviços por que foi obrigada a passar desde a doença de seu filho, como mais uma violência entre as outras que, diariamente, destroem a auto-estima, o respeito das pessoas por si mesmas e pelo outro e que, enfim, destroem a própria humanidade entre as pessoas.

O caso ilustrado acima, acontecido na Venezuela não está muito distante da realidade brasileira. Na rotina dos serviços públicos de Saúde em nosso país, as adolescentes grávidas relatam com muita frequência o descaso com que são atendidas quando revelam serem soropositivas ou após receberem os resultados dos exames da Aids.

Chegam ao nosso conhecimento, que alguns profissionais devolvem esses resultados às adolescente sem maiores esclarecimentos sobre o procedimento quanto ao tratamento delas e de seus filhos relativamente à Aids. Quando muito, os profissionais da saúde, principalmente médicos, as transferem para outras unidades sem promoverem um intercâmbio que facilite a ida das adolescentes para o local indicado.

Sabemos que algumas adolescentes têm seus filhos e nada informam sobre a Aids nos hospitais onde realizam os partos, e nem mesmo tomam as medicações que poderiam combater a Aids em seus filhos ainda no período da gravidez, por temerem discriminações e exclusões nos serviços das maternidades públicas, que são escassas atualmente. Em geral, o vínculo com o profissional médico que lhe atendeu anteriormente e lhe informou sobre o HIV foi muito ruim.

Como foi possível perceber em nossas reflexões, a violência realmente não é única nem exclusiva dos pobres e das pessoas mais jovens. Qualquer discussão conduzida nessa área tem de possibilitar uma discriminação de suas aparições na vida das pessoas, não só nos aspectos dos roubos, assassinatos, delinqüência,

mas, sobretudo, no da expropriação dos direitos relativos à educação e à saúde física e psíquica das pessoas.

Invertendo a ordem, passando dos sintomas para as causas da violência, podemos com mais pertinência identificar no cerne desta questão, muitas desagregações na forma de viver das pessoas, provocadas pela falta de ética e justiça nas ações governamentais. Essas ações, por sua vez, se estendem, influenciando negativamente vários segmentos da nossa sociedade, vindo a atingir mais diretamente os grupos marginalizados, por uma condição econômica ou por uma situação de gênero, raça ou idade.

Conhecemos uma dinâmica cada vez mais forte no mundo globalizado, que se revela perversa e produz essa alternância de lugares da violência, fazendo com que ela seja encontrada generalizadamente em todo âmbito sociocultural. E, que coloca em risco, antes de tudo, a alteridade das pessoas.

Gilberto Velho(1996) explora a idéia de uma ausência de sistema de reciprocidade na sociedade brasileira, que é expressa na desigualdade e que ao mesmo tempo está associada e também produz a violência. Na visão deste autor, “não se identifica um sistema de trocas entre as categorias sociais que sustente minimamente, as noções de equidade e justiça”.

O olhar que se lança sobre a pessoa do/da adolescente, abre para nós as perspectivas de na vida ela ser alvo da violência, seja praticando-a ou sofrendo suas investidas. Há a violência em todos nós, que de acordo com as circunstâncias da vida, pode não irromper indiscriminadamente, se lhe damos alguns contornos de nossa própria subjetividade e da cultura, mas que não tem um cunho patológico em princípio.

Apontando para esses pressupostos, Assis (1994) nos esclarece que:

“As crianças e adolescentes, como seres humanos que são, relacionam-se com a violência, reproduzindo a díade vítima-agressor. Tratá-las primeiramente como vítimas é fundamental, pela fragilidade que possuem e pelo descaso que sempre lhes foi dirigido. Entretanto, uma análise mais aprofundada não pode deixar de perceber reações violentas, mesmo na criança de tenra idade.”

(Assis, 1994)

Sobre os divertimentos típicos de alguns adolescentes dentro de um determinada classe social, os bailes *funks*, identificamos duas versões através de pessoas que gostavam de participar deles, mas em condições diferentes. Ou seja, de uma adolescente que gostava de participar das brigas, dos rituais desses bailes, como drogas, sexo, e de outra, que gostava de assistir a toda confusão, mas sem se envolver nas brigas.

Célia, de 15 anos, nos conta que ia para os bailes *funk* para brigar e descreve assim suas experiências:

“A sensação que eu achava era maneira, a gente brigar, cair no pau com as garotas de lá (...) por causa desse negócio de baile eu não podia entrar em muito lugar (...) eu não podia dar um passo que eu sabia que tinha rival ali... “

Fica-nos um pouco evidente, através desse relato, que o fascínio de estar identificada a um grupo existe, como para todo adolescente. E nos deparamos com uma característica marcante de nossa sociedade, a da violência, ou, mais propriamente, a dos seus arranjos, se promovendo, efetivamente, nas formas de relacionamentos e rituais de interação, ou de expansão de energias físicas e psicológicas, no tempo e espaço típicos à adolescência.

Segundo ainda o relato de Célia, a figura do traficante é muito idealizada pelas meninas, sendo um símbolo que as atrai e as faz desejarem namorar com eles. Ela traduz esse fato da seguinte forma:

“(...) traficante tem mulher prá caramba. Tem uns traficantes que tem o vício, essas coisas, então é aquele ditado, traficante pega mulher prá caramba (...) ainda mais que não pode ver um homem com arma na cintura ... “

Para Rose, quando frequentava bailes *funk*, seu prazer estava em ver as pessoas brigarem, se divertindo com a situação. Ao mesmo tempo ironizava quem ia para os bailes com o intuito de brigar. Seu relato mostra um pouco do processo de banalização da violência sob um determinado ângulo, na adolescência.

“Eu achava interessante ver aquele otário apanhando. Eu ficava assim: olha só! Que garotos bobões apanhando (...) vêm para o baile para isso. Paga o baile 7,10 reais, para ficar apanhando (...) era briga feia mesmo, via neguinho saindo esmagado, ensanguentado. E eu ficava olhando, começava a rir até.”

Nos espaços frequentados pelos adolescentes o acesso às drogas e ao álcool se dá com a mesma facilidade de qualquer outro meio.

Segundo Lídia, na adolescência as pessoas agem guiadas por algumas pressões, ligadas a códigos de comportamentos instituídos para cada idade. Sobre essas questões relata ela:

“Você sai à noite e só vê isso. Se você bobear tem gente do seu lado com drogas, te oferecendo. E você vai ter que ter a sua cabeça para aceitar ou não. E sexo também, você começa a namorar, você tudo. Tem muitas meninas que perdem a virgindade mas não estavam nem a fim. Mas como acham que são adolescentes, que tem que fazer isso, porque todo mundo faz, entende.”

A violência se manifesta em todos os contextos sociais e exerce seus efeitos de forma cada vez mais entrelaçada ao cotidiano das pessoas, sem poupar uma ou outra idade, um ou outro gênero, um ou outro país. E quanto mais generalizada nos remete à dimensão de uma banalização.

A respeito desse processo de banalização, podemos entendê-lo a partir da perspectiva teórica apresentada por Jurandir Freire.

“Esta banalização da violência é, talvez, um dos aliados mais fortes de sua perpetuação. Resignado à idéia, inculcada pela repetição do jargão ‘somos instintivamente violentos’, o homem curva-se ao destino e acaba por admitir a existência da violência, como admite a certeza da morte. A virulência deste hábito mental é tão daninha e potente que, quem quer que se insurja sobre esse preconceito, arrisca-se a ser estigmatizado de ‘idealista’, ‘otimista ingênuo’ ou ‘bobo, alegre’.” (Costa, 1980)

Pensar na violência hoje significa pensar no que se passa na nossa sociedade, nas situações particulares que lhes dão vazão quase irrefreável, criando teias com

vários fios espalhados que aprisionam poder, prestígios, lucros para poucos e liberam prejuízos materiais e ético-morais para muitos. E esses efeitos, de tão intenso e corriqueiros, agem esvaziando as pessoas de seu poder para fazer valer seus direitos de igualdade e justiça, desacreditando-as para o exercício de cidadania.

De acordo com Domenack (1981), é ineficaz considerar a violência como um fenômeno exterior e estranho ao homem, quando na realidade o acompanha sem cessar. Este autor também acredita que proscrevê-la mediante resoluções políticas não é a melhor forma de combatê-la, já que devemos interrogar-nos sobre as formas de violência que nos atingem e buscar os métodos próprios à sua natureza para detê-las.

Domenack ainda nos traz a noção de violência estrutural, afirmando-nos que esta se oculta por trás de máscaras legais e se exerce pacificamente, sendo muito distinta da violência revolucionária ou militar. E se pretendemos deter a violência devemos antes de tudo buscar suas formas específicas, identificando uma natureza aberta e/ou oculta, em cada caso particular, desvelando suas redes em vários segmentos da sociedade.

Ampliando a discussão sobre a violência estrutural, e principalmente trazendo-a para o plano social dos países subdesenvolvidos, detemos nossas apreciações sobre o papel do Estado, que cada vez mostra-se mais associado aos interesses de pequenos grupos de grande poder econômico, em depreciação aos interesses da grande população.

Sobre esta participação do Estado na facilitação dos problemas mais emergentes nesses países, entre eles o da violência, Cruz Neto (1999) nos faz refletir sobre o modelo político-econômico de grande força na atualidade, o neoliberal, que perpassa aos campos dos governos, esmaecendo suas investidas na direção de um favorecimento da boa qualidade de vida, de educação, saúde e de trabalho de toda população.

“(...) o locus da violência estrutural é exatamente uma sociedade de democracia aparente (no caso, a democracia liberal), que apesar de conjugar participação e institucionalização e advogar a liberdade e

igualdade dos cidadãos, não garante a todos o pleno acesso a seus direitos, pois o estado volta suas atenções para atender os interesses de uma determinada e privilegiada classe.” (Neto, 1999)

Este autor faz referência ainda às repercussões negativas dessa prática vinculada atualmente ao Estado, e nos diz:

“Essa compreensão do agir do Estado em detrimento dos interesses da maioria, permite vislumbrar que as grandes mazelas sociais do Brasil não são portanto, indutoras mecânicas da violência, mas sim produtos de uma violência estrutural que materializa-se na perpetuação da hegemonia do capital que ávido de lucros, reclama para si a propriedade privada das políticas públicas.” (Ibidem)

Recorrendo também a Wierviorka (1997) em nossos estudos sobre a violência, vemos que a violência não é a mesma de um período a outro. Vierwiorka nos encaminha, por sua vez, a uma discussão sobre o paradigma da violência que caracteriza o mundo contemporâneo. Sem rechaçar a violência estrutural, ele pretende lançar um olhar além dela, aplicando o princípio de que a violência seja analisada no interior de um espaço teórico complexo, capaz de integrar o campo do conflito e o da crise, para ampliar-se tanto no nível do sujeito, que funciona fora de qualquer sistema ou de normas, quanto no de condutas que são reveladoras de desestruturação ou de desvios capazes de levar ao caos e à barbárie.

Na anuência de se descobrirem adolescentes e de trazerem a seus corpos e subjetividade a expansão dos afetos, do sexo, da sexualidade e das relações no mundo, as mulheres adolescentes atravessam essa fase, cada vez mais se deparando, no momento atual, com uma intrincada rede de acontecimentos que lhes atinge diretamente, trazendo para elas experiências com a violência física e sexual e com doenças como a Aids, entre outras.

Citando ainda Aldana (1992), é necessário ampliar a análise do prazer e da sexualidade das mulheres, sendo ainda necessário falar a favor do prazer sexual como se tem falado do perigo sexual. Para ela é menos violento este procedimento do que punir o gozo do sexo e da sexualidade, se destacando este procedimento como eficazmente preventivo na questão da Aids.

Situando-nos no universo das adolescentes entrevistadas, no qual elas, a partir de seus próprios referenciais, nos apresentaram as vivências de suas idades, registramos as suas entradas no campo social cada vez mais cedo, ganhando esse movimento conotações de uma independência no se relacionar com o mundo.

Entre 13-14 anos dá-se para elas, de uma forma geral, o início da vida sexual. A saída de casa (ou sua tentativa), para viver com os parceiros, vem a seguir. A gravidez indesejada(ou não) faz parte desse contexto, assim como algumas experiências com o aborto. As agressões físicas, seja de seus namorados ou de seus maridos/companheiros, também estão presentes. Neste texto essas situações acima estão discriminadas. Porém, no plano das ações uma está interligada à outra, estruturando-se com maior ou menor intensidade na vida de cada uma delas.

Rose, que disse ter feito muitas loucuras por seu namorado, como subir morro atrás dele, esconder drogas para ele em sua gaveta, etc., também convivia com suas agressões físicas.

“Meu namorado, ele me batia. Eu enfrentava ele (...) Mas ele me bateu muitas vezes sim.”

A adolescente Vera também nos relata as muitas vezes em que foi agredida por seu ex-marido.

“(...) o meu marido já me bateu. Já apanhei muito dele, já me ofendeu muito. Ele foi quem mais me fez violência, tanto por dentro como por fora.”

Lia, que já passou pela experiência de brigas em bailes, de ter sido abordada por policiais por causa de drogas, na convivência com seu parceiro e pai de sua filha, sofria algumas violências em decorrência dessa união.

“Não chegou a me bater não. Me ameaçava, falava que se visse algum furo meu ia me matar. Vivia ameaçando a minha família, ameaçava minha irmã que mora lá perto desse morro onde ele ficava ...”

Ainda sobre a IX Conferência sobre o fim da violência na direção das mulheres, o artigo de Carmen Retzalaff (1999) que a ilustra, expõe que o uso das drogas e o abuso do álcool são fatores complicadores na relação abusiva de casal, e nesse caminho, dificulta a prevenção da Aids.

As adolescentes que relataram agressões físicas ou afetivas de seus parceiros, admitiram que eles usavam drogas. A separação, após anos com essas vivências, segundo elas, surgia intermediada pelas ameaças de morte ou riscos inúmeros. Antes, elas tinham como valor o fato de que, mesmo violentos, eles gostavam delas. A exposição de Nina mostra um pouco essa realidade de silêncios, omissões e cumplicidade que vem com as relações de gênero.

“Antes ele não era assim, me tratava bem (...) ele sempre foi grosso, mas me tratava bem (...) me sentia super mal, um vazio dentro de mim (...) eu continuei com ele pensando que ele ia mudar, que ele falava para mim que ia mudar, mas eu me enchi e joguei tudo para o alto e larguei dele.”

“Quando ele me bateu muito que quase me matou. Ele queria me matar. Eu falei, chega! Hoje você quase fez isso comigo, amanhã você pode me matar...”

Com relação à questão específica da Aids na vida dessas adolescentes, identificamos o medo das reações das pessoas de uma forma geral, que estas venham em forma de preconceitos, discriminações. Daí a maioria se posicionar diante deste fato não revelando, a não ser para alguns alguns familiares, estar com o HIV-Aids.

Temem também, as adolescentes, as reações negativas dos colegas também nas mesmas idades. Com os novos namorados optam em princípio por nada falarem a respeito, devido a ansiedades com as ameaças de perdas, separações e exclusões. Elas sempre têm um exemplo para revelar suas expectativas e seus medos frente à Aids, considerando a reação do outro, que sempre acreditam ser a pior.

Passamos aos comentários, a esse respeito, de Nina, 18 anos.

“Tem muitas pessoas que têm muitas discriminações. Acham que se eu te tocar, pegar (...) são pessoas ignorantes, que não

entendem da situação e tratam as pessoas super mal, porque já aconteceu comigo. Acostumada a brincar com a criança, depois que a menina ficou sabendo que eu poderia estar com esse problema, ela não deixou eu pegar a criança pensando que eu ia passar para ela ...”

Na linha de pensamento de Lídia, ela entende que a sociedade mostra-se preconceituosa e que as pessoas só se mobilizam para aceitar e acolher o outro desde que o problema atinja um dos seus, não havendo muita solidariedade com quem mais precisa. Ela nos diz que também já teve preconceito com relação a pessoas vivendo com Aids, assimilando e reproduzindo na ocasião estereótipos sociais.

“Eu tinha pena, eu queria ajudar, mas não sabia como ...”

“Porque eu tenho o vírus e quase ninguém sabe. Eu acho também que não interessa saber. Mas também eu acho que eu tenho muitos amigos e se eles soubessem que eu tenho o vírus, muitos deles iam se afastar. Eu acho que a sociedade é assim. Eles têm uma ideologia que todo mundo tem que ser perfeito, todo mundo bonito. E se você fugir um pouco do padrão que a sociedade quer eles já te botam de lado, entendeu.”

As possibilidades para o desaparecimento, em nosso meio, de iniciativas que fazem as pessoas perderem seus referenciais de cidadania, não se mostrando abertamente com suas diferenças, na opinião de Bezerra (1999), só poderiam efetivamente se tornarem reais com o exercício da solidariedade. Para ele, nossa tarefa é a de multiplicar e ampliar os espaços de tolerância e solidariedade, atacando por sua vez as raízes da violência.

Após mostrar-nos a sua visão crítica da sociedade e como se posiciona frente aos preconceitos nela presentes, Lídia desabafa:

“Agora eu acho que se a gente pudesse chegar e falar, seria melhor, entendeu. E se as pessoas tivessem mais abertas para a coisa (...) Eu acho que o que falta mesmo é o conhecimento.”

“Eu acho que só quem tem o vírus ou lida diretamente com a pessoa que tem é que sabe como é que é. Que sabe que a

“pessoa que tem o vírus pode ser uma pessoa normal e pode levar a vida normal. Então eu acho que a sociedade só vê o que ela quer (...) eu acho que o problema só é visto quando já está assim na porta mesmo, batendo na porta da pessoa.”

A ameaça de sofrer preconceitos é grande entre as adolescentes e as faz optar quase sempre pelo silêncio. Vera nos revela assim seus sentimentos com relação as discriminações em nossa sociedade:

“A pessoa se sente rejeitada, quando você vê que a pessoa tem preconceito (...) você se sente rejeitada pela sociedade. Eu ia me sentir assim, se eu visse que a pessoa estava me tratando com falsidade, com preconceito (...) simplesmente eu ia me sentir super lá embaixo. Espero que isso nunca aconteça comigo.”

“Com certeza a sociedade é preconceituosa. Eu era e aprendi a lição. Mas com certeza tem muita gente preconceituosa (...) Eu acho que por enquanto ninguém está fazendo nada por ninguém.”

As violências sexuais referidas pelas adolescentes como frequentes em suas realidades foram estupro, assédio, prostituição. Elas relatam experiências nessa direção e sempre por parte de alguma pessoa da família e vizinhos/próximos. Para Vera a vivência da tentativa de estupro se deu primeiramente com seu concunhado.

“O meu cunhado tentou me agarrar para me estuprar. E quando a gente não quer fica se tornando um estupro, não é? E um outro meu cunhado também me agarrou, me deu um beijo à força e queria ir para os finalmente comigo. Foi as duas experiências que valeu por ...”

Ela se refere ainda a uma maldade contida nas percepções dos homens na direção das mulheres. E essa outra experiência tida por ela como de violência aconteceu com um vizinho de seu tio e seu conhecido.

“Porque as vezes a gente conversando, se a gente fala alguma coisa já leva para o caminho da maldade. Eu conheci um colega , aí conversa daqui e de lá, já foi falar que eu tinha ficado

com ele, e deu a maior confusão. Foi o que aconteceu comigo (...) Eu senti que ele estava a fim de ficar comigo, só que eu sempre cortando, mas sem jeito para não magoar. Porque eu sempre penso nas pessoas, eu sempre poupo as pessoas e as pessoas nunca me poupam (...) a gente conversando e ele entendeu de outra maneira e achou que poderia levar o caso adiante.

Situações semelhantes também foram vividas por outras adolescentes de nossa pesquisa, tendo elas reconhecido outros casos dessa natureza, acontecidos com primas e amigas. As opiniões divergem sobre as origens desses atos.

Identificamos nesse universo divisões quanto à culpa de quem provoca essas situações de estupro, assédio sexual. Algumas referem-se à incapacidade dos homens de arrumarem mulheres como um problema pessoal, outras a um mau-caratismo. Outras atribuem a provocações das próprias ou a alguns jogos de sedução, suscitando reações masculinas desse tipo.

A esse respeito Nina tem a seguinte opinião:

“Elas se expõem muito (...) se exibem muito, se aparecem muito. Tem muita mulher que se oferece muito. Não pode ver homem na rua que fica logo se oferecendo. Às vezes o cara é legal, maneiro e quando você vai ver o cara te estupra e ela não sabe nem quem estuprou ela.”

A violência simbólica, uma forma particular de dominação masculina segundo Bourdieu (1990), impõe uma coerção que se institui no reconhecimento extorquido que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante na medida em que não dispõe, para pensar e se pensar, senão de instrumentos de conhecimento em comum com ele e que são a forma incorporada da relação de dominação.

As reações das adolescentes também divergem, caminhando entre a revelação aos seus pares do ocorrido, para que ajam por seus direitos desrespeitados nessas situações, e o silêncio, temendo alguma coisa.

Atualmente, essas adolescentes confrontam a Aids e a violência, e tudo o mais que ronda essas questões, como por exemplo o preconceito, de acordo com seus relatos, ressignificando as próprias experiências com o alerta das discriminações e das vivências que nos transparecem como solitárias na adolescência.

Traduzindo seu momento atual Lídia espera dela e para ela hoje:

“Quero ser independente, quero poder ter uma vida normal. Porque agora normal para mim não é porque tem que fazer tratamento, sempre vir nas consultas. Mas fora disso eu vou ter uma vida normal sim, eu vou conquistar o meu espaço.”

E ainda são suas as palavras que revelam uma história com importantes registros de violências:

“Porque agora eu percebi que a pessoa que tem o vírus pode viver normalmente. Então não vai ser uma pessoa que vai chegar para mim e vai querer me colocar para baixo (...) vai ter que ser muito forte para poder fazer isso. Porque agora eu estou me sentindo bem forte mesmo.”

Sobre sua experiência com a Aids, Nina faz referências a dois lados da questão.

“(...) a gente aprende a escutar as coisas (...) eu mesmo procurei, então (...) eu acho ao mesmo tempo ruim e ao mesmo tempo bom, para mim aprender que nem sempre a gente deve confiar naquilo que vê e sim no que a gente sente.”

Dos comentários sobre haver mais diálogo e uma comunicação mais aberta em casa, exigindo esclarecimentos sobre assuntos como sexo, gravidez, anticoncepção na adolescência por parte de seus pais, quando já vivenciando uma gravidez, DSTs, Aids, relacionamentos complicados, etc., as adolescentes remetem-se aos avisos de suas mães para não “pegar” gravidez, não sair de casa, não abandonar os estudos. Parece que tudo fica no plano de “ouvir” ou não esses sinais, atender ou não aos seus pedidos, quando em presença de um problema já instalado, e tentam encontrar explicações para eles e dar-lhes um significado.

Nina atribui à sua teimosia o fato de estar hoje com a Aids.

“Se eu tivesse escutado a minha mãe eu não estava com isso. Então para mim foi mais uma lição o fato de eu ter ignorado minha mãe, o fato de não me cuidar.”

A título de enriquecer nossos estudos sobre a violência, reportando-os ao contexto de vida das adolescentes, trazemos algumas distinções importantes feitas pelo psicanalista Jurandir Freire (1986) a respeito desse tema, em que salienta que “não existe violência sem desejo de destruição, comandando a ação agressiva e, em consequência, que violência não é uma propriedade do instinto”. Para ele, a violência estrutura-se na ordem do humano e trata-se do emprego desejado da agressividade. Portanto, esse desejo, como este autor nos esclarece, pode ser voluntário ou não, consciente ou inconsciente, racional ou irracional, mas qualitativamente humano. A ação destrutiva é irracional, mas ainda assim humana. Freire cita ainda um outro autor, também psicanalista, Bettelheim (1986), acerca de uma diferença entre agressividade e violência, quando alude que só há violência quando o sujeito que sofre a ação agressiva sente no agente da ação um desejo de destruição.

Pensando pelo lado do sujeito da ação agressiva, este espera que, na dor ou coerção física implementada, obtenham um prazer maior, que não se resume à satisfação sexual propriamente dita, como nos adianta Freire:

“(...) portanto, não se trata de uma forma sádica ou masoquista de descarga libidinal, mas prazer de assegurar a posse dos predicados socialmente valorizados pela cultura. Estes predicados compõem o sentimento de identidade do sujeito, que é tanto mais forte quanto mais se aproxima do tipo psicológico ideal, culturalmente produzido. O prazer sexual, bem como as chances de obtê-lo são o corolário da apropriação desta identidade.”

Este autor nos propõe a idéia da violência como um artefato da cultura e não seu artífice.

“Ela é uma particularidade do viver social, um tipo de ‘negociação’, que através do emprego da força física ou da agressividade visa encontrar soluções para conflitos que não se deixa resolver pelo diálogo e pela cooperação. Não vemos como inferir desta presença constante da violência na história do homem sua suposta condição de ponto alfa da cultura ou de viga mestra da ordem social.” (Ibidem)

Entendemos, a partir deste trabalho de pesquisa junto às adolescentes que vivem com HIV-Aids, que fato muito comum na rotina de vida delas é o de sofrerem violências. E, tendo em vista que suas experiências com a violência, principalmente as de gênero e a sexual, serem muitas, observamos que elas não devolvem ao mundo, em suas ações, na mesma intensidade, as manifestações de violência que vivem.

Diante dessas experiências, um fato marcante é o de que as adolescentes as internalizam, de modo que passam a cometer consigo mesmas também alguma violência, principalmente quando, por exemplo, se sentem diminuídas, com pouca estima a si mesmas.

Nos relatos das adolescentes registramos que elas, diante das vivências com a violência, sentiam muita solidão, seja para tomar a decisão de falar ou não sobre o que sofreram com alguém, seja para confiar que alguma providência poderia ser tomada, sem que elas passassem por perdas como, por exemplo, a do respeito dos outros por elas e a da companhia de seus parceiros. Reagir a uma situação de violência parece implicar, no imaginário dessas adolescentes, em uma série de ameaças, como a de que podem ser julgadas negativamente ou abandonadas.

A partir da experiência com a Aids, as adolescentes nos mostraram que querem romper o silêncio sobre a sua doença, com o apoio da sua família, dos seus amigos e da sociedade em geral, uma vez que agora sabem que não são as únicas responsáveis nem pela Aids e nem pelas violências a que se submeteram ao longo de suas vidas.

Elas nos pedem menos preconceitos e discriminações e sonham com mais investimentos por parte de todos os setores da nossa sociedade, nelas mesmas, em seu presente, independente de estarem com o HIV-Aids, pois se sentem capazes para estudar, trabalhar, ter sua família, como qualquer outra pessoa. As adolescentes, enfim, nos sinalizam que querem se relacionar consigo e com os outros, sem o medo que as faz pensar que seus valores pessoais não serão nunca reconhecidos.

Os conhecimentos que as adolescentes têm hoje sobre os problemas como a Aids e a violência, que as fazem buscar novas parcerias nas relações sociais e afetivas com mais qualidade, questionando a responsabilidade de cada um em suas

ações, não foram facilmente aprendidas, pois estão relacionados às dificuldades que elas vivenciaram, antes, por serem mulheres e adolescentes, e, agora, por estarem com o HIV-Aids.

Hoje, conhecendo o seu próprio valor, independente do fato de que a sociedade não lhes aceita, até mesmo, como elas dizem, por ignorância, estas meninas exigem que esta mesma sociedade respeite os seus espaços para existirem, agora com sua família e seus filhos, com seus projetos de estudo e profissão, como qualquer outra pessoa.

Em meio às violências do mundo social, as adolescentes pedem mais compreensão, mais solidariedade, mais respeito. E fazem isso não só por saberem sobre balas perdidas, confusões de bailes, roubos e assassinatos em seus bairros ou no Governo. Elas assim se posicionam por terem descoberto na própria vida o quanto pesa serem marginalizadas por uma ou outra diferença. E neste caso, a diferença é que são mulheres adolescentes vivendo com Aids.

VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando tudo o que foi exposto neste trabalho de pesquisa, seja através do material teórico que mostrou conhecimentos elaborados sobre as categorias violência e Aids, seja por meio dos relatos das vivências de violência e da Aids das adolescentes, fica para nós a forte evidência de que não podemos dissociar este problema daqueles outros intimamente ligados às perdas e exclusões, desde a auto-estima até os direitos garantidos por lei e não respeitados.

Sobressai para nós atualmente o pensamento de que entre os agentes transgressores dos direitos das pessoas, principalmente daquelas que vivem dentro de condições socioeconômicas menos favorecidas, podem estar os próprios representantes das leis e dos governos que, deliberada ou passivamente, ignoram as demandas de grupos minoritários que compõem a coletividade, sobrepujando o interesse humano pelo financeiro.

O mecanismo de opressão de alguns grupos em nossa sociedade, subtrai, nessa troca declarada da vida humana pelo mercado financeiro, a força que poderia manter os sujeitos unidos em suas próprias causas, principalmente quando estão envolvidas nestas questões de saúde e educação, e prima por dificultar o exercício de sua cidadania.

Quer façamos referências à violência ou à Aids, ou ainda a qualquer problema da atualidade, ao voltarmos nossos olhares para o cenário em que esses fatos ocorrem, constatamos que eles rondam todas as pessoas de qualquer lugar. O que faz a diferença nesses casos é refletirmos criticamente sobre quem fica mais vulnerável e sob quais circunstâncias determinados grupos sofrem mais com os problemas encontrados em nosso meio sociocultural.

Se considerarmos nesse processo as desvantagens encontradas no cotidiano das pessoas, oriundas das divisões de classe econômica, de raça e de gênero, saberemos identificar com mais nitidez quem está mais exposto aos efeitos negativos dessas divisões que promovem tantas exclusões e preconceitos.

Os limites interpostos às pessoas podem e costumam ser vastos e perigosos. Estudar, conseguir um trabalho, ter uma moradia, cuidar da saúde são possibilidades que deixaram nas últimas décadas de se constituírem em um direito a que todos tem acesso para se transformarem em situações de privilégios, sendo que a maioria da população se encontra à margem da esteira do desenvolvimento econômico e cultural.

Ressaltando uma das dimensões de nosso trabalho, estivemos envolvidos em todo o tempo desta pesquisa com a questão de gênero através das adolescentes. Observamos que o sexo ainda é um determinante forte na concretização das relações diferenciadas e desiguais para homens e mulheres de todas as idades, apesar das variantes hoje presentes em nossa cultura, que são as repercussões até mesmo no acionamento de dispositivos legais e/ou sociais no sentido de enfrentar as discriminações dessa ordem.

Havia desde o início de nossa pesquisa o interesse de estudar e tentar compreender as formas como essas relações de gênero se processam na adolescência. Assim, a percepção destas relações segmentadas no universo de vida das adolescentes, próprias às divisões sociais de sexo, nos permitiu constatar que para as mulheres nessa faixa etária pesa também, entre outros fatores, a força de uma orientação patriarcal, em que as vemos se submeterem a toda sorte de relações nesses moldes, inclusive aquelas em que há violência, sem questioná-las.

As adolescentes demarcam bem nas suas falas as violências físicas e morais que sofreram, relatando experiências de agressões corporais e verbais da parte de seus parceiros, de violências sexuais, nas tentativas de estupro e abuso sexual e, ainda, as violências que se constituem em difamações de seus comportamentos, por exemplo, por reações ao se recusarem a aceitar as investidas de algum rapaz. Porém, identificamos outros tipos de violência que não são por elas revelados como tal, porque aceitam certas atitudes de seus namorados e/ou maridos como naturais dos homens, cabendo a elas apenas entender e aceitar.

Observamos que toda a intensidade do que se rompe naturalmente com o desenvolvimento físico e psicológico das adolescentes e que deveria propiciar nelas à descoberta de sua sexualidade e sua subjetividade de uma forma mais tranquila e

segura na relação consigo mesma e com o outro, com mais auto-estima e respeito sobretudo humano, esbarra nas divisões sociais do sexo, restringindo-as em suas iniciativas, não só com os apontamentos negativos sobre tudo que envolve o seu corpo, mas também na falta de esclarecimentos sobre as mudanças que se realizam nele.

Uma das reflexões que fazemos aqui é que o espectro de perdas, nessa fase da vida, pode ser maior se estiverem associados ao fator gênero outros referenciais como o de raça e o de classe socioeconômica, identificados com os grupos marginalizados.

Levantamos neste processo de pesquisa alguns dados de realidade que acrescentam muito às nossas reflexões. Sabemos que a educação formal e informal das adolescentes é guiada por expoentes sociais e culturais parciais, que ditam o papel feminino nas relações e dificultam às vivências de suas experiências comuns mais protegidas das manifestações de violência e de algumas doenças. Por sua vez, os Serviços de Saúde só entendem as suas demandas físicas e continuam seguindo o modelo tradicional de tratar as conseqüências orgânicas tanto das violências que sofrem quanto das doenças que estão expostas cada vez mais, como as sexualmente transmissíveis, entre elas a Aids.

Identificamos ainda que no aspecto da saúde reprodutiva, a sexualidade das mulheres ainda se mantém circunscrita, através dos profissionais que atuam nessa área, a questões que são provenientes de sua vivência, como uma gravidez, mas a sexualidade em si, ainda não é abordada significativamente nos serviços públicos de saúde.

Tendo em vista que a vida sexual das adolescentes inicia-se, na atualidade, mais cedo, na faixa etária média entre 13 e 14 anos, que houve um aumento da incidência de gravidez na adolescência, assim como também de outras situações decorrentes da prática sexual, consideramos oportuno que os meios em que as adolescentes circulam, entre eles os de serviços de saúde, pudessem incluir em seus trabalhos as abordagens mais amplas que só aquelas referentes aos tratamentos das doenças. O trabalho de prevenção é inquestionavelmente importante, porém ele

sempre sai acrescido de bons resultados quando se busca atingir as origens dos problemas e não se fica limitado às suas manifestações mais externas.

Entendemos que discutir sexo, sexualidade e relacionamentos afetivos como expressões fortes da adolescência, olhando os sujeitos dessa faixa etária pelos ângulos da descoberta e do desejo de realização dessas evidências com os seus pares, é fundamentalmente importante em um trabalho de prevenção voltado para as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids.

Os muitos exemplos encontrados na adolescência como o de gravidez, o aumento de experiências de abortos clandestinos com riscos à saúde, o abandono da escolaridade, o contágio do HIV-Aids nas primeiras relações, são fatos que ocorrem com as adolescentes e são também sinais que deveriam nos fazer pensar sobre a vulnerabilidade que desenham estes quadros nesta etapa da vida.

Queremos deixar claro que não se configura em ganhos para ninguém expor como agravantes a boa satisfação de vida de uma pessoa, uma gravidez ou um aborto, ou, antes mesmo, a prática do sexo na adolescência, pois, em si mesmos, se vistos isoladamente, podem esses exemplos não se constituírem em problemas na vida das pessoas envolvidas diretamente com essas questões.

O problema que levantamos aqui é o das susceptibilidades das adolescentes para viverem suas experiências sem se darem conta dos riscos à sua própria saúde física e psíquica e trazemos para discussão desses casos a própria organização dos serviços públicos de saúde e das políticas de prevenção em terrenos próprios da adolescência. Especificamente nos serviços que se dispõem à abordagem da saúde reprodutiva e sexual, observamos que suas práticas junto às mulheres, efetivamente, não conseguem se desvincular de modelos de assistência arcaicos, comparados às demandas sobressaídas do confronto das adolescentes desde muito cedo com experiências que envolvem a sexualidade e a prática do sexo ou ainda com as relações de gênero.

Podemos constatar também que os serviços públicos que atendem a saúde da mulher, embora tenham sofrido transformações nos últimos anos, visando uma melhor especialização, ainda são muito restritos, ou seja, reservam suas iniciativas de atendimento apenas às mulheres e não englobam os inúmeros outros aspectos

relacionados à saúde física e mental delas. Revelam esses serviços, em grande parte, na realidade concreta de seus atendimentos, ter propostas unilaterais para as quais os profissionais, e antes desses, as políticas e os planejamentos de saúde nessa área, estipulam sobre o que e quem vai ser contemplado nesses serviços.

Registramos também que a abertura de espaços nos programas de saúde reprodutiva, é mínima para que seus parceiros, seja namorado ou marido, enfim, o outro das relações que elas vivenciam e que suscitam os problemas ou questões que as fazem ou deveriam fazê-las procurar um serviço de saúde. Creditamos esse registro inicialmente a duas razões. Primeiro, a uma cultura enraizada que perpetua a crença de que saúde reprodutiva é terreno da mulher, seguindo os modelos segmentados de relações tão vastos e complexos em nossa sociedade e que não dizem respeito só ao gênero, mas também às diferenças de classes econômicas, raciais, etárias, etc.

E segundo, ao desconforto, até mesmo pela falta de preparo dos profissionais, em abordar assuntos que ainda são tabus em nossa cultura. O casal que se apresenta junto nos atendimentos impõe outra dinâmica às abordagens das questões peculiares a esses serviços, exigindo melhor formação, mais desprendimento dos valores e crenças e mais solidariedade e respeito, aos profissionais em suas atribuições de promoverem saúde e esclarecimentos com mais qualidade e responsabilidade. Assim, pode-se evitar na vida de seus pacientes os excessos patógenos como as agressões, omissões, violações de várias ordens, e especificamente as de gênero, que deixam todas as pessoas vulneráveis a inúmeros riscos físicos, psicológicos e sociais.

Partimos, em uma outra dimensão de nossa pesquisa, do pressuposto de que as interferências políticas, culturais e econômicas aliadas ao poder dos meios de comunicação dão um contorno todo especial às experiências na adolescência, no sentido de produzir geralmente uma depreciação na qualidade de suas vidas ao classificarem as pessoas dessa faixa etária como meros consumidores, sendo as ofertas às suas demandas restritas ao prazer e as fantasias, ao mundo mágico das coisas inacessíveis, através de uma grife ou marca de algum produto.

Os órgãos governamentais de saúde, as escolas e a mídia poderiam construir uma outra realidade, livre ou com proporções reduzidas de problemas como a violência e a Aids, se manifestassem maior empenho para a conquista de uma linha de compromisso na interação com seus interlocutores mais novos, com mais seriedade e ética na abordagem de temas que são do interesse destes. Um primeiro passo para essa nova realidade seria o processo de deixarem de qualificar os adolescentes sempre como incapazes. Esse pensamento, muito cultivado em nosso meio e que influencia fortemente iniciativas nessa área pelas instituições de saúde e educação, destitui os/as adolescentes, *a priori*, da condição de serem também responsáveis em suas experiências.

Uma outra consequência desse pensamento e das ações advindas dele seria a omissão ao proporcionar aos adolescentes o suporte social, cognitivo, afetivo e cultural de que precisam, esquivando-se, os representantes dos órgãos e instituições de saúde e educação, de promoverem, entre esses atores, em seus âmbitos de atuação, mais discussões sobre os riscos e também sobre as possibilidades de experiências mais seguras que estão implicados nos relacionamentos sexuais, afetivos e sociais próprios à adolescência.

Entendemos, por outro lado, que as adolescentes em nosso contexto social, além de estarem expostas aos problemas gerais que guardam relação com as transformações de nosso tempo, atingindo direta e negativamente os direitos humanos conquistados no decorrer dos tempos, enfrentam problemas graves pela falta de experiências com as questões de gênero, que lhes oneram física e psicologicamente, na medida em que elas convivem desde cedo com a violência e com doenças como a Aids.

No caso específico das adolescentes, que buscam o seu espaço de relação primeiramente em seu corpo, procurando encontrar, posteriormente, o mundo, com todas as suas possibilidades de existir, o deparar-se com doenças e principalmente doenças como a Aids, que lhes remetem de imediato à idéia de morte, torna-se uma experiência de vida muito forte e muito difícil de ser elaborada e resignificada em termos de vida e de futuro, aliando a isso seus projetos e sonhos.

Consideramos importante ainda expor que as diferenças de raça, idade e gênero, etc., encontradas em nosso meio sociocultural, em princípio, não provocam um mal-estar, pois cada uma existe com significados próprios e não necessariamente se anulam, desde que respeitadas. O que provoca tantas cenas desagradáveis de perseguições e violações de toda natureza são as manipulações destas diferenças para transformá-las em motivos de discriminação de pessoas ou grupos, alijando-os de sua condição de cidadãos.

O que precisa ser discutido a fim de se promoverem soluções para muitos de nossos problemas são as iniciativas para se reconhecerem e destruírem as desigualdades, quando estas implicam em injustiças sociais.

Não queremos dizer com o recorte de gênero privilegiado em nossa pesquisa que as únicas pessoas prejudicadas com as construções sociais do sexo são as mulheres. A relação desigual entre homens e mulheres guardam dificuldades para ambos, mas é importante identificar que diferenças são essas, sem conotações que diminuam um ou outro gênero, aproveitando para, entre outras coisas, fazer com que essas dinâmicas, sem o peso da injustiça e do preconceito, possam vir a ajudar nas políticas de prevenção da violência e da Aids e na promoção da saúde de todos os atores envolvidos nas discussões de gênero.

Nos aprofundando nas demandas das adolescentes com Aids, considerando os aspectos até aqui considerados, percebemos que a falta de uma integração entre as áreas da saúde que buscam atendimentos acarreta um problema muito sério. As especialidades que fogem às margens clínicas da Infectologia e/ou Imunologia, de uma forma geral, resistem a pesquisas e/ou atualizações de informações e tratamentos em suas áreas de pessoas que vivem com HIV-Aids. Quando os profissionais se dispõem a atender, salvo algumas exceções, eles se limitam à sua especialidade, remetendo as pacientes aos médicos que tratam os casos de HIV-Aids como os únicos que lhes poderão responder sobre suas dúvidas. Esta atitude nos faz lembrar de assertivas como a de que “a Aids é a doença do outro”, permitindo ampliá-la para os espaços da Saúde, pois registramos que a Aids é a doença para um outro cuidar.

Como exemplo mais esclarecedor dessa situação, nos baseando nos relatos das adolescentes, consideramos os serviços de ginecologia/obstetrícia muito desvinculados tanto da prevenção quanto do tratamento da Aids. Além de todas as dificuldades que ainda existem para uma garota procurar atendimento nessas áreas, tendo em vista os problemas econômicos que tanto as impedem de tratarem-se particularmente, quanto restringem em muito o número de profissionais nas unidades públicas, não suprimindo as demandas existentes, assinalamos os medos e receios que as adolescentes sentem de procurar esses profissionais.

Expor a vida sexual não é tarefa fácil para ninguém, por questões de educação e por se temerem represálias ou julgamentos dos profissionais e dos pais, caso estes venham a descobrir suas experiências com o sexo.

As adolescentes relatam que quando em tratamento por uma ou mais DSTs, ou um outro problema de origem ginecológica, em nenhum momento (antes de saberem do HIV-Aids) foi feita uma vinculação dessas doenças com a Aids e nem foram feitas ressalvas informativas sobre as DSTs, no sentido de prepará-las com maiores esclarecimentos sobre essas doenças. Não há registros, entre elas, de um trabalho preventivo por parte dos profissionais dessa área, não se criando desta forma subsídios para as adolescentes ficarem mais alertas quanto aos riscos de não se conhecer os hábitos e a vida sexual de seus parceiros. Mais uma vez nos deparamos com segmentações.

Os exemplos que as adolescentes nos trazem através de suas experiências são os de que ficam sabendo sobre a infecção do HIV-Aids, mais frequentemente, no período da gravidez (nos exames agora de rotina) ou na evolução insatisfatória de alguma doença, como a pneumonia. E com relação à descoberta de estarem soropositivas, na fase do pré-natal, a forma irregular como esse problema é abordado quando da devolução dos resultados dos exames para a Aids, devido ao já mencionado despreparo dos profissionais, pode colocar a perder tempo e recursos humanos preciosos como a esperança, o ânimo e o desejo de viver e lutar por um tratamento da Aids, tanto para si mesmas quanto para a própria criança que está sendo gerada.

Classificamos essas abordagens como irregulares e nos referimos ao despreparo dos profissionais por uma série de razões. A Aids, por envolver em sua

dinâmica temas que mobilizam muito nossas estruturas mais íntimas como sexualidade e morte, suscita reações diferenciadas nos profissionais de saúde diante da possibilidade de ter entre seus pacientes pessoas com essa doença.

Observamos que perpassam, nas ações de muitos profissionais, conteúdos de seus valores morais e de suas crenças diante da vida, quando abordam a Aids de forma superficial, tanto por não quererem tratar esta doença quanto por não saberem lidar com as questões que se vinculam a ela. A responsabilidade por essas posturas recai com grande peso sobre os órgãos públicos da Saúde, pelo fato de estes não investirem na formação de seus profissionais para que superem as dificuldades de diversas ordens que se apresentam nos caminhos dos profissionais que trabalham com Aids, deixando escapar oportunidades de oferecer atendimentos mais humano às pessoas que vivem com HIV-Aids.

Em vista do que presenciamos ao longo do trabalho de pesquisa, pensamos que as instituições, seja de pesquisa ou de tratamento e prevenção da Aids, se ressentem de iniciativas que discriminem os acometimentos mais comuns no organismo feminino quando afetado pela doença em estudo. É importante que tais instituições prestem melhores serviços às adolescentes, uma vez que estas, independentemente de se verem convivendo com uma doença que ainda não tem cura, mantém seus sonhos e desejos de engravidar, de viver e de cuidar dos seus filhos à frente das limitações impostas pela Aids e pelo que ainda não conhecemos dela, pedindo ajuda para que possam realizá-los de alguma forma.

Um dado importante a ser considerado ainda é que muitas vezes as adolescentes nos perguntaram sobre as possibilidades de gravidez com a Aids, o que nos faz acreditar que, entre outras coisas, elas estavam nos argüindo sobre suas chances de continuarem sonhando e vivendo, sem abrir mão de seus próprios desejos e sem passarem por novas experiências de perdas, como já haviam vivenciado antes mesmo da Aids, quando entraram em contato com violências físicas e sexuais, com omissões que lhes deixaram desprotegidas para muitas situações na vida.

Entendemos, a partir do que nos contou uma das adolescentes entrevistadas, ao revelar que usa camisinha feminina e pede às vezes para seu namorado usar a dele também, que esta mudança de comportamento depois do contágio revela não

simplesmente um exagero, mas sim um cuidado para se proteger de coisas que são muito difíceis de serem vivenciadas, principalmente na adolescência, quando se mergulha com vontade nas experiências sem se preocupar com os riscos e limites. Depois de tanto sofrer agressões físicas de seu ex-companheiro, a informante hoje convive com uma pessoa de que gosta e lhe trata muito bem, e entende que transar com a camisinha feminina e masculina ao mesmo tempo protege a ambos e a tranquiliza quanto ao fato de ela não querer contar a ele sobre a sua situação de ser soropositiva, livrando-a do risco temporário de perdê-lo.

Resta saber, em vista do que exemplificamos acima, que tipo de “proteção” as adolescentes pedem a nós, profissionais de saúde, e que diálogo nos propomos a manter com elas, e também com seus familiares e parceiros, para que possamos reconhecer as questões que preocupam as mulheres nessa faixa etária, e lhes oferecer alternativas para a solução dos problemas circunscritos à Aids, englobando nesse processo corpo e sentimentos.

Ressaltamos em nossas reflexões finais na pesquisa que realizamos que não se deve considerar as diferenças como motivos para se expropriarem direitos de ninguém nem para se excluir dos contextos de vida das pessoas respeito e dignidade, pois podemos conviver com tais diferenças e fazer delas instrumentos em nossas lutas sejam elas quais forem, sejamos pobres ou ricos, adolescentes ou idosos, tendo Aids ou não, exercitando nesse processo de viver uns com os outros mais ações de solidariedade e de cidadania.

VII - BIBLIOGRAFIA

1. ABERASTURY, A. ; KNOBEL, M. (1981) *A adolescência normal*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
2. ABERASTURY, A. et al. (1980) *Adolescência*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
3. ALDANA, A. (1992) Mulher, sexualidade e sexo seguro. In: PAIVA, V. (org.). *Em tempos de Aids*. São Paulo: Summus Editorial.
4. ARIÈS, P. (1992) *História social da criança e da família*. São Paulo: Editora ETC.
5. ASSIS, S. G. (1994) Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, n. 10, supl. 1, p. 126-134.
6. BARBOSA, R. M. (1999) Mujer y SIDA en Brasil: obstáculos y desafíos. *Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública/ Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde.
7. BASTOS, F. I. (1996) *Ruína & reconstrução. Aids e drogas injetáveis na cena Contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará/ ABIA/ IMS/ UERJ.
8. BERER, M. (1993). *Mulheres e HIV-Aids*. São Paulo: Brasiliense.
9. BEZERRA, B. (1999). Solidariedade contra violência. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília : Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
10. BIRMAN, J. (1998) Erotismo, desamparo e feminilidade - uma leitura psicanalítica Sobre a sexualidade. In: LOYOLA, M. A. (org.). *A sexualidade nas Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
11. BLOS, P. (1985) *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes.
12. BOURDIEU, P. (1990) A Dominação Masculina. *Actes de la recherche en sciences sociales* (Trad. Nogueira, M. A. e Silva, T. T.) n 84, set. 1999. Publicado em Educação & Realidade.

13. _____ (1996) Novas reflexões sobre a dominação masculina (Trad. Lopes, M. S.). *Coleção Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, pág. 28-40.
14. BOZON, M. (1998). Comportamento Sexual em Tempos de Aids: Mudanças ou Adaptações? *Sexualidade* (Gênero e Sociedade). Rio de Janeiro, Programa De Estudo e Pesquisas em gênero, Sexualidade e Saúde - CEPESC / IMS / UERJ, publicação semestral n. 9 , pág. 1 e 4, jul. 1988.
15. BRICEÑO-LEÓN, R. (1999) La violencia en América Latina: salud pública y cambio social. In: BROFMAN, M. ; CASTRO, R. (orgs.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública.
16. BRONFMAN, M. et al. (1999) *Sida en México: migración, adolescência e gênero*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública.
17. BRONFMAN, M. ; CASTRO, R. (orgs.) (1999) *Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública/ Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde.
18. BRUSCHINI, C. ; HOLLANDA, H. B. (1998) *Horizontes Plurais – Novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
19. CARVALHO, M. P. (1998) Gênero e trabalho docente: em busca de um referencial teórico. In: Bruschini, C. ; Hollanda, H. (orgs.) *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
20. CASTILHO, E. A. ; LANDMANN, C. (1998) Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a Aids. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília, DF: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.
21. CHIRIBOGA, C. (1999) Mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. *Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública/ Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde.
22. CÓDIGO DO PROCESSO CIVIL – Legislação brasileira (1981). Oliveira, J. (org. dos textos, notas remissivas e índices). São Paulo: Saraiva.
23. COOK, R. J. (1995) *La santé des femmes e les droits de l'individu*. Genebra: Organisaton Mondiale de La Santé.

24. CORNIELES, C. et al. (1999). *La história de Magdalena: el embarazo de una adolescente soropositiva, que vive en las calles de Caracas*. Venezuela: LACASSO, Série Estudos de caso sobre direitos humanos.
25. COSTA, J. F. (1984) *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
26. DIAS, M. T. (1997) Prevenção em sexualidade na Adolescência. *O mundo da saúde*, ano 21, v. 21, n. 2, mar./abr. 1997.
27. DIMENSTEIN, G. (1996) *Democracia em pedaços: direitos humanos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras.
28. DOLTO, F. (1988) *A causa dos adolescentes*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
29. DOLTO, F. (1999) apud RASSIAL, J-J. *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
30. DOMENACK, J. M. (1981) *La violencia y sus causas*. Paris: Unesco.
31. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1999 (1990). OLIVEIRA, J. (Org. dos textos, notas remissivas e índices). São Paulo: Saraiva.
32. GALVÃO, J. (1999) SIDA en la mujer brasileña: entre el ocultamiento y la revelacion. *Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública / Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde.
33. GIFFIN, K. (1994) Violência de gênero, sociedade e saúde. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde pública*, n.10, supl. 1, p. 146-155.
34. HEILBORN, M. L. ; SOY, B. (1998) Estudos de Gênero. Seminário: *As Ciências Sociais no Brasil: Tendências e Perspectivas (1970-1995)*. Caxambu: ANPOCS.
35. HEILBORN, M. L. (1998) Gravidez na adolescência: Considerações sobre as dimensões culturais de um problema social. In: Vieira, E. M. et al. *Seminário gravidez na adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde/ Saúde do Adolescente /Projeto de Estudos da Mulher/ Family Health International.
36. LACERDA, A. (1999) ONU Lança Programa Contra Aids entre os Jovens. *Jornal do Brasil*, 25 fev. 1999.

37. LA SANTÉ DE JEUNES (1994). Genebra: Organisaçon Mondiale de La Santé (OMS).
38. LEVI, G. ; SCHMITT, Jean-Claude (1995) *A história dos jovens*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
39. LENT, C. (s/d) Aids: Every-man's land. *Terra Femina*, n.6 . Rio de Janeiro: IDAC.
40. LEVISKY, D. L. (org.) (1998) *Adolescência pelos caminhos da violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
41. _____ (1999) *Adolescência – Reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
42. LOYOLA, M. A. (org) (1998). *A sexualidade nas ciências humanas*. Rio de Janeiro: Eduerj.
43. LUZ, M. T. (1993) *Relações entre o Adolescente e a sociedade atual: institucionalização, violência e disciplina*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS.
44. MADEIRA, F. R. (org.) (1997) *Quem mandou nascer mulher?* Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
45. MAZZOTTI, A. J. (1994) *Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação*. Brasília: ano 14, n 61, jan./mar.
46. MERCHAN–HAMANN, E. (1995) Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de Aids em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* , ano 11, n. 3, p. 463-479, Jul. / set.
47. MINAYO, M. C. S (org.) (1994) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
48. _____ (1992) *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
49. _____ (1997) In: *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília, Ministério da Saúde, Serviço de assistência à saúde do adolescente.
50. MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) *Boletim Epidemiológico de Aids*. Brasília; Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, ano X, n.3, jun. / ago.

51. _____ (1998) *Boletim Epidemiológico de Aids*. Brasília, Coordenação Nacional, ano XI, n. 4, set./ nov.
52. _____ (1999) *Boletim Epidemiológico de Aids*, ano XII. Brasília, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, fev. 1999.
53. _____ (1999) *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Norma Técnica, 1º edição. Brasília: Área Técnica Saúde da Mulher.
54. NETO, O. C. ; MOREIRA, M. R. (1999) A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. Rio de Janeiro; *Ciência e Saúde Coletiva*, ano 4, n. 1, p. 33-52.
55. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – *La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro*. 1995.
56. PAIVA, V. (1996) Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: Parker, R. ; Barbosa, R. M. (orgs.) *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
57. PARKER, R. et al (1994) *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj.
58. PARKER, R. (1998) Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/ AIDS. In: Ayres, J. R. et al. *Seminário gravidez na adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde, Saúde do adolescente / Projeto de Estudos da Mulher / Family Health International.
59. PARKER, R. (1994). *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj.
60. PARKER, R. ; GALVÃO, J. (1996). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj.
61. PARKER, R. ; BARBOSA, R. M. (1996) *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ABIA/ IMS/ Uerj.
62. RASSIAL, J-J (1999) *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

63. RETZLAFF, C. (1999). The Nineteenth International Nursing Conference On Ending Violence Against Women. *Journal of the International Association of Physicians in Aids Care*, mar. 1999.
64. REVISTA *ÉPOCA*. Rio de Janeiro, ano 1, n.47, abr.1999.
65. REVISTA *PAIS & TEENS*. São Paulo, Instituto Paulista da Adolescência, Ano 2, n. 3, fev./mar./abr. 1997.
66. _____ São Paulo, Instituto Paulista da Adolescência, ano 2, n. 5, ago./set./ out. 1997.
67. REVISTA *VEJA*. Rio de Janeiro, ano 33, n. 1 633, jan. 2000.
68. RIOS, R. (1993) Gênero, salud y desarrollo: un enfoque en construccion. In: *Gênero, Mujer y salud en las Américas*. Washigton: OPS.
69. ROLNIK, S. (1996). Guerra dos gêneros & gerra aos gêneros. *Genders wars*. Nova York. Passim. inc.: TRANS Arts cultures, n.2.
70. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (1998) Boletim DST / Aids. Rio de Janeiro, DST / AIDS.
71. SEIXAS, A. H. (1999) Abuso Sexual na Adolescência. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
72. SCHINDLER, N. (1998) Os tutores da desordem rituais da cultura juvenil nos primórdios da Era Moderna. *A história dos jovens*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.
73. SHEDLIN, M. G. (1999) Genero y cultura como fatores de riesgo del VIH/SIDA en mujeres hispanas de los Estados Unidos da América. *Salud, cambio social e política: perspectivas desde América Latina*. México: Instituto Nacional de Saúde Pública / Foro Internacional de Ciências Sociais e Saúde.
74. THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (1998). *Rumo a um Novo Mundo: A vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens*. EUA.
75. VELHO, G. ; ALVITO, M. (org.) (1996). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: Ufrj / FGV.

76. VILLELA, W. ; BARBOSA, R. (1996) Repensando as relações entre gênero e sexualidade. In: Parker, R. ; Barbosa, R. M. (orgs.) *Sexualidades brasileiras* Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
77. VULNERABILITY AND OPPORTUNITY (1996) Adolescents and HIV/Aids in the developing world. *EUA*: International center for research on womem.
78. WIEVIORKA, M. (1997) O novo paradigma da violência. *Tempo social*, ano 9, n.1. São Paulo, Revista de Sociologia da USP, mai., 1997.

ANEXOS

VIII - ANEXOS

ANEXO 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome	
2. Idade	Data de Nasc.:
3. Endereço	
4. Naturalidade	
5. Mora com os pais, parentes, amigos ou outros?	
6. Escolaridade	
7. Experiência Profissional	
8. Estado Civil	
9. Filhos	
10. Atividades que desenvolve no momento	
11. Religião	

II- AIDS

12. O que você sabe sobre a Aids?
13. Você sabe como se pega a Aids?
14. Quando você ficou sabendo que estava com a Aids? Como ficou sabendo?
15. Como este momento foi vivido por você?
16. Você já havia feito o exame para Aids antes?
17. Como você acha que pegou a Aids?
18. Como você se sente vivendo com a Aids?
19. Quem você procurou para conversar ao saber que estava com Aids?
20. E o seu relacionamento com as pessoas, mudou alguma coisa?
21. Qual (ais) a(s) mudança(s) que considera marcante (s) agora vivendo com a Aids?

22. Você tem namorado?
23. É casada, vive com alguém?
24. Como é para você esta relação vivendo com a Aids?
25. Você conversa sobre a Aids com os novos parceiros? Por quê? Como você sente falando sobre isso com eles?
26. Você conhece as doenças que são sexualmente transmissíveis? Quais?
27. Como você ficou sabendo dessas doenças?
28. Já teve algumas dessas doenças ? Qual (ais)
29. Se já teve uma ou mais, procurou tratamento médico? Por quê?
30. Você tem filhos?

31. Como é para você uma gravidez hoje vivendo com a Aids? Como você vê isso, o que pensa a respeito?
32. Qual a sua opinião sobre os Serviços de Saúde que já passou devido à Aids?
33. Que dificuldade(s) você encontrou (ou encontra) nesses locais ?
34. Encontra-se sendo assistida pelo Serviço de Saúde que iniciou tratamento para Aids? Por quê?
35. Você tem o local onde faz tratamento como referência para se informar e tirar dúvidas sobre a Aids com os profissionais?
36. Participa de atividade (s) com outras pessoas vivendo com Aids? Por quê? Qual (ais)
37. Qual a importância dessas atividades para você?
38. E a sua família, que tipo de apoio recebe dela?
39. Qual é a pessoa na família que você confia para falar sobre suas vivências com a Aids?

40. Como vê as suas relações de amizade agora vivendo com a Aids? Tem amigos?
41. você conversa sobre a Aids com seus amigos? Procurou as antigas amizades ou as mais recentes? Por que?
42. Você estuda? (caso sim) Você encontra espaço para falar da Aids onde estuda? Por quê?
43. Você trabalha? (caso sim) E com seus colegas de profissão, alguém sabe? Por quê?
44. Você antes conhecia alguma pessoa vivendo com Aids? Como você via uma pessoa com a Aids antes?
45. Como é isso para você hoje? Mudou alguma coisa junto as pessoas que convive?
46. Que dificuldades você reconhece em nosso meio para as adolescentes que vivem com a Aids?

46. Que dificuldades você reconhece em nosso meio para as adolescentes que vivem com a Aids?

III- VIOLÊNCIA

48. Qual a sua opinião sobre a violência?
49. O que é a violência?
50. Você acha a nossa sociedade violenta? Por quê?
51. Que situação(ões) na vida você acha violenta(s)?
52. Você já sofreu alguma violência? Qual(ais)?
53. Qual foi a sua reação a essa vivência? Como se sentiu?
54. Você acha que as pessoas na adolescência são mais violentas que em outras idades? Por quê?
55. Que violência(s) na sua opinião os/as adolescentes sofre(m) mais?
56. Que violência(s) na sua opinião os /as adolescentes praticam mais?
57. Que violência(s) é(são) mais vivida (s) pelas adolescentes com Aids?

58. O que é mais difícil para uma adolescente com Aids vivenciar em nosso meio? A nossa sociedade acolhe mais ou ameaça mais as pessoas com esse problema? Como você se sente?

59. Você acha que isso poderia mudar ou melhorar? Por quê? Como?

Anexo II

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento procura dar a você e a seu (s) responsável (eis) informações e pedir sua participação na pesquisa de Mestrado da escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, que busca compreender as manifestações de violência no contexto das adolescentes vivendo com Aids. Este estudo torna-se importante para conhecer as vivências ligadas ao sexo e a idade, que interferem diretamente no desenvolvimento físico e socioafetivo destas pessoas.

Para participar no estudo é preciso passar por uma entrevista que pode ser realizada em um único dia. Esta entrevista tende a ser um processo tranquilo, sem risco à saúde física e/ou emocional. Havendo alguma reação importante ao seu conteúdo, fica assegurado o atendimento a (s) sua (s) necessidade (s) do momento. Com o fim de obter um registro satisfatório das informações será utilizado um gravador. Os participantes no estudo receberão ajuda financeira para as despesas com passagens de ida e volta ao local da entrevista, como também para alimentação durante o período que permanecerem no local.

Fica assegurado o seu direito, como o do (s) seu (s) responsável (eis) de pedir outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, agora ou mais tarde, podendo se recusar a participar ou interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo ao seu atendimento.

As informações sobre a sua pessoa neste estudo serão tratadas com sigilo. Os nomes das participantes não serão divulgadas em nenhuma hipótese e os

resultados das pesquisas só serão apresentados em conjunto, que não permitem a identificação dos indivíduos.

Declaro estar ciente das informações deste Termo de Consentimento, entendendo que poderei pedir esclarecimentos a qualquer tempo, dando o meu consentimento para participação na pesquisa. Estou ciente de que uma outra cópia deste termo permanecerá arquivada na Escola Nacional de saúde Pública – ENSP.

Participante: _____

End.: _____

Na condição de responsável pela adolescente _____
_____ declaro dar meu consentimento para sua participação nesta pesquisa.

Responsável: _____

End.: _____

_____, _____ de _____ de 1999.
(Local)

Assinatura da participante

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador

Assinatura da testemunha