

Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino'

He does not Want it with Condom and I Want to Protect Myself: exposure of female adolescents to STD/AIDS in the semi-arid region of the Brazilian northeast

Juliana Sampaio

Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal de Campina Grande. Coordenadora do Núcleo da ABRAPSO-Paraíba.

Endereço: Rua Juvêncio Arruda, n 795, Bodocongó, CEP 58407-485, Campina Grande, PB, Brasil.

Email: julianasmp@hotmail.com

Roseléia Carneiro dos Santos

Psicóloga. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora da Faculdade de Medicina da UFC.

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608, 5 andar, Rodolfo Teófilo, CEP 60430-140, Fortaleza, CE, Brasil.

Email: rosesantos_psi@yahoo.com.br

Jayce Layana Lopes Callou

Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre mulheres, feminismo e Gênero - NEIM/UFBA.

Endereço: Estrada de São Lázaro, 197, Federação, CEP 40210-730, Salvador, BA, Brasil.

Email: jayce.psi@hotmail.com

Bruna Barreto Cunha Souza

Psicóloga. Mestranda em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Endereço: Rua Monte Alegre, 984, Perdizes, CEP 05014-901, São Paulo, SP, Brasil.

Email: bruna.souza.psi@gmail.com

† Fontes financiadoras: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e pelo Programa Conexões de Saberes da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF.

Resumo

A propagação da aids tem sofrido mudanças em seu perfil, e o aumento de casos em mulheres tem sido cada vez mais frequente, contribuindo de modo decisivo para o fenômeno chamado feminização da aids. Levando em consideração essa realidade, este trabalho tem por objetivo analisar a exposição de adolescentes às DST/aids no semiárido nordestino. A metodologia de trabalho utilizada foi baseada na abordagem qualitativa em saúde, utilizando como modelo teórico-metodológico as Práticas Discursivas e Produção de Sentido (Spink, 2004; Spink e Medrado, 1999). Ao todo três estratégias metodológicas foram utilizadas para a coleta de dados: 1024 horas de observação participante, 72 entrevistas semiestruturadas e 36 grupos focais, englobando dois grupos de atores: 72 profissionais de 8 equipes de saúde e 360 adolescentes, de ambos os sexos. A partir da análise dos resultados, constatou-se que a realidade nordestina é permeada por características que tornam a mulher vulnerável às DST/aids, tais como: a) a baixa escolaridade; b) as relações desiguais de gênero; c) a ausência de uma política de prevenção direcionada ao público adolescente; d) a inexistência de vínculo entre profissionais da saúde e população; e e) a frequente compreensão dos serviços de saúde como espaço exclusivamente da mulher. Diante desse contexto, aponta-se a necessidade da efetivação de políticas de atenção à saúde integral de adolescentes, que trabalhem os direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de gênero, para a efetiva prevenção das DST/aids, exercendo impacto direto na promoção da qualidade de suas vidas.

Palavras-chave: Gênero; Adolescentes; Saúde da Família; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Abstract

The dissemination of AIDS has suffered changes in its profile and the increase in cases among women has been more and more frequent, contributing decisively to the phenomenon called the feminization of AIDS. Taking this fact into account, the objective of this work is to examine the exposure of adolescents to STD / AIDS in the semi-arid region located in the Northeast of Brazil. The applied methodology was supported by the qualitative approach in health, and Discursive Practices and Production of Meaning (Spink, 2004; Medrado and Spink, 1999) were used as the theoretical and methodological model. Three methodological strategies were used for data collection: 1,024 hours of participant observation, 72 semi-structured interviews and 36 focus groups, comprising two groups of actors: 72 professionals of 8 health teams and 360 adolescents of both sexes. From the analysis of results it was possible to verify that the Northeastern reality is permeated by characteristics that make the women vulnerable to STD / AIDS, such as: a) low educational levels; b) unequal gender relations; c) absence of a prevention policy targeted at teenagers; d) lack of bonds between health professionals and the population; e) the frequent understanding of health services as a space exclusively for women. In light of this context, we point to the need of policies of integral health care to adolescents that approach the sexual and reproductive rights in a gender perspective for the effective prevention of STD / AIDS, exerting a direct impact on improving the quality of their lives.

Keywords: Gender; Teenagers; Family Health; Sexually Transmitted Diseases.

Introdução

Tem sido observada nas últimas décadas uma mudança no perfil da aids no Brasil. Essa mudança se deve, principalmente, ao aumento no número de casos notificados via relação heterossexual, fenômeno denominado de “heterossexualização” da epidemia, que, por outro lado, tem contribuído de modo decisivo para o aumento de casos em mulheres, provocando a “feminização da aids” (Barbosa e Sawyer, 2003).

Santos e Iriart (2007) apontam como principais condicionantes da vulnerabilidade feminina ao HIV/ aids, a baixa escolaridade, as iniquidades de gênero e as disparidades regionais, identificando as maiores taxas de crescimento na incidência de infecção por DST/aids entre mulheres de baixa escolaridade na região nordeste do Brasil.

No tocante às iniquidades de gênero, como condicionantes de risco de mulheres à infecção por DST/aids, compreende-se que estas são construtos sociais que produzem relações assimétricas entre homens e mulheres, implicando sempre em relações de poder nas quais a mulher, na maioria das culturas existentes, apresenta papel de subserviência (Vilela e Arilha, 2003).

Essas iniquidades causam sérios impactos à saúde, quando, por exemplo, as mulheres se arriscam nas relações sexuais, ao se submeterem à recusa de seu parceiro em usar o preservativo. Além disso, o cuidado com a saúde, a reprodução e a prevenção são quase sempre atribuídas à mulher. Isso impede, muitas vezes, segundo Sampaio (2006), que adolescentes e jovens do sexo masculino assumam uma postura mais autônoma diante do cuidado com seu corpo - e com o corpo do outro. Lima (2000) aponta que as iniquidades de gênero e os valores machistas organizam as práticas discursivas no interior do nordeste brasileiro, acentuando a vulnerabilidade feminina às DST/aids.

Dessa forma, não é estranho que os adolescentes sejam um dos grupos mais vulneráveis à aids (Brito e col., 2001). Essa vulnerabilidade está associada a fatores como início da vida sexual cada vez mais cedo e relações sexuais esporádicas. Viegas-Pereira (2000) ressalta que apesar de todas as mudanças no cenário sexual dos adolescentes, meninos e meni-

nas, se encontram em patamares distintos no que tange à sexualidade, com implicações importantes diante do risco das DST/aids.

Vulnerabilidade é compreendida nesse contexto como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, através do resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento. Ayres (2003) considera relevante a articulação de três componentes na análise da vulnerabilidade: o componente individual, o social e o programático. O *componente individual* refere-se ao grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, assim como interesse e possibilidade de utilizar essas informações para a proteção. O *componente social* relaciona-se a aspectos que não dependem apenas dos indivíduos, mas sim de acesso aos meios de comunicação, disponibilidade de recursos materiais e fatores políticos. O *componente programático*, por sua vez, está relacionado às ações de programas destinados à prevenção e ao cuidado relativo ao HIV/aids, podendo ser políticas regionais, locais e nacionais que devem ser disponibilizadas de modo efetivo e democrático. Destaca-se que as condições que geram vulnerabilidade não se dão de maneira isolada, seguindo uma linearidade. Os componentes citados por Ayres (2003) inter-relacionam-se nas relações cotidianas das pessoas, não sendo possível estabelecer uma relação de causa e efeito.

No nordeste, a vulnerabilidade programática se evidencia na medida em que há uma situação de elevado risco de infecção de DST/aids, devido, principalmente, à ausência de estratégias de prevenção dos riscos de infecção pelo HIV (Barbosa e Sawyer, 2003).

No que se refere às estratégias de prevenção no campo da aids, Ayres (2002) destaca que o serviço de saúde tem como responsabilidade atender o sujeito, reconhecendo-o como um ser autêntico, histórico, dotado de singularidades e valores. Contudo, o que se observa é a dificuldade de os profissionais de saúde dialogarem com os usuários, produzindo intervenções normatizadoras com baixa efetividade.

A Estratégia Saúde da família (ESF), caracterizada como a porta prioritária do atendimento à saúde para a população brasileira (Paim, 1999), tem

encontrado dificuldades no que se refere à qualificação de suas ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva (Leão, 2005). Os profissionais tendem a direcionar suas práticas para o planejamento familiar e distribuição de insumos. Essa prática não atende aos usuários de forma integral, nem às prerrogativas da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, em 1994 e da Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres, ocorrida em 1995, em Beijing, que defenderam, entre outros aspectos, a disponibilização de informações e serviços adequados para atenção à saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento de ações para adolescentes no campo do planejamento familiar e reprodutivo, da prevenção da aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (Brasil, 2005).

A partir dessas contradições entre as proposições internacionais e as políticas efetivadas localmente e reconhecendo que determinados fatores exercem impacto direto na saúde das pessoas, é que este artigo se propõe apresentar possíveis condições que favoreçam a exposição das adolescentes às DST/aids.

Enfoca-se a experiência de adolescentes residentes nos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, situadas no interior do nordeste, região marcada pelo aumento da incidência dos casos de DST/aids entre mulheres e pelas acentuadas relações inequívocas de gênero.

Esses municípios têm cerca de 260 mil habitantes cada (IBGE, 2006) e ambos contêm áreas urbanas e rurais, com cobertura em torno de 80% da população pelas equipes de Saúde da Família. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dessas secretarias, cerca de 10% da população é de adolescentes do sexo feminino.

A aids e a gravidez não planejada são apontadas como grandes problemas de saúde pública no campo dos direitos sexuais e reprodutivos na região, agravadas quando considerada a população adolescente, vulnerabilizada, entre outras questões, pela frequente prática de prostituição infantil, que é intensificada pelo trânsito de caminhoneiros.

Tomando como exemplo Petrolina-PE, em 2006, foram registradas 985 adolescentes grávidas, evidenciado que seus filhos apresentavam a maior

prevalência de baixo peso ao nascer (33%). Nesse mesmo ano, houve notificação cumulativa, desde 1988, de 259 casos de aids no município e entre os casos notificados no referido ano, 60% equivaleram ao sexo feminino (Petrolina, 2006).

Destaca-se, por fim, que um dos principais problemas enfrentados pelas secretarias municipais de saúde, não apenas nesses municípios, mas em outras localidades do país, é a baixa notificação dos agravos da saúde, o que aponta uma possível subestimação dos dados.

Diante desse contexto, buscou-se evidenciar alguns dos possíveis fatores que contribuem para os processos de feminização e juvenização da aids e de outras DST nos municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, buscando subsidiar a proposição de novas práticas e políticas públicas de saúde no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, que fortaleçam os espaços de diálogo entre profissionais e adolescentes.

Considerações Teórico-metodológicas

Este estudo é fruto de uma pesquisa com abordagem qualitativa em saúde, a partir da qual são evidenciados os sentidos e significados produzidos pelos atores sociais, sujeitos ativos na produção de conhecimento. O estudo foi realizado pelo Grupo de Pesquisa e Extensão Gênero e Sexualidade da Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), entre agosto de 2007 e julho de 2008.

Para o direcionamento da pesquisa, utilizou-se o modelo teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentido (Spink, 2004; Spink e Medrado, 1999), a partir do qual se compreende que os sujeitos produzem sentidos e significados que orientam a forma de lidar com as coisas do mundo, por meio das relações culturalmente estabelecidas.

Três estratégias metodológicas foram utilizadas para coletar os dados, englobando dois grupos sociais: os profissionais de saúde e adolescentes, tanto homens quanto mulheres, na tentativa de analisar, por meio de suas narrativas, a exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids, no semiárido nordestino.

A primeira estratégia correspondeu à observação participante (Becker, 1999) do cotidiano das unidades de saúde. Essa estratégia permitiu identificar: a) as rotinas de trabalho; b) as interações entre profissionais e adolescentes, e c) as práticas de saúde direcionadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes; que evidenciassem as produções de sentidos sobre gênero e sexualidade dos atores envolvidos. Ao todo foram realizadas 1.024 horas de observações, distribuídas em oito unidades de saúde das cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, abrangendo quatro distritos sanitários de cada cidade. Como critérios de escolha (realizada conjuntamente com as secretarias de saúde), foram selecionadas unidades pertencentes a comunidades populares e com alto número de gravidez e DST/aids entre adolescentes.

A observação participante das atividades dos profissionais das equipes de saúde da família foi realizada durante oito horas semanais, no período de quatro meses. Essa estratégia permitiu tornar os pesquisadores atores do contexto em foco, que assumiram o papel de coparticipação no processo de reflexão crítica das práticas de saúde direcionadas à educação sexual e reprodutiva de adolescentes. Nesse processo, buscou-se evidenciar os discursos que se produzem no cotidiano e que orientam as práticas dos indivíduos. Ao mesmo tempo, a observação permitiu compreender as rotinas de trabalho e os diferentes modos de interação dos diversos profissionais, levando-se em consideração, suas crenças, valores e sentidos diante das concepções de gênero e sexualidade comumente utilizadas no serviço.

Toda a observação foi registrada em diário de campo, possibilitando a descrição de fatos e impressões, assim como o registro de possíveis inquietações e sentimentos surgidos nas experiências vivenciadas no dia a dia das equipes de saúde da família.

Como segunda estratégia metodológica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, técnica marcadamente qualitativa, que permitiu o desenvolvimento de uma “conversa informal”, na qual os sujeitos se sentiam livres para discorrer sobre os diversos temas: adolescência, sexualidade, gênero e práticas de prevenção em DST/aids. As entrevistas permitiram a obtenção de dados socioculturais,

assim como subsídios para a análise dos discursos dos entrevistados por meio das suas narrativas (Minayo, 2000). Ao todo, foram entrevistadas as oito equipes multidisciplinares observadas, abrangendo 74 profissionais, entre eles: médicos, enfermeiros, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde e recepcionistas.

Como terceira e última estratégia metodológica, foram desenvolvidos 36 grupos focais com adolescentes da área adscrita das unidades estudadas, divididos por sexo (menino, menina) e idade (12 a 15 anos; 16 a 21 anos). Ao todo, foram envolvidos nos grupos 360 adolescentes, que permitiram a construção dos diferentes discursos em coletividade (Westphal e col., 1996). Os grupos abordaram as seguintes temáticas: adolescência, sexualidade, gênero, práticas afetivo-sexuais, estratégias de prevenção em DST/aids e relação da equipe de saúde da família com os adolescentes. Dessa forma, buscou-se compreender as produções de sentidos dos adolescentes diante das concepções de sexualidade e gênero, como também acerca da garantia dos direitos sexuais e reprodutivos.

A partir das narrativas coletadas nas observações, entrevistas e grupos focais foi realizada análise temática de conteúdo (Bardin, 1994), visando descobrir os núcleos de sentido que organizam os discursos, resultando em categorias de análises que foram interpretadas de acordo com as considerações teórico-metodológicas do estudo.

Para atender às exigências éticas do Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96, o estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisas envolvendo seres humanos da Asces-Caruaru, como também obteve de todos os participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Partindo da análise do material coletado, serão abordados neste ensaio alguns fatores que se mostraram relacionados ao fenômeno da feminização da aids e outras DST no semiárido nordestino; entre os quais destacam-se a baixa escolaridade e as relações ineqüânimes entre os sexos.

Na dimensão programática da estruturação da Saúde da Família também serão abordados a au-

sência de uma política de prevenção direcionada ao público adolescente, a inexistência de vínculo entre profissionais da saúde e população, assim como a frequente compreensão dos serviços de saúde como espaço prioritariamente feminino, como fatores que também contribuem com o aumento das DST/aids entre as adolescentes.

Desigualdade de gênero e acesso a informação: fatores contribuintes para o processo de feminização da aids e outras DST

Para análise da influência das relações assimétricas de gênero na exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino, será apontada inicialmente a dificuldade que elas têm de negociar com o parceiro o uso de preservativo, presente em vários momentos em seus discursos. Ao ser questionada sobre o motivo do não usar o preservativo nas relações sexuais, uma adolescente respondeu:

Porque meu marido não gosta. Ele tem medo de botar e broxar. Ele diz bem assim que não usa comigo, mas usa com as outras. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir, mas ele é meu marido. O que eu vou fazer agora pra me prevenir é comprar camisinha pra mulher. (Grupo Focal nº 23).

Esse dado se encontra respaldado no estudo de Viegas-Pereira (2000):

A assimetria de gênero nas relações entre os adolescentes é percebida na negociação do condom, quando as meninas não sugerem o uso do preservativo com medo de perder o rapaz, provocando uma ruptura na relação. E ainda, os depoimentos das meninas sempre sugerem que o desejo masculino é que impera - se o homem não quer camisinha, então não se usa. (Viegas-Pereira, 2000, p. 19)

Pode ser constatado que a iniciativa do uso da camisinha na relação sexual é atribuída quase sempre ao homem, de modo que se a mulher assume essa função passa a ser vista como “fácil” e sem valor. Como pode ser evidenciado, através da seguinte fala do adolescente: “Vai levar a camisinha no bolso é? É o homem que tem que levar.” (Grupo Focal nº 25). Percebe-se, nesse discurso, o estranhamento de

um adolescente ao ser questionado sobre como se sentiria ao sair com uma garota que possuísse um preservativo, seguida da assertiva de que é o homem quem tem que tomar a iniciativa do uso.

Essa compreensão do homem como provedor, associado à ideia de potência sexual, legitima valores machistas durante o processo de negociação do preservativo. Aliado a isso tem-se a visão de mulher associada à passividade e dependência, o que acaba por vulnerabilizá-la diante da DST/aids, na medida em que pode exercer pouca influência nas decisões referentes à sua sexualidade.

Foi também observada, nas narrativas, a cautela dos rapazes com meninas que propõem a relação sexual e/ou o uso do preservativo. Esse comportamento não é percebido como uma prática comum, tampouco é legitimado, causando estranhamento e preocupação.

Adolescente 4: O único problema é quando você tá assim e de repente chega uma menina: “E aí umbora?!”, pra ficar com você, coisa e tal e ela já querer liberar pra pessoa... alguma coisa tá errado pra ela já chegar oferecendo [a camisinha]. Quando a pessoa chega assim, se jogando, alguma coisa ela tem de errado pra tá se jogando. (Grupo Focal nº 29)

Cabe destacar, também, que além do pequeno poder atribuído à mulher nas decisões afetivo-sexuais, existe frequentemente a culpabilização nos casos de DST ou de gravidez não planejada, reconhecendo-a como única responsável pelo cuidado de si e do seu parceiro. Essa visão atribui à mulher a função de cuidadora, relacionada às ocupações do ambiente doméstico e ao bem-estar dos demais membros da família. Como pode ser observado na seguinte fala do profissional: “É sempre diferente, porque é ela que engravida, é ela que vai carregar o fardo [...] e é sempre atribuído mais pra mulher a obrigação e a responsabilidade de se precaver” (Profissional 10). Através desse dado, confirma-se que nos dias atuais “a sociedade brasileira é marcada por uma assimetria de gênero, sendo nessa lógica o gênero masculino o ‘polo hegemônico’” (Brasil, 2003, p. 27).

Outro resultado merecedor de atenção é a constatação de um baixo nível de informação dos adolescentes sobre DST/aids, refletido no desconhecimento das formas de infecção e prevenção. Em vários

momentos da pesquisa o uso de contraceptivos orais, o DIU e até mesmo o teste sorológico foram citados como métodos de prevenção para as DST/aids, como mostram as falas a seguir:

Adolescente 1: O único método conhecido que ninguém pode dispensar é a camisinha. O ideal, a única coisa que previne a aids, não é?

Adolescente 2: Comprimidos?...

Adolescente 1: Comprimidos não, comprimidos previnem a gravidez. Camisinha é o único método que eu conheço que previne a aids.

Adolescente 2: Bom, na minha opinião, não é só a camisinha, tem o DIU, né?

Adolescente 3: Eu ouvi dizer que faz exame de sangue né? Sei lá... pra saber se é portador da aids. É mais seguro né? Eu acho que seria um modo de prevenir. (Grupo Focal nº 13).

Essa discussão assume um lugar de destaque na medida em que traz à tona a mudança do perfil dos grupos atingidos pelas DST/aids, de modo que “os novos casos incidem com maior frequência sobre mulheres com pouca ou nenhuma escolaridade, em situação de pobreza e com pouco acesso à informação” (Brasil, 2003, p. 12). No caso das adolescentes que participaram desse estudo, é necessário ressaltar que a grande maioria frequentava a escola, não sendo consideradas analfabetas. Entretanto, o acesso às informações básicas se mostrou precário entre os jovens, contribuindo para sua vulnerabilização diante da DST/aids.

Observou-se também que as adolescentes mostraram-se bastante inibidas ao discutirem temas como sexualidade, sexo, prevenção das DST/aids, demonstrando, em muitos momentos, um desconhecimento maior em relação a esses temas, quando comparadas com os meninos.

Arelada à questão da falta de informação, evidencia-se repertórios linguísticos que reforçam valores machistas, que demandam da figura feminina o recato, orientando seus padrões de comportamento, por mecanismos normatizadores. Como consequências, espera-se das mulheres posturas de pudor e vergonha em suas práticas afetivo-sexuais.

Sobre esse aspecto, Campos (2006, p. 73) aponta para o fato de que “a capacidade de agir não depende apenas do acesso às informações pertinentes”,

estando relacionada também a condições pessoais, culturais, econômicas, etc., que influenciam na operacionalização do conhecimento adquirido.

Viegas-Pereira (2000) chama a atenção para o fato de muitas vezes as meninas apresentarem uma percepção de risco da aids menor do que os meninos, justamente por não serem informadas sobre o assunto. Segundo a autora, muitos pais costumam agir de forma mais liberal com os filhos e mais conservadora com as filhas, construindo relações assimétricas que acabam por colocar as adolescentes em um lugar desprivilegiado. Vale destacar que essas relações não se restringem ao âmbito familiar, sendo frequentes também nos ambientes educacionais, religiosos, nos serviços de saúde e até mesmo nas relações pessoais das adolescentes. Corroborando esse dado, discussões sobre sexo, sexualidade e namoro foram apontadas como menos frequentes com esse público, favorecendo assim um menor nível de instrução entre as jovens, o que acaba influenciando em suas escolhas e no poder de decisão sobre assuntos relacionados à temática.

Inexistência de ações de saúde direcionadas aos adolescentes

Em todas as unidades pesquisadas, observou-se que os adolescentes procuram pouco os serviços de saúde, sendo mais frequente a participação das meninas. Há, porém, maciça presença de mulheres, crianças e idosos nas unidades de saúde. Sabe-se, contudo, que essa não é uma realidade exclusiva da região estudada, mas de boa parte do território nacional (Figueiredo, 2005; Pascoalick e col., 2006). A significativa presença de mulheres nas unidades de saúde evidencia a construção social de que o cuidado com a saúde é uma prática predominantemente feminina. Esse discurso é francamente evidenciado nas narrativas dos profissionais de saúde. Uma vez sendo o cuidado uma atribuição feminina, conseqüentemente a unidade de saúde é um espaço prioritário da mulher.

A gente percebe no próprio planejamento familiar aqui, estou aqui há cinco meses, tem cinco meses e eu só atendi dois homens no planejamento familiar, um deles era gay e queria transformar o corpo dele [...] o outro era um homem que queria tratar da sífilis (Profissional 11).

Autores (Heilborn e Brandão, 1999; Tomita e Ferrari, 2007) enfatizam a importância de trabalhos direcionados aos profissionais de saúde, no que diz respeito às relações de gênero. Isso porque são por meio dessas relações que são construídos os comportamentos e vivências sexuais dos sujeitos, sendo as diferenças entre o masculino e feminino circunscritas não apenas à esfera corporal, mas também social e cultural.

Desse modo, ausência dos homens nos serviços de saúde pode estar diretamente relacionada aos estereótipos firmados, delimitando papéis que devem ser severamente reproduzidos por homens e mulheres (Sena, 2004): à masculinidade, por exemplo, atribui-se *status* de força, capacidade de sustentar sua família, produtividade, competitividade, não vulnerabilidade, produções de sentido que justificam os homens não cuidarem da saúde (Costa, 2003; Figueiredo, 2005; Korin, 2001; Pascoalick e col., 2006).

Mas não são apenas as diferenças de gênero que justificam as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Foi observada, também, a inexistência de ações programáticas direcionadas ao público adolescente. Para terem acesso às ações da estratégia saúde da família, eles frequentam as atividades propostas para as crianças e/ou adultos, não havendo uma política específica para suas demandas. Como pode ser demonstrado na descrição a seguir: “[...] A profissional deixou claro [...] que no serviço não há atividade voltada para os adolescentes e que estes quase nunca vão à unidade.” (Diário de Campo, unidade 1).

Esse não é um cenário apenas da região estudada. Estudos como os de Leão (2005) denunciam a falta de ações de saúde voltadas ao público adolescente, em várias localidades do país. Entretanto, o que parece específico ao contexto local é a completa inexistência da política de atenção à saúde do adolescente, preconizada pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa de Saúde para Adolescentes - Prosad (Oselka e Troster, 2000; Ruzany e col., 2002).

A ausência de ações para adolescentes na atenção básica tem contribuído para os processos de feminização e juvenização da aids (Taquette e col., 2003), na medida em que favorecem o despreparo das adolescentes para assumirem suas experiências afetivo-sexuais de forma prazerosa e segura.

Vínculo entre unidade de saúde e adolescentes

A não procura dos adolescentes pelos serviços de saúde esta diretamente relacionada com a inexistência de vínculo entre estes e os profissionais de saúde, de modo que a ESF acaba por não se configurar como um espaço de cuidado para os adolescentes: “[...] Eu não gosto desse posto. Eles são mal-educados, não pedem licença, eu fico tão chateada.” (Grupo Focal nº 32).

Tomita e Ferrari (2007) destacam que a ESF não tem sido o espaço nos quais os adolescentes tenham se sentido acolhidos. Na prática, não existem atividades que se dirijam, de fato, à promoção da saúde. A maioria das intervenções é de cunho biologicista e curativista, baseada no modelo tradicional da prática médica e, por conseguinte, com ênfase no modelo medicamentoso, centrado na doença (Spink, 2007) e no tratamento.

Esse padrão resulta em atendimentos de planejamento familiar centrados na prescrição de anticoncepcionais. Mesmo quando existem tentativas de realização de atividades de educação em saúde, estas se aproximam do modelo de educação bancária, centrado na transmissão unilateral do conhecimento, bastante criticado por Paulo Freire (Paiva, 2000).

Essas ações evidenciam a tendência dos profissionais de saúde em perpetuar práticas normatizadoras e disciplinatórias de comportamentos, as quais não incentivam os adolescentes ao autocuidado.

Tonelli (2007, p. 147) destaca que a normatização da sexualidade do adolescente está “na ordem do dia, justificada e medicalizada por meio do debate sobre a gravidez, o aborto, a aids, a violência, entre outros ‘problemas’ de saúde pública”.

[a médica] Olhou para a menina e perguntou se era neta da mulher; ela disse que sim e que sua neta já tinha 12 anos. A médica perguntou se ela já namorava e a menina baixou a cabeça, toda sem graça. A avó disse que não, que não era hora ainda [se bem que a própria tinha casado com 13 anos]. A médica então disse que era para a menina ser obediente a avó e ir estudar, pois ela era

muito nova para pensar em “coisas de namoro”. (Diário de Campo, unidade 1)

Campos (2003) destaca a importância da criação de vínculos entre os usuários e os profissionais de saúde, como estratégia de construção de espaços dialógicos que superem a normatização das condutas e possibilitem a construção de saberes compartilhados. Na realidade, tem-se que “o vínculo afetivo, embutido de confiança recíproca, na dupla que empreende uma ação de saúde (profissional-cliente), a par dos aspectos cognitivos, técnicos e científicos, é decisivo para que se possa esperar a melhora do estado do cliente” (Segre e Ferraz, 1997, p. 04).

Como discurso que parece justificar a resistência do profissional em trabalhar com os adolescentes, observa-se a construção de repertórios linguísticos, nos quais o adolescente é tido como: desinformado, irresponsável, ingênuo, infantil e incapaz do autocuidado (Magro, 2002).

Ele entrou na sala de vacina e viu um cartaz do ministério da saúde sobre a AIDS, ele se dirigiu à técnica e perguntou “ei, o que é esse “HVI?””, a técnica deu mais uma vez risada e disse “é o que menino?” “HIV!” e perguntou porque ele queria saber isso, disse que era muito pequeno pra saber dessas coisas. Ele disse a ela que já ia fazer era 13 anos. Diante da insistência do garoto a técnica disse que era um vírus que a pessoa pegava quando ia namorar sem camisinha. Ela perguntou ao menino se ele já namorava e ele saiu rindo sem dá resposta. Quando todos foram embora a técnica disse que esses meninos tão muito sabidos, “já viu mulher, desse tamanho fazendo umas perguntas dessa...” [risos]. (Diário de Campo, unidade 3)

Assim, evidencia-se através desse estudo que as características atribuídas aos adolescentes repercutem nos modelos de atendimento dos profissionais das unidades, como também na procura dos adolescentes pelas ações de saúde na ESF. Essa realidade pode ser compreendida como geradora de condições que vulnerabilizam as adolescentes às DST/aids no semi-árido nordestino.

Considerações Finais

Diante do contexto descrito conclui-se que, informações precárias, relações permeadas por iniquidades de gênero, assim como a organização e modo de funcionamento dos serviços de saúde nas cidades de Juazeiro-BA e Petrolina-PE, acabam comprometendo a efetivação de práticas de prevenção das DST/aids entre adolescentes, vulnerabilizando-os diante da epidemia.

Ao manter práticas normatizadoras, o serviço de saúde inviabiliza o diálogo com as adolescentes e seu acesso ao preservativo, ao planejamento reprodutivo à assistência à saúde sexual. Esse quadro se associa à própria falta dos insumos de prevenção (em especial da camisinha) e à precária organização dos processos de trabalho (que sobrecarrega os profissionais e não permite a construção de espaços dialógicos destes com os grupos populacionais sob seu cuidado sanitário), vulnerabilizando as adolescentes às DST e gravidez não planejada (e consequentemente ao abortamento inseguro).

A partir do contato com a realidade local, foi possível verificar que, mesmo diante dos muitos avanços obtidos ao longo dos anos na luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, as iniquidades de gênero orientam discursos, comportamentos e relações cotidianas, com efeitos diretos na qualidade de vida de jovens e mulheres.

Do exposto, posta-se na construção de novos arranjos discursivos que promovam a igualdade entre homens e mulheres, a partir de narrativas que produzam novas práticas de saúde e olhares para as adolescentes e a vivência de sua sexualidade, de forma prazerosa e segura.

Essa produção, contudo, apenas será possível a partir de ações intersetoriais. Ao setor saúde cabe viabilizar redes de cuidado que articulem escolas, grupos comunitários e religiosos, pais e os próprios adolescentes, e que possibilitem a diminuição das iniquidades de gênero, a melhoria de informação e o acolhimento dos adolescentes e suas demandas de saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, as ações de saúde devem estar pautadas no respeito e valorização das relações cotidianas, de modo que sejam construídos espaços coletivos de diálogos, a partir dos quais os sujeitos possam se tornar atores de promoção de sua saúde.

Referências

- AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117,138.
- AYRES, J. R. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In: PARKER, R.; TERTO, J. V. *Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora ABIA, 2002. p.1-20.
- BARBOSA, L.; SAWYER, D. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 241-257, jul./dez. 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BECKER, H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 4. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Políticas e Diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./br. 2001.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006, p. 41-80.
- CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

- COSTA, R. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 79- 92, jan./jun. 2003.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.
- HEILBORN, M. L.; BRANDÃO, E. Introdução: Ciências Sociais e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org.). *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999. p. 7-17.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Estimativas para 1º de Julho de 2006*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>>. Acesso em: 13 mar. 2007.
- KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p.67-79, mar. 2001.
- LEÃO, L. M. *Saúde do adolescente: atenção integral no plano da utopia*. 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.
- LIMA, B. G. C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D. C., v. 7, n. 3, p.168- 172, mar. 2000.
- MAGRO, V. Adolescentes como autores de si próprios: cotidiano, educação e o HIP HOP. *Caderno Cedes*, Campinas, v. 22, n. 57, p. 63-75, ago. 2002.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
- OSELKA, G.; TROSTER, E. J. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 306-307, out./dec. 2000.
- PAIM, J. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Medsi, 1999. p. 473-487.
- PAIVA, V. *Fazendo arte com camisinha*. São Paulo: Editora Summus, 2000.
- PASCHOALICK, R.; LACERDA, M.; CENTA, M. L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, jan./abr. 2006.
- PETROLINA (Município). Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2007-2009*. Petrolina: Secretaria de Saúde, 2006.
- RUZANY, M. H. et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 639-649, maio/Jun. 2002.
- SAMPAIO, J. *A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da AIDS*. 2006. 222 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.
- SANTOS, C; IRIART, J. A. Significados e práticas associadas ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2896-2905, dez. 2007.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. O conceito de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 538-542, out. 1997.
- SENA, F. M. R. *Mulheres em movimento: construção de relações de gênero na militância política das mulheres*. 2004, 174 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Núcleo de Estudos em Pesquisas Sociais, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2001.
- SPINK, M. J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2004.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Editora Cortez, 1999, p. 41. 61.

SPINK, M. J. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (orgs.). *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2007. p. 345-360.

TAQUETTE, S. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1437-1444, set./out. 2003.

TOMITA, T.; FERRARI, R. A. Adolescência e sexualidade no cotidiano da equipe de enfermagem do serviço de atenção básica de saúde. *Semina: ciências biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 28, n. 1, p. 39-52, jan./jun. 2007.

TONELLI, M. Sexualidade, gênero e gerações: continuando o debate. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. (orgs.). *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2007. p. 141. 155.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F. *AIDS? Tô fora*: um estudo com adolescentes em duas escolas de Belo Horizonte sobre os fatores que determinam o uso do preservativo na era da AIDS. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS DA ABEP, 12., 2000, Caxambu. *Anais...* Caxambu: [s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Poster/AIDS%20Tô%20fora%20-%20Um%20Estudo%20com%20Adolescentes....pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

VILELA, W.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E.(org). *Sexo & Vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da Unicamp, 2003, p. 95-150.

WESTPHAL, M.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletín de la Oficina Saniaária Panamericana*, Washington, D.C., v. 120, n. 06, p. 472-82, jun. 1996.

Recebido em: 24/11/2009

Reapresentado em: 24/04/2010

Aprovado em: 29/04/2010