

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

# **Interfaces e Lacunas na Assistência prestada ao Adolescente Soropositivo**

**Fernanda Graneiro Bastos**

Orientador: Prof. Dr. Cezar Teixeira Honorato

Rio de Janeiro, junho de 2004.

Fernanda Graneiro Bastos

# **Interfaces e Lacunas na Assistência prestada ao Adolescente Soropositivo**

Dissertação de Mestrado  
apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Serviço Social da  
Faculdade de Serviço Social da  
Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro, sob orientação do Prof. Dr.  
Cezar Teixeira Honorato, para  
obtenção do título de Mestre em  
Serviço Social.

Rio de Janeiro, junho de 2004.

## **Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Cezar Teixeira Honorato

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Souza Bravo

---

Prof. Dr. Fernando Sergio Dumas dos Santos

## **ESTATUTO DO HOMEM**

Thiago de Mello

Artigo I - Fica decretado que agora vale a verdade. Agora vale a vida, e de mãos dadas, marcharemos todos pela vida verdadeira.

Artigo II - Fica decretado que todos os dias da semana, inclusive as terças-feiras mais cinzentas, têm direito a converter-se em manhãs de domingo.

Artigo III - Fica decretado que, a partir deste instante, haverá girassóis em todas as janelas, que os girassóis terão direito a abrir-se dentro da sombra; e que as janelas devem permanecer, o dia inteiro, abertas para o verde onde cresce a esperança.

Artigo IV - Fica decretado que o homem não precisará nunca mais duvidar do homem. Que o homem confiará no homem como a palmeira confia no vento, como o vento confia no ar, como o ar confia no campo azul do céu.

Parágrafo Único: O homem confiará no homem como um menino confia em outro menino.

Artigo V - Fica decretado que os homens estão livres do jugo da mentira. Nunca mais será preciso usar a couraça do silêncio nem a armadura de palavras. O homem se sentará à mesa com seu olhar limpo porque a verdade passará a ser servida antes da sobremesa.

Artigo VI - Fica estabelecida, durante dez séculos, a prática sonhada pelo profeta Isaías, e o lobo e o cordeiro pastarão juntos e a comida de ambos terá o mesmo gosto de aurora.

Artigo VII - Por decreto irrevogável fica estabelecido o reinado permanente da justiça e da claridade, e a alegria será uma bandeira generosa para sempre desfraldada na alma do povo.

Artigo VIII - Fica decretado que a maior dor sempre foi e será sempre não poder dar-se amor a quem se ama e saber que é a água que dá à planta o milagre da flor.

Artigo IX - Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que sobretudo tenha sempre o quente sabor da ternura.

Artigo X - Fica permitido a qualquer pessoa, qualquer hora da vida, o uso do traje branco.

Artigo XI - Fica decretado, por definição, que o homem é um animal que ama e que por isso é belo, muito mais belo que a estrela da manhã.

Artigo XII - Decreta-se que nada será obrigado nem proibido, tudo será permitido, inclusive brincar com os rinocerontes e caminhar pelas tardes com uma imensa begônia na lapela.

Parágrafo Único: Só uma coisa fica proibida: amar sem amor.

Artigo XIII - Fica decretado que o dinheiro não poderá nunca mais comprar o sol das manhãs vindouras. Expulso do grande baú do medo, o dinheiro se transformará em uma espada fraternal para defender o direito de cantar e a festa do dia que chegou.

Artigo Final: Fica proibido o uso da palavra liberdade, a qual será suprimida dos dicionários e do pântano enganoso das bocas. A partir deste instante a liberdade

será algo vivo e transparente como um fogo ou um rio, e a sua morada será sempre o coração do homem.

**“Leva-se muito tempo para ser jovem”**

(PABLO PICASSO).

## AGRADECIMENTOS

É chegado o tempo de agradecer e, com ele, a sensação de que é uma pena não ter o dom dos poetas para poder transformar todos os sentimentos presentes numa linda e ridícula carta de amor.

Dizem que a elaboração de uma dissertação de mestrado é um processo bastante solitário. Tenho que confessar que, para mim, esta foi uma produção absolutamente coletiva, até porque, de outra forma, não suportaria.

Vou tentar agradecer a alguns, dos muitos, que participaram dessa construção.

Waldir e Edna “Pojinha”, meus avós, com vocês aprendi o essencial, o imprescindível, o que não podia deixar de ser. Tudo mais foi complemento. Amo vocês por tudo!! Minha avó “Pojinha” é a mulher mais sábia que conheço; quando eu crescer quero ser igual a você!

Rosângela, minha mãe, e, a toda minha família, que sempre foram generosos com minhas ausências e incentivadores à distância. Um beijo!

Luis Augusto, *meu amado*. Durante toda a nossa história, tenho vários motivos para lhe ser grata, e esse é mais um, muito obrigada por tudo!

Cezar Honorato, meu amigo e por “coincidência”, também meu orientador. Tenho tanto a lhe agradecer, começando pelo incentivo para que entrasse no mestrado e, agora, para que conseguisse termina-lo. As nossas orientações foram momentos para recarregar a confiança e a auto-estima, que só amigos generosos podem proporcionar.



Aos professores Maria Inês e Fernando Dumas pela disponibilidade em fazerem parte da banca examinadora e pela colaboração no aprimoramento desta dissertação.

Aos amigos queridos, Verônica, Wecyani, Flavinho, Ana Paula e Márcia, que tornaram tudo mais leve e colorido. Minha riqueza reside na presença de vocês na minha vida. Um beijo no coração de cada um. Pois como nos lembra o poeta: *“É impossível ser feliz sozinho”*(Tom Jobim).

À Verônica, “Velzinha”, novamente, pelo fim de semana dedicado a me ajudar, mesmo quando também precisava de ajuda. Os amigos fazem coisas (docemente) estranhas!!

Aos amigos de sala de aula (e de fora dela também), Jefferson, Rodrigo, Patrícia e Eduardo, vocês tornaram tudo muito mais legal!!

A todos os professores que, generosamente, buscaram compartilhar e estimular o conhecimento.

A toda a equipe da atenção primária do NESA, que tão bem me acolheram no meu retorno institucional. Como também, aos alunos e residentes que acompanharam e compreenderam todo o processo. Em especial a, Carmem Raymundo, pelo companheirismo e amizade, e a, Suyana pelas conversas nos “intervalos”.

A toda a equipe (Elisabeth, Sylmar, Carmem, Dora, Mariana e Sylneia) de Serviço Social do Instituto Estadual de Doenças do Tórax *Ary Parreiras*. À Dorinha pela torcida e pelas tardes de trabalho.

# SUMÁRIO

<b>Introdução</b>	10
<b>Capítulo 1</b>	
ESTADO E POLÍTICA SOCIAL	18
1.1. Resgate histórico e reflexões acerca da construção do Estado Moderno	18
1.2. Construção de um modelo de proteção social no Brasil	38
<b>Capítulo 2</b>	
AIDS E ADOLESCÊNCIA	54
2.1. O ator principal: refletindo o conceito de adolescência e os princípios norteadores do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Programa de Saúde do Adolescente	54
2.2. Política de Saúde e a Assistência ao HIV/AIDS: resgate histórico da política de AIDS no Brasil na interface com o Programa de Saúde do Adolescente	72
<b>Capítulo 3</b>	
CENÁRIO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO	94
3.1. A aplicação da pesquisa	94
3.2. Os resultados da pesquisa: a estruturação do atendimento ao adolescente soropositivo na Área Programática 2.2.	99
<b>Considerações Finais</b>	138
<b>Bibliografia</b>	148
<b>Anexos</b>	154

## Summary of Master's Dissertation

The aim of this Master's dissertation was to study the various interfaces and possible shortcomings in the care provided to adolescents living with HIV / AIDS. Thus, the research area concentrated on some health units of Rio de Janeiro's municipal Program Area 2.2. The first chapter of this thesis describes a historical outline of the formation of the modern state and the foundations for sustainable social policy of the contemporary capitalist State, culminating in the analysis of the construction of a model of social protection in Brazil, after the Thirties. In this way, the State is seen as an area traversed by paradoxical conflicting interests and social policies, managed within the state, being fruits of historical, economic and political processes. In the second chapter, health policy problems in Brazil are discussed, focusing on the guidelines of policies on AIDS and the adolescence. Firstly, the historical aspects on the AIDS policies are reviewed and, next, there is an investigation of the concept of adolescence and presupposed ideas dealing with the Statute of the Child and Adolescent and the Adolescent Health Program. In the third chapter the material collected in the survey by health professionals is analyzed and related to the documentary study with criticism of the intended policies. The conclusion shows that in spite of all the clinical/ pharmacological progress for the treatment of people living with AIDS and in the formulation of public policies to guarantee rights, adolescents need welcoming spaces within the social relationships, where neither the family, religion, the school and peers are prepared for this closeness. Another important issue is the inability of health professionals to cope with the various aspects of the illness. Accounts of restraint and abuse are common, revealing that the health units do not always develop their potential for caring. These disclosures show that public policies are paradoxical by being antagonistic.

**Keywords:** Adolescence, AIDS and Public Policy.

# INTRODUÇÃO

A motivação pelo tema da assistência à saúde prestada aos adolescentes convivendo com HIV/AIDS – *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunological Deficiency Syndrome* – surgiu da nossa experiência como assistente social, inserida como residente, no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente – NESA – do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE – da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ –, no período de 1998 a 2000, no nível de atenção secundário que caracteriza-se pelo atendimento ambulatorial de maior complexidade.

O NESA é um núcleo de referência nacional no trato da saúde do adolescente, bem como na capacitação e formação de recursos humanos para o trabalho voltado para esta clientela. Constitui-se enquanto setor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem como proposta de atendimento a integralidade das ações, onde o adolescente deve ser assistido em sua totalidade, contando para a efetivação desta proposta a sistematicidade do exercício multiprofissional. Criado no ano de 1974 é formado por uma equipe multidisciplinar nas áreas de: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Programação de Sistemas de Informática e diversos profissionais de nível médio e elementar.

Sua estrutura compreende três níveis hierarquizados de atenção ao adolescente. São eles: o Programa de Atenção Primária, o Programa de Atenção Secundária e o Programa de Atenção Terciária.

O Programa de Atenção Primária teve seu início com o desenvolvimento do Projeto Modelo de Atenção Integral a Saúde do Adolescente II – MAISA II –, financiado pela Fundação W. K. Kellogg, no período de 1990 a 1993. Este programa, definido como prática extensionista, desenvolve suas ações em escolas da rede pública, empresas, centros municipais de saúde, centros comunitários, projetos de inserção de adolescentes no mercado de trabalho, associações de moradores, dentre outras. Suas atividades incluem atendimento básico de saúde, ações educativas, prevenção e promoção de saúde. E tem como principais áreas de atuação: saúde oral, sexualidade, saúde escolar, saúde do trabalhador e saúde coletiva.

O Programa de Atenção Secundária é desenvolvido no pavilhão Floriano Stoffel. Trata-se de uma unidade de complexidade técnica para diagnóstico e tratamento dos agravos de saúde em nível ambulatorial. Este local é onde ocorre o maior volume de atividades docente-assistenciais do NESA, contando em sua infra-estrutura com um auditório, salas de reunião, 15 consultórios, além de área administrativa.

O Programa de Atenção Terciária funciona na enfermaria Aloysio Amâncio da Silva, que conta com 20 leitos destinados a internação de adolescentes de ambos os sexos. É centro de referência para atendimento de adolescentes com quadros clínicos e cirúrgicos que necessitem de investigação diagnóstica e recursos tecnológicos mais avançados.

Durante o período em que estivemos no NESA, desenvolvemos atividades nos diversos programas e ambulatórios que a atenção secundária desenvolve, sendo: programa de prevenção e assistência das doenças

cardiovasculares; ambulatório de nefrologia, reumatologia, crescimento e desenvolvimento, alergia, clínica médica, clínica da sexualidade e ambulatório de HIV/AIDS.

Atuar nesses diversos programas e ambulatórios exige dos profissionais uma especialidade no trato com a população-alvo, reconhecendo sua especificidade e ainda, mesmo que sumário, um conhecimento sobre as diversas patologias.

Esses programas e ambulatórios têm em comum o fato de atenderem a adolescentes que chegam à unidade já com agravos em sua saúde. Todavia, percebemos que nem todas as doenças crônicas e/ou degenerativas estão associadas a finitude de vida e que as repercussões que cada doença acarretará na vida dos adolescentes está mais intimamente relacionada com o modo como a doença é vista socialmente do que propriamente com as possibilidades de intercorrências clínicas. Ou seja, nem sempre a doença com pior prognóstico clínico é a que encontrará maiores repercussões sociais.

Dentre os diversos ambulatórios e programas, o de HIV/AIDS foi o que, especialmente, despertou nosso interesse, devido ao grau de complexidade da patologia, à carga emocional envolvida e aos seus profundos rebatimentos sociais.

O ambulatório de HIV/AIDS do NESA teve seu início no ano de 1997 e tem como proposta prestar uma assistência multidisciplinar ao adolescente que convive com HIV/AIDS. Entretanto, durante todo o período em que atuamos e pesquisamos a temática, esse objetivo esteve sempre muito distante de realizar-se.

No cotidiano institucional, pudemos perceber que o atendimento destes adolescentes ficava restrito às consultas clínicas e que o atendimento das outras categorias profissionais ficava condicionado aos pedidos de parecer, que eram escassos.

Desde seu início até o ano de 2000 o ambulatório já havia atendido a 25 adolescentes soropositivos; destes, 6 encontravam-se na faixa etária de 12 a 14 anos, 8 na faixa de 15 a 17 e 6 na faixa de 18 a 20 anos. Desse grupo, 5 abandonaram o tratamento (eram assintomáticos)<sup>1</sup>. Em consonância com as estatísticas brasileiras em que a via sexual é a categoria predominante na transmissibilidade do vírus, também entre os adolescentes isso pode ser observado: dos 25 adolescentes acompanhados, 18 contaminaram-se através de contato sexual, 2 através de transfusão de sangue, 3 por via vertical e em 2 casos não foi possível caracterizar a via de transmissão.

O processo que alguns autores classificam como de feminilização da doença, ou seja, o aumento significativo dos casos de AIDS em mulheres, também pode ser percebido nesse grupo de adolescentes, pois o contingente revela 15 meninas para 10 meninos.

Outra característica, já observada nesse momento do trabalho, era a verificação do que podemos denominar de um “movimento de pauperização da doença”: onde todos os adolescentes desse programa eram provenientes de famílias de baixa renda e a maioria possuía baixo nível de escolaridade.

---

<sup>1</sup> Termo utilizado para designar as pessoas que são portadoras do HIV, mas não têm AIDS, uma vez que não desenvolveram ainda nenhum tipo de doença oportunista.

Ainda no primeiro ano de residência (1998), desenvolvemos um projeto de intervenção para o Serviço Social neste ambulatório, que visava garantir um espaço de escuta reflexiva sobre os desafios impostos pelo HIV/AIDS na adolescência, assim com instrumentalizar os adolescentes sobre os direitos sociais e os recursos institucionais e comunitários.

Durante os dois anos de residência, todos os adolescentes do ambulatório de HIV/AIDS foram atendidos pelo Serviço Social. As demandas apresentadas eram inquietantes e revelavam a complexidade do que é conviver com a AIDS numa fase tão precoce da vida. Eles apontavam para as dificuldades que a AIDS trazia para o convívio social, sendo o conflito familiar, o abandono escolar, o afastamento dos pares (amigos), o isolamento social, e ainda, a ausência de perspectiva para o futuro, algumas das questões mais presentes no cotidiano dos mesmos.

Todo esse universo desvelado no exercício profissional nos estimulou a pesquisar como os adolescentes identificavam o impacto que a AIDS trouxe para as suas relações sociais, tendo sido este o nosso objeto de estudo no trabalho de conclusão de residência.

A pesquisa qualitativa foi realizada nos meses de outubro e novembro do ano de 1999, com 4 adolescentes (2 meninas e 2 meninos). Todos os adolescentes descreveram episódios de discriminação que sofreram nas diversas esferas da vida social. Relataram as suas vivências com relação ao momento da revelação do diagnóstico e a própria rotina de atendimento nas unidades básicas de saúde, que revelaram o despreparo dos profissionais e das próprias unidades



de saúde para trabalharem com o HIV/AIDS, mesmo após quase duas décadas do aparecimento da doença.

A prática do aconselhamento<sup>2</sup> não foi realizada com nenhum dos adolescentes, provocando uma série de angústias e fantasias com relação ao tratamento e ao prognóstico. Mesmo assim os adolescentes elegeram os serviços de saúde como sendo um dos poucos lugares (para alguns, o único lugar) onde era possível falar sobre a doença. A maioria dos adolescentes relatou que não identificava nas diversas instituições (família, religião, escola) espaço para discutir sobre a condição de estar convivendo com o HIV/AIDS.

O exercício profissional e a pesquisa realizada junto a esses adolescentes apontaram mais inquietações do que respostas no que se refere à assistência à saúde prestada aos adolescentes convivendo com o HIV/AIDS.

Dando continuidade ao nosso interesse por investigar esta temática, decidimos, no mestrado, construir como objeto de estudo: o desvelamento das interfaces e das possíveis lacunas presentes na assistência prestada ao adolescente que convive com o HIV/AIDS. Para tanto, recortamos como campo de pesquisa, algumas unidades de saúde da Área Programática 2.2 do município do Rio de Janeiro, que compreende os bairros de: Vila Isabel, Tijuca, Andaraí, Grajaú, Maracanã e Alto da Boa Vista.

Acreditamos que, tanto do ponto de vista epidemiológico como do sócio-cultural, nosso objeto de estudo tem relevância acadêmica, visto que segundo dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (2000),

---

<sup>2</sup> O Ministério da Saúde – MS – preconiza que todo teste de HIV/AIDS deve ser consentido e o usuário deve receber orientações no pré-teste e no pós-teste; o que denominamos de prática do aconselhamento.

a população de adolescentes e jovens, entre 12 e 24 anos, constitui aproximadamente 40% do total da população brasileira, sendo, na maioria, pertencentes a famílias consideradas pobres ou indigentes. É elevado o número de adolescentes sem acesso à escola, sendo também altíssimo o índice de evasão escolar, onde é parca e precária a qualidade da educação pública prestada, bem como do atendimento no âmbito da saúde. Há ainda outras expressões da questão social que incidem diretamente nas condições de vida da clientela que estudamos: trabalho infanto-juvenil; violência doméstica e urbana, promovendo o envolvimento com o narcotráfico e o alto índice de mortes por causas externas; institucionalização de crianças e adolescentes; exploração sexual infanto-juvenil, dentre outras.

Para isso, selecionamos como fontes privilegiadas de investigação: documentos oficiais da política de saúde e, especificamente, as bases programáticas do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD; as diretrizes da política de atendimento do Ministério da Saúde ao portador de HIV/AIDS; entrevista semi-estruturada aplicada a profissionais de saúde envolvidos com o atendimento ao adolescente soropositivo em unidades básicas de saúde da Área Programática 2.2; observação participante no que diz respeito à pesquisa realizada na Atenção Secundária do NESA, no período da residência (já que era membro da equipe deste nível de atenção), buscando sempre os elementos essenciais que possibilitassem o estudo do objeto de pesquisa.

Dessa forma, construímos o primeiro capítulo desta dissertação buscando realizar o resgate histórico acerca da formação do Estado moderno e as bases de

sustentabilidade da política social no Estado capitalista contemporâneo, culminando na análise da construção de um modelo de proteção social no Brasil pós anos 30. Foram utilizadas, para tanto, diferentes apreciações de vários autores estudiosos do tema em discussão, como: MENDONÇA (1998), DALLARI (2001), ENGELS (1996), COUTINHO (1985), GRUPPI (2001), CARNOY (1988), HONORATO (2004), GRAMSCI (1987), dentre outros.

No segundo capítulo, apresentamos problematizações acerca da política de saúde no Brasil, focalizando as diretrizes das políticas de AIDS e adolescência.

Assim, primeiramente, traçamos o resgate histórico sobre a política de AIDS no Brasil e, num segundo momento, construímos reflexões sobre o conceito de adolescência e os pressupostos norteadores do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – e do PROSAD. Para este debate, utilizamos como referencial conceitual e teórico, alguns autores, tais como: OLIVEIRA (1998), LEITE (1991), PARKER (1999), GALVÃO (2000), BRAVO (1996), COSTA (1998), BECKER (1994), ARRIÈS (1981), dentre outras fontes.

Já no terceiro capítulo, o objetivo maior foi analisar o material coletado a partir das entrevistas aplicadas e da análise documental privilegiada. Portanto, trazemos a apresentação dos resultados da pesquisa com base nos eixos e categorias analíticas que aparecem no interior dos outros capítulos deste material teórico.



# CAPÍTULO 1

## Estado e Política Social

### 1.1. Resgate histórico e reflexões acerca da construção do Estado Moderno

Entendemos que, para discutir a política social e o papel que esta desempenha na sociedade contemporânea, é necessário primeiramente, apresentar a noção de Estado com a qual trabalhamos.

A denominação “Estado” (do latim *status* = estar firme) significa situação permanente de convivência. Ligada a sociedade política, aparece, pela primeira vez, na obra “*O Príncipe*” de Maquiavel, escrito em 1513, passando a ser usada pelos italianos para nomear cidades independentes. A denominação “Estado” já era usado anteriormente, entretanto, somente no século XVI, aparece para indicar uma sociedade política.

A conceituação do que seja Estado é algo que, ainda hoje, apresenta inúmeras divergências, complementações e entendimentos. São inúmeras as correntes de pensamento que influenciaram a construção do conceito de Estado. Comumente, costumamos identificá-lo como uma agência burocrática ou como uma figura pública (administração pública ou representante do governo).

Se analisarmos historicamente, podemos identificar que esse pensamento tem raízes em bases antigas, mais precisamente no século XVIII,

quando foi construída e difundida uma importante e tradicional matriz conceitual de Estado, a dos jusnaturalistas (MENDONÇA, 1998: 14).

Os jusnaturalistas trazem a noção de que o Estado deriva do estudo do direito (que, naquela época, era confundido com a moral e a ética), e que este direito pertence ao domínio da natureza. Essa corrente apresenta, como avanço, o homem sendo o responsável pelas suas ações e vai contrapor e negar a noção, predominante, do Direito divino.

Dessa forma, a lei vem substituir a ação divina, e essa lei deriva do contrato social. As pessoas deveriam abrir mão das vontades individuais em nome de um conjunto de normas e regras que garantiriam a convivência harmônica em sociedade. Assim sendo, fica claro a tendência de identificação entre governante e Estado, assumindo ele próprio a encarnação do Estado.

Sobre a época do aparecimento do Estado, podemos destacar três posições fundamentais que trabalharemos a seguir.

Para alguns autores, como Meyer e Kopper<sup>3</sup>, o Estado, assim como a própria sociedade, sempre existiu, pois desde que o homem vive sobre a terra encontra-se integrado numa organização social, dotada de poder e com leis para determinar a convivência do grupo. No entanto, encontramos outros estudos que admitem que a sociedade existiu sem Estado durante um certo período. Sendo assim, para estes autores, o Estado surgiu para atender às necessidades e conveniências dos grupos sociais e foi aparecendo em épocas diferentes de acordo com as condições concretas de cada lugar.

---

<sup>3</sup> DALLARI, Dalmo. Elementos da Teoria Geral do Estado. São Paulo: Saraiva, 2001.

A terceira posição somente admitiu como Estado a sociedade política dotada de certas características muito bem definidas. Justificando seu ponto de vista, Karl Schmidt, diz que o conceito de Estado não é um conceito válido para todos os tempos, mas sim um conceito histórico concreto, que surge quando nascem a idéia e a prática da soberania, o que só ocorreu no século XVII. Outro autor, Balladore Pallieri, indica, ainda, com absoluta precisão o ano do nascimento do Estado como sendo 1648, ano que foi assinada a Paz de Westfália<sup>4</sup> (*apud* DALLARI, 2001:53)

Examinando-se as principais teorias que procuram explicar a *formação originária* do Estado, chega-se a uma primeira classificação, com dois grandes grupos.

As teorias que afirmam a formação *natural* ou espontânea do Estado, não havendo entre elas uma unanimidade quanto à causa, mas tendo em comum a afirmação de que o Estado se formou naturalmente e não por um ato puramente voluntário. Entretanto, as teorias contratualistas, apresentam em comum, apesar de também divergirem entre si quanto às causas, a crença em que foi a vontade de alguns homens, ou então de todos os homens, que levou à criação do Estado<sup>5</sup>.

Entre as teorias não contratualistas podemos elencar algumas que argumentam que a origem do Estado deu-se de forma *familiar ou patriarcal*; em

---

<sup>4</sup> A paz de Westfália, considerada por alguns autores como um marco de separação entre o Estado Medieval e o Estado moderno, foi consubstanciada em dois tratados assinados no ano de 1648, que fixaram os limites territoriais resultantes das guerras religiosas, movidas, principalmente, pela França e seus aliados contra a Alemanha. Entre os autores brasileiros adeptos dessa teoria, salienta-se Ataliba Nogueira, que, mencionando a pluralidade das autonomias existentes no mundo medieval, sobretudo o feudalismo, as autonomias comunais e as corporações, ressalta que a luta entre elas foi um dos principais fatores determinantes da constituição do Estado, o qual, "com todas as suas características, já se apresenta por ocasião da paz de Westfália". Ver: NOGUEIRA, J. C. A. Lições da Teoria Geral do Estado. Saraiva: SP, 1969.

<sup>5</sup> DALLARI, Dalmo. Elementos da Teoria Geral do Estado. Ed.Saraiva: SP, 2001.

atos de *força, violência ou conquista*; através do *desenvolvimento interno da sociedade*; ou ainda em causas *econômicas*. Podemos dizer que esta última foi a origem indicada por Platão, quando nos “Diálogos”, no livro II de “A República”, assim se expressa:

Um Estado nasce das necessidades dos homens; ninguém basta a si mesmo, mas todos nós precisamos de muitas coisas. (...) como temos muitas necessidades e fazem-se mister numerosas pessoas para supri-las, cada um vai recorrendo à ajuda deste para tal fim e daquele para tal outro; e quando esses associados e auxiliares se reúnem todos numa só habitação, o conjunto dos habitantes recebe o nome de cidade ou Estado (*apud* DALLARI: 55).

Dessa forma, o Estado teria sido formado para o aproveitamento dos “benefícios” da divisão do trabalho.

K. Marx e F. Engels sustentam que a origem do Estado está nas motivações econômicas. Essa tese pode ser percebida ao longo de toda a obra dos autores, apesar de Marx nunca ter se proposto a teorizar sobre o Estado, mas sim entender a função que o Estado desempenha na sociedade capitalista; este sim, o foco de sua análise. A visão marxiana sobre o Estado que foi mais utilizada, encontra-se no “Manifesto Comunista”, publicado em 1848, onde o Estado é visto como o balcão de negócios do capital. Essa opinião também foi exposta por Engels na obra “A Origem da Família, da Propriedade e do Estado”, onde além de negar que o Estado tenha nascido com a sociedade, afirma que o Estado “(...) é



*antes de tudo um produto da sociedade, quando ela chega a determinado grau de desenvolvimento*". Ele afirma ainda:

Faltava apenas uma coisa: uma instituição que não só assegurasse as novas riquezas individuais contra as tradições comunistas da constituição gentílica; que não só consagra a propriedade privada, antes tão pouco estimada, e fizesse dessa consagração santificadora o objetivo mais elevado da comunidade humana, mas também imprimisse o selo geral do reconhecimento da sociedade às formas de aquisição da propriedade, que se desenvolviam umas sobre as outras – a acumulação, portanto, cada vez mais acelerada das riquezas – uma instituição que em uma palavra, não só perpetuasse a nascente divisão da sociedade de classes, mas também o direito de a classe possuidora explorar a não possuidora e o domínio da primeira sobre a segunda. E essa instituição nasceu. Inventou-se o Estado<sup>6</sup>.

Marx e Engels, em alguns momentos de seus pensamentos, apresentaram uma visão do Estado<sup>7</sup> que alguns autores consideraram restrita. Trata-se do entendimento de que o Estado seria composto, essencialmente, pela sociedade política, que se legitima e mantém somente através do poder coercitivo, via os aparelhos burocrático-militares<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> ENGELS, F. A Origem da Família da Propriedade Privada e do Estado. Ed. Vitória: RJ, 1960.

<sup>7</sup> COUTINHO, C. N. A Dualidade de Poderes – introdução à teoria marxista de Estado e revolução. Brasiliense: RJ, 1985.

<sup>8</sup> Idem.

O poder político do Estado moderno não é mais do que um comitê para gerir os negócios comuns de toda a burguesia (...) O poder político é o poder organizado de uma classe para opressão da outra (MARX e ENGELS, 1956: 27;43).

Assim sendo, a função do Estado é de instrumento da burguesia para a exploração do proletariado e para a garantia e a manutenção da propriedade privada; e que, sendo uma criação artificial para a satisfação de interesses de uma pequena minoria, ele pode ser extinto.

Acreditamos que é necessário fazer um parêntese histórico e recuperar, mesmo que sumariamente, as formações do Estado que precederam ao *Estado moderno*. Entendemos o Estado enquanto um conceito construído historicamente, onde sua complexidade foi sendo processada ao longo dos diversos contextos históricos.

Cabe lembrar que a forma escolhida para a exposição vem responder a necessidades didáticas, mas, de forma alguma, sugere um entendimento valorativo e evolutivo da formação do *Estado moderno*.

Ressaltamos, ainda, que os tipos de Estado não têm um curso uniforme, exercendo, muitas vezes, influência em períodos descontínuos.

Dessa forma, começaremos falando sobre o *Estado antigo*, sendo essa a forma de Estado mais recuada no tempo. Conforme aponta Gettel *apud* Dallari, a família, a religião, a economia e o Estado formavam um conjunto confuso sem diferenciação aparente. Em consequência desta característica, não há qualquer tipo de distinção entre o político e o religioso. Podemos, portanto, afirmar que o

que caracteriza o Estado, nesse período, é a sua natureza unitária e a religiosidade.

No *Estado grego* não existia uma forma de governabilidade única que englobasse toda a civilização helênica. O que podemos identificar, enquanto característica comum, nestes diversos Estados era a noção de cidade-Estado, ou seja, a *polis*, como a sociedade política de maior expressão. O ideal visado era a auto-suficiência e a autarquia.

O *Estado romano* teve início com um pequeno agrupamento humano e experimentou várias formas de governo. Expandiu seu domínio por uma grande extensão, atingindo povos de costumes e organizações absolutamente díspares. Apesar disso, manteve as características básicas de cidade-Estado durante muito tempo, incorporando, gradativamente, novas formas de governabilidade próximas do conceito de *Estado medieval*.

Muitas coisas já foram escritas sobre a Idade Média, classificada por alguns como a *noite negra* da história da humanidade e glorificada por outros como um extraordinário período de criação, que preparou os instrumentos e abriu os caminhos para que o mundo atingisse a verdadeira noção do “*universal*”. No plano do *Estado medieval* não há dúvidas de que se trata de um dos períodos mais difíceis, tremendamente instável e heterogêneo, não sendo tarefa das mais fáceis a busca de definição das características deste Estado.

Não obstante, podemos, sumariamente, indicar que os principais elementos que se fizeram presentes na sociedade política medieval foram: o cristianismo, as invasões dos bárbaros e o feudalismo. Como é de conhecimento geral, o poder superior era exercido pelo rei, com uma incontável multiplicidade de

ordens jurídicas, compreendendo a ordem imperial, a ordem eclesiástica, o direito das monarquias inferiores, um direito comunal que se desenvolveu extraordinariamente e as regras estabelecidas no fim da Idade Média pelas corporações. Esse quadro, dentre outras questões, gerou uma intensa necessidade de ordem e de autoridade que culminou nas motivações de criação do *Estado moderno*.

O *Estado moderno* tem características que o difere dos anteriores: a noção de soberania do Estado, não permitindo que sua autoridade dependa de nenhuma outra autoridade; a distinção entre sociedade política e sociedade civil, que se evidencia com a ascensão da burguesia; e a identificação absoluta entre o Estado e o monarca<sup>9</sup>.

Podemos afirmar que Maquiavel foi o primeiro autor a refletir as bases do *Estado moderno*. Na realidade, ele elaborou uma teoria de como se constitui um *Estado moderno*. Ele defende, basicamente, a autonomia da discussão política, ou seja, ele diz que o governante não pode estar submetido a nenhuma forma de interferência ou sanção religiosa.

Dessa forma, ele afirma que o Estado só pode avançar no campo econômico e político quando romper com a religião e a moral. Assim sendo, podemos presumir que Maquiavel foi extremamente progressista quando disse que o Estado precisava ser laico, centralizador, coercitivo e autônomo, dando as bases para um Estado absolutista.

Começa, assim, a surgir os fundamentos da teoria moderna do Estado, que mais tarde se torna mais complexa com as contribuições de autores clássicos

---

<sup>9</sup> GRUPPI, L. Tudo Começou com Maquiavel. L&M: Porto Alegre, 2001.

como: Thomas Hobbes, John Locke, Jean-Jacques Rousseau. As contribuições que tais autores deram para a consolidação do *Estado moderno* são fundamentais de serem entendidas, pois elas fazem parte da formação do *Estado contemporâneo* atual e podem indicar caminhos para sua confrontação e superação.

É imprescindível entendermos as bases teóricas de formação e de consolidação do *Estado moderno*, pois isso permite um olhar calcado na história, e sendo a história feita pelos homens, ela também pode e deve ser refeita. Esse movimento de buscar as idéias que legitimaram o *Estado moderno* desnuda o aparente véu de naturalidade e neutralidade que, por vezes, encobre a realidade.

Dessa forma, avaliamos que se faz necessário apresentar, mesmo que superficialmente, as várias noções de *Estado moderno* que gravitam entre os clássicos, os liberais e os marxistas. É importante ressaltar que o *Estado moderno* não é puro. As diversas correntes gravitam em maior ou menor grau de influência, de acordo com as relações sociais presentes, num dado momento histórico.

Entre os clássicos, Hobbes foi o primeiro a introduzir a noção de contrato. Pois, sendo o homem em seu estado de natureza perverso, individualista e competitivo, cabe ao Estado criar formas que legitimem a punição. Ele não percebe que essa violência e competição é fruto da própria organização do capitalismo. Somente a título de exemplo, podemos ver nas forças policiais a legitimação da violência por parte do Estado.

Locke também tem uma visão contratualista do Estado, no entanto, ele admite a interferência no Estado, ou seja, quem tem propriedade tem poder no Estado. Ele é visto como o “pai da cidadania”, pois afirma que o homem nasce

livre e que o Estado deve garantir a propriedade privada. Dessa forma, fica clara a distinção entre o público e o privado, onde neste último o Estado não deve interferir. O que rege o contrato continuam sendo os interesses individuais, podendo o contrato ser desfeito; a burguesia pode alterar as regras do Estado sempre que este estiver atrapalhando os interesses econômicos.

Podemos afirmar que a base ideológica do Estado em Locke é essencialmente burguesa: “*A burguesia começa a formar seu próprio Estado*” (GRUPPI, 2001:18). Essa idéia fica ainda mais transparente em I. Kant, que afirma que a soberania pertence ao povo, fazendo sempre a ressalva entre os proprietários e os não proprietários, cabendo somente aos primeiros os direitos políticos. Para ele, a lei burguesa (que é presente até hoje) é sagrada e sobrepõe-se à soberania.

É escusado dizer que, quem dá a direção político-econômica é a burguesia, mas a governabilidade compõe outras classes, pois provém das relações sociais presentes e atuantes na defesa de seus interesses. Tal noção, que associa propriedade e liberdade, será o alicerce do pensamento liberal.

Cabe lembrar que, até a consolidação do liberalismo, a discussão sobre a autonomia política do Estado vai ser uma luta, que permeia, historicamente, a concepção de Estado dos autores clássicos.

Podemos afirmar que Rousseau não é um liberal, mas sim, um inconformado com as questões sociais que se apresentavam naquele momento, onde somente a cidadania não garantia a liberdade e nem mesmo a resolução das questões apresentadas.

Segundo Carnoy, para Rousseau:

(...) ao contrário, e em contraste com outras teorias do contrato social daquela época, a sociedade civil é uma descrição do modo como os homens são atualmente encontrados em sociedade não como uma construção ideal ou hipotética, mas como uma realidade (1988:31).

Fazendo uma comparação, podemos dizer que Locke entendia a sociedade civil como um meio de os homens regularem-se e que a base para uma sociedade civil justa e eqüitativa estava na propriedade e no mercado. Já Rousseau discorda e aponta que essa foi a origem do mal e da desigualdade. Com este último, surge a noção de assembléia, onde se expressaria a soberania plena. Dessa forma, ele amplia o mundo dos contratos através da representação dentro do Estado.

A noção do autor, que afirma que o homem só é livre se for igual, contradiz os liberais, que defendem a liberdade sem questionar a desigualdade fundamental da sociedade burguesa, que consiste em proprietários e não proprietários.

Dessa forma, Rousseau é tido como o “pai” da democracia. Apesar de suas críticas à sociedade existente, ele não conseguiu conceber a extinção da propriedade privada e sua superação. Ele concebe o Estado enquanto depositário da vontade geral e que, portanto, cabia a este limitar os direitos da propriedade a fim de diminuir as desigualdades sociais.

A teoria do Estado liberal está baseada nos direitos individuais e a ação do Estado deve estar de acordo com a noção de “*bem-comum*”, a fim de controlar

as paixões. O Estado deve garantir o exercício do mercado livre na sociedade civil, com ênfase na justificativa econômica.

Para explicitarmos esses conceitos, apresentaremos a noção de Estado em alguns de seus principais teóricos.

As idéias de Adam Smith sobre Estado e sociedade civil estão fortemente marcadas na sociedade americana e, no contexto atual, fazem-se cada vez mais presentes no discurso dominante. Ele afirma que as motivações ou desejos dos homens são econômicos, e que cada indivíduo agindo em seu próprio interesse, vivendo em sociedade, naturalmente potencializaria o bem-estar coletivo. Assim sendo, é o mercado e suas leis que garantiriam o bom funcionamento da sociedade.

Para Smith, o Estado tem um papel periférico na dinâmica social, devendo não interferir na “vocação natural” do mercado de promover o ganho material coletivo. Ou seja, a “mão invisível” do mercado assume uma aparência mitificada onde nem o próprio autor consegue explicar de maneira convincente como se daria esse processo. Podemos, levemente, dizer que essa “pequena lacuna” parece não ter a menor relevância, tendo em vista que a noção da “mão invisível” está revitalizada pelo neoliberalismo, como se essa questão nunca tivesse existido ou já possuísse resposta satisfatória.

Smith argumenta que a sociedade se auto-regula sem a necessidade de intervenções externas, pois o controle e regulamentação vêm do interior de cada indivíduo, que tem seu comportamento compatível com o todo social. É o que ele denomina de “senso de dever”. O papel do Estado é fornecer as bases legais com as quais o mercado pode melhor potencializar os “benefícios aos



homens”. Criticava o Estado intervencionista e exigia um corpo de leis e ações do Estado que permitissem maior liberdade ao mercado livre. Para que isso acontecesse, era necessária não somente a criação de novas leis, mas também a criação de uma nova moralidade. Solicitava, assim, que o Estado assumisse a sua função educacional e ideológica em favor do capital.

As idéias de Smith constituíram a base de discussão para o pensamento utilitarista liberal. Posteriormente, já num contexto histórico diferenciado, outros teóricos deram continuidade ao seu pensamento. Com o crescimento da industrialização na Inglaterra e a resistência dos trabalhadores, se fazia necessário responder a tais questões.

Jeremy Bentham e Stuart Mill entendiam que o Estado burguês era necessário para proporcionar igualdade e segurança à propriedade privada e ao capitalismo. No entanto, este não tem nenhuma obrigação com a subsistência e nem com a abundância, pois estas questões hão de ser resolvidas pelo próprio mercado.

Para esses autores, a função do Estado devia limitar-se a alimentar o sistema de mercado livre e proteger os cidadãos da corrupção e da avidez do próprio governo; para isso, eram necessárias as eleições e a liberdade de imprensa.

Stuart Mill retomou a idéia clássica da sociedade ideal, onde os trabalhadores, através de seu empenho, impulsionavam o desenvolvimento da capacidade humana e as recompensas seriam proporcionais ao seu esforço. Ele acreditava que o capitalismo estava reduzindo gradativamente as desigualdades que, segundo ele, foram geradas pela distribuição desigual das terras na

sociedade feudal. Dessa forma, ele não entendia a desigualdade como inerente à sociedade capitalista.

Se considerássemos como correta a idéia de que a gênese da desigualdade encontra-se na distribuição desigual das terras no período feudal, estaríamos condenando a sociedade à perpétua desigualdade, pois a história não volta atrás. Sendo assim, o capitalismo e suas desigualdades inexoráveis se apresentariam como a única forma possível de sociedade – o fim da história.

No modelo liberal, o sistema econômico, através de um mercado livre, era perfeito, onde os problemas residiam no Estado. Não obstante, a democracia surge não como um instrumento de controle do mercado, mas sim para limitar o excesso do próprio Estado através da vontade geral. Com isso, desaparece a necessidade de criar uma sociedade sem classes, embora permaneça a questão da desigualdade econômica.

O Estado assume, portanto, a função de assegurar o livre funcionamento do mercado, mas também abre a possibilidade, com o sufrágio universal, de ele ser tomado pela classe trabalhadora e com isso o poder de alterar as desigualdades desse sistema.

Os conceitos e idéias produzidos pelos liberais sobre Estado, democracia, autonomia do mercado, desigualdade social, dentre outros, sustentam a sociedade capitalista e estão presentes na ofensiva neoliberal de desmonte do Estado, onde este é visto como inoperante e incompetente economicamente. As instituições públicas são tidas como ineficientes e as conquistas trabalhistas, angariadas ao longo da história, é que são as responsáveis pela crise do capital.

Assim sendo, segundo os novos teóricos do capital, se faz necessário uma desregulamentação das relações trabalhistas (ausência de contratos), um enfraquecimento dos Estados nacionais, uma subserviência às exigências do mercado e do capital estrangeiro.

O neoliberalismo, enquanto reação teórica e política ao Estado intervencionista de Bem-Estar, surgiu logo após a II Guerra Mundial, ainda num período de ouro do capitalismo avançado; e tem como seu principal representante Friedrich Hayek com o texto *O Caminho da Servidão* (1944), que apresenta uma defesa clara à liberdade de mercado e uma crítica severa à intervenção limitante do Estado<sup>10</sup>. Conforme aponta Perry Anderson, citando Hayek: *“Apesar de suas boas intenções, a social-democracia moderada inglesa conduz ao mesmo desastre que o nazismo alemão – uma servidão moderna”* (Hayek apud Anderson, 1995:09).

O Neoliberalismo vem combater o Estado de Bem-Estar e preparar as condições para um capitalismo ainda mais duro e mais “liberal” do que os teóricos liberais clássicos haviam pensado.

A crise econômica pós 1973 criou o terreno fértil para a efetiva incorporação do ideário neoliberal. Segundo os teóricos neoliberais, a crise do capital residia no *“poder excessivo e nefasto dos sindicatos”*, através das pressões reivindicativas sobre os salários e gastos sociais<sup>11</sup>. Isso não significa que o neoliberalismo desconsidere – ainda que não a queira – a presença do Estado,

---

<sup>10</sup> SADER, E. e GENTILI, P. (org). Pós-Neoliberalismo: as Políticas Sociais e o Estado Democrático. Paz e Terra: RJ, 1995.

<sup>11</sup> Idem.

mas sim, exige um Estado fraco socialmente e sem controle na esfera econômica, mas forte no seu poder de coerção junto à classe trabalhadora.

Conforme aponta Anderson, a receita neoliberal é clara:

(...) manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas (1995:11).

As avaliações feitas das décadas de 1970 e 1980 mostram que a implementação da cartilha neoliberal proporcionou o aumento dos lucros para o capital, mas, isso não fez com que o crescimento econômico retomasse. No entanto, ideologicamente a hegemonia neoliberal foi um sucesso<sup>12</sup>.

Concordando com Emir Sader, podemos afirmar que o sucesso que mantém a sociedade capitalista não se encontra nos seus benefícios econômicos, pois a história tem demonstrado que estes não ocorreram. Sua força reside no seu sucesso ideológico. Dessa forma, acreditamos que recuperar as concepções de Antonio Gramsci sobre Estado é fundamental, pois é este autor marxista que vai oferecer as bases teóricas para se pensar a sociedade moderna.

O período histórico que Gramsci analisa é marcado por uma maior complexidade da sociedade e conseqüentemente do Estado (diferentemente do período analisado por Marx). A esfera pública se amplia, caracterizada pelo protagonismo político de crescentes organizações populares. É a percepção dessa organização da sociedade civil que permite ao autor elaborar uma teoria

---

<sup>12</sup> A desregulamentação financeira propiciou e incentivou a inversão especulativa em relação à produtiva.

ampliada do Estado. Lembramos que ele não elimina o núcleo central da teoria de Marx, mas sim incorpora novos elementos.

Antes de entrarmos em alguns pontos que consideramos importantes para a presente discussão, cabe retomarmos a noção criada no século XVIII pelos jusnaturalistas, o que proporcionou a visão, equivocada, que identifica governante e Estado.

(...) talvez seja esta a mais grave herança que nos foi legada pela matriz jusnaturalista de concepção do Estado; tem-se que o Estado é um **estado sujeito**, ou seja, entidade ativa, que “paira” acima da sociedade e dos homens, dotada de vontade própria, de iniciativa própria, como se não correspondesse a grupos sociais distintos e, por isso mesmo, com total poder de (co)mando sobre a sociedade. (...) vemos que essa visão de Estado ainda em vigor, guarda esta característica, o que torna a sociedade **naturalmente** impotente e totalmente submissa aos desígnios do Estado (MENDONÇA, 1998: 17).

O século XIX viu nascer, com as idéias de Hegel, a crítica a essa visão tão duradoura e poderosa do Estado sobre a sociedade. Mas foi com a matriz marxiana que a ruptura com tal modelo se efetivou.

A matriz marxiana também trabalha com a dualidade de conceitos, digo: sociedade civil e sociedade política, diferentemente da noção anterior, que é dividida em sociedade de natureza *versus* sociedade civil, o que resulta numa visão diferenciada do Estado.

Dessa forma, o modelo marxiano mostra que o homem jamais viveu, historicamente, em “estado de natureza” e que a sociabilidade humana não se esgota no campo exclusivamente político.

Na vertente marxiana, se há natureza no homem, ela é de caráter social e, portanto, com possibilidade de transformação. “Os homens têm uma sociabilidade própria que lhes é dada, em cada momento da história, pelo **lugar que ocupam no processo de produção e de trabalho**” (Idem: 18).

Assim sendo, a matriz marxiana apresenta uma concepção classista e histórica da sociedade e dos homens e entende que a origem do *Estado moderno* está na emergência da propriedade privada.

Conforme sinaliza MENDONÇA, na perspectiva marxiana, o Estado tem sua origem:

(...) na necessidade de determinados grupos de proprietários privados de assegurar e ocultar sua apropriação, mediante leis e demais medidas coercitivas, as quais garantiriam que os despossuídos não só permanecessem nesta condição, como também que não se rebelassem contra ela (1998: 18).

O Estado, portanto, nada tem de natural e imutável, sendo explicável socialmente, dentro de uma visão histórica.

Essa noção de Estado enquanto representante das classes dominantes propiciou, no interior do marxismo, algumas visões reducionistas e mecanicistas do Estado. Essa linha de pensamento apresentava – e ainda apresenta – um forte determinismo econômico sobre o político, o social e o ideológico. É uma visão de

Estado **objeto**, que existiria somente para garantir os interesses econômicos das classes dominantes. Portanto, essa ênfase no Estado enquanto representante direto das classes proprietárias perde a dimensão da complexidade das relações sociais presentes.

O século XX trouxe consigo as inúmeras mudanças sociais e políticas que permitiram que surgisse, dentro da tradição marxista, na teoria de Gramsci, uma visão diferenciada do Estado moderno ocidental. Para Gramsci, o Estado não é nem **sujeito** e nem **objeto**, mas uma condensação das relações sociais presentes na sociedade, num dado momento histórico. O Estado é atravessado e composto pelo conjunto das relações sociais existentes, incorporando em si os conflitos e enfrentamentos presentes nessa relação<sup>13</sup>. Ele trabalha com três níveis de percepção da sociedade e do Estado, sendo: a infra-estrutura – que compreende as relações de produção e de trabalho, na economia; a sociedade civil – enquanto conjunto de indivíduos organizados nos ditos aparelhos privados de hegemonia e *locus* das pressões sociais e políticas, direcionadas à obtenção de certos interesses; e a sociedade política – ou “Estado **estrito**”<sup>14</sup>, isto é, o conjunto de aparelhos e agências do poder público.

---

<sup>13</sup> GRAMSCI, A. A Concepção Dialética da História. Civilização Brasileira: RJ, 1991.

<sup>14</sup> Carlos Nelson Coutinho, no seu livro “A Dualidade de Poderes” mostra que nas sociedades do tipo “orientais”, em que a sociedade civil ainda não é forte e autônoma e o modo de produção ainda é agrário (realidade analisada por Marx), a luta de classes se objetiva na conquista *versus* conservação do Estado, onde o movimento revolucionário se expressa pela tomada violenta e frontal do poder, denominado de “guerra de movimento”; já nas sociedades “ocidentais” onde há equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil, a luta de classes tem como terreno os aparelhos privados de hegemonia que visam o consenso. Neste caso o movimento revolucionário ocorre numa conquista processual denominada de “guerra de posições”.

Na recuperação e redefinição dos conceitos de sociedade civil e sociedade política, Gramsci traz como inovação o conceito de Estado ampliado<sup>15</sup>, entendido como relação social que engloba tanto a sociedade civil quanto a sociedade política, em permanente interação e disputa de interesses.

Com base nessa visão ampliada do Estado, o pensador apresenta outras idéias/conceitos fundamentais para entendermos o papel do Estado, seus limites e possibilidades.

Este Estado ampliado tem o papel da coerção e do uso da força, mas tem também uma outra dimensão – tão ou mais importante para sua preservação – que diz respeito ao conjunto de visões de mundo (valores, auto-percepções de seu lugar na sociedade), desenvolvidas por grupo social ou fração de classe. Esta dimensão é a cultura.

Dessa forma, quando a visão de mundo de um determinado grupo ou classe social se impõe sobre as demais, se estabelece o que ele denomina de hegemonia. Ou seja, na sociedade civil, através dos aparelhos privados de hegemonia, a visão de uma classe – em geral das classes dominantes – é incorporada pelas demais.

Portanto, o *Estado moderno* tem uma função também de consenso e não só de coerção e violência. Logo, para Gramsci, a transformação social pressupõe a ampliação dos aparelhos de hegemonia formados e favorecidos

---

<sup>15</sup> Cabe lembrar que o autor está analisando a situação da Itália com a vitória de Mussolini, com o apoio das classes subalternas italianas. A conjuntura analisada por Gramsci oferece elementos diferenciados da época analisada por Marx, portanto é explicável a visão restrita de Estado na obra de Marx e, posteriormente, sua ampliação na leitura de Gramsci.



pelos representantes das classes subalternas, na disputa por um projeto contra-hegemônico.

A luta pelos interesses coletivos pressupõe a organização através dos aparelhos privados de hegemonia e revela a importância da figura do intelectual<sup>16</sup> como fomentador e organizador da vontade coletiva.

Conforme aponta MENDONÇA (1998), pensar o Estado sob a perspectiva gramsciana é:

(...) sempre a partir de uma dupla questão: as formas dominantes na produção (classes e frações de classe) se constituem e se consolidam através de organizações da sociedade civil, ao mesmo tempo em que em todo aparelho ou órgão público, estão presentes, sempre, projetos ou atores sociais vinculados a alguma(s) agência(s) da sociedade civil. Uma delas, certamente, possui papel hegemônico junto ao dado organismo, porém outros também lá se fazem presentes, através de seus representantes ou intelectuais (1998:22).

Entender que o Estado é atravessado pelo jogo de interesses e pela luta por projetos hegemônicos diferenciados faz com que tenhamos uma visão dinâmica e estimulante dos limites e possibilidades presentes nessa relação.

Portanto, para Gramsci, no *Estado moderno*, para que haja a revolução é preciso que a obtenção da hegemonia preceda a tomada do poder, sendo o caráter da transição revolucionária processual e molecular. Para ele, a forma

---

<sup>16</sup> GRAMSCI, A. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Civilização Brasileira: RJ, 1987.

como é pensada a estratégia revolucionária está intimamente ligada à idéia que se tem do Estado e suas funções.

O Estado moderno não pode ser entendido unicamente como aparelho burocrático-coercitivo, como 'vulgarmente' a maioria da população pensa. Suas dimensões de fato, não se limitam aos instrumentos exteriores de governo, mas compreendem, também, a multiplicidade dos 'organismos' da sociedade civil, onde se manifestam a livre iniciativa dos cidadãos, seus interesses, suas organizações, sua cultura e valores, e onde praticamente se enraízam as bases de hegemonia (Semeraro,1999: 75).

Dessa forma, discutiremos a política social tendo como referência a noção ampliada de Estado presente em Gramsci, pois acreditamos que é através da radicalização dos conceitos como guerra de posições, hegemonia, consenso, que poderemos apontar os reais limites e possibilidades das políticas sociais nos marcos de uma sociedade capitalista.

## **1.2. Construção de um modelo de proteção social no Brasil**

Segundo Potyara Pereira (2001), o termo política social tem uma identidade própria, e:

Refere-se a programa de ação que visa, mediante esforço organizado, atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer decisão coletiva regida e amparada por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos (2001: 01).

Mesmo concordando com a afirmação da autora de que o termo política social tem uma identidade própria que lhe confere certa universalidade, acreditamos que a história tem mostrado que cada sociedade, dependendo de condições sociais, políticas e econômicas terá um modelo de política social.

Sendo assim, faremos um breve histórico da formação da política social no Brasil, recuperando os momentos mais importantes para a construção do nosso modelo de proteção social.

No entanto, antes de falarmos, especificamente, sobre o modelo de proteção social brasileiro, faz-se necessário recuperarmos alguns elementos históricos, que foram fundamentais para a construção de políticas sociais em todos os países industrializados – guardando as especificidades de cada sociedade.

Cabe recuperar, como já visto no corpo desse trabalho, alguns elementos da teoria liberal. Esta apregoava uma total liberdade para as manobras do mercado, sem qualquer interferência ou contenção por parte do Estado, afirmando que nas próprias leis do mercado a sociedade encontraria respostas para todas as suas questões, sendo considerada heresia, qualquer contestação ou limite ao “Deus-mercado”, cabendo ao Estado somente o controle da força de

trabalho, através dos seus aparelhos coercitivos, e as condições estruturais para o livre comércio.

Porém, com a crise de 1929, o capitalismo inaugura uma fase de profunda recessão econômica e de questionamento de sua sustentabilidade, enquanto modelo societário hegemônico. As idéias de Keynes questionaram a eficiência do modelo liberal, e apresentaram as bases teóricas para a implementação da política de Bem Estar Social ou Welfare State<sup>17</sup>; reordenando o papel do Estado nas sociedades capitalistas.

Conforme aponta HONORATO:

A grande crise da virada dos anos 1920/30, contudo, passou a exigir uma nova lógica a ser implementada pelos Estados e que se assentasse na busca de soluções que garantissem a sobrevivência do modo de produção capitalista, embora isso pudesse gerar conflitos intra-segmentos da própria burguesia. O capitalismo, pela primeira vez, encontrava-se em tamanha crise que, ou se buscava soluções (...) ou o capitalismo poderia fenecer (2004:05).

O Estado de Bem Estar Social – para além da própria crise de legitimidade do capitalismo, com base nos preceitos liberais – vem responder à ameaça socialista. Conforme sabemos, a partir de 1917, um novo modelo

---

<sup>17</sup> Política econômica e social adotada pelos países capitalistas, onde o Estado tem um papel forte e intervencionista nas leis do mercado e nas questões sociais, através das políticas sociais. Segundo LAURELL (1997) o Welfare State é uma das marcas do pós-guerra e representou um esforço de reconstrução econômica, ética e política, além da formulação e implementação de políticas sociais na esfera industrial. Significou o terreno fértil para idéias como o universalismo e a justiça social.

econômico chegava ao poder e apresentava-se como alternativa ao modelo capitalista de sociabilidade.

Outro elemento importante nesta conjuntura diz respeito ao aprofundamento da crise social, devido às exigências do próprio capital e à mobilização e luta de classes que se agudizou desde o final do século XIX.

HONORATO (2004) nos lembra:

(...) 'o sonho' socialista viria através do planejamento centralizado de políticas públicas objetivando uma aceleração industrial manifesta nas altas taxas de crescimento econômico – revolução produtiva –, para que fosse possível a redistribuição da riqueza social e a passagem do socialismo para o comunismo (2004: 06).

O pensamento de Keynes vem responder a essa conjuntura com a redefinição do papel do Estado atuando junto às demandas sociais, oriundas da classe trabalhadora, como também para criar as condições de sustentabilidade da sociedade capitalista.

Sob essa nova perspectiva, cabia ao Estado o papel de conter a crise através da intervenção em questões centrais como: o pleno emprego, ampliação do mercado consumidor, reprodução social, controle do sistema financeiro e proteções mínimas na relação capital-trabalho. Para tanto, era necessária a constituição de um fundo público que absorvesse demandas de reprodução da classe trabalhadora (através de benefícios indiretos), como também possibilitasse o investimento no crescimento econômico.

Um elemento interessante da teoria de Keynes, mas pouco explorado analiticamente, é a “*constituição do chamado Fundo Público*”<sup>18</sup> e a sua utilização, como forma de possibilitar a sobrevivência e a ampliação do capitalismo, ao mesmo tempo em que atenderia as demandas sociais” (HONORATO, 2004:06).

A constituição do fundo público possibilitou a transferência das tensões que se operavam na esfera da produção para o seio do Estado. Houve, portanto, uma “politização” da luta de classes via a democracia representativa, onde vários segmentos da classe trabalhadora e do capital vão disputar a aplicação desse fundo público. Mas, paradoxalmente, há também a “despolitização” da luta de classes, pois se transferem para a esfera política, questões que se operam na esfera da produção (HONORATO, 2004).

Ellen Wood (2003) aponta como o capitalismo produziu uma rachadura entre o econômico e o político, de forma que questões políticas aparecem com roupagens de determinismos econômicos. E afirma que algumas análises marxistas contribuíram para essa separação, que tanto atende aos objetivos do capital em obscurecer a luta de classes.

Fazendo a crítica a algumas análises marxistas, Wood (2003) ressalta que:

Houve em particular uma tendência a perpetuar a rígida separação conceitual entre o “econômico” e o “político” que tão bem atendeu à ideologia capitalista, desde que os economistas clássicos descobriram a

---

<sup>18</sup> OLIVEIRA, F. Os Direitos do Antivalor – A economia política da hegemonia imperfeita. Vozes: Petrópolis/RJ, 1998.

“economia” na teoria e começaram esvaziar o capitalismo de conteúdo político e social (2003:27).

Não temos a pretensão de esgotar essa discussão, mas a certeza de que, para entendermos as políticas sociais enquanto correlações de força que atravessam o Estado, é preciso compreender a disputa pela aplicação do fundo público. É nesse processo histórico, político e econômico que se estabelecem as bases para a correlação de força, de projetos hegemônicos distintos, no favorecimento das políticas sociais via fundo público.

Falando da América Latina e, mais especificamente do Brasil, podemos dizer que a crise que se instalou nas economias centrais pós 1929, teve repercussões ainda mais devastadoras nas economias periféricas.

O contexto exigia muito mais do que um novo arranjo político: uma profunda reforma do Estado e de suas relações com a sociedade e a economia, num contexto de crise geral do próprio capitalismo e da sua reordenação nos países centrais. A solução ditatorial tornou-se natural em quase todos os países latino-americanos (HONORATO, 2004:12).

Quando, comumente, dizemos que no Brasil não chegamos a viver um Estado de Bem-Estar Social, mas sim, um Estado de Mal-Estar é porque, aqui o fundo público não serviu para a expansão de empregos e rendas, como nos países centrais, mas sim, garantiu minimamente as atribuições elementares do Estado e ainda disponibilizou recursos para as burguesias nacionais (HONORATO, 2004).

Visando não nos alongarmos nessa discussão, podemos dizer que no Brasil, e porque não dizer na América Latina de modo geral, o Estado de Bem-Estar Social foi incompleto, inacabado e manteve fortes traços de exclusão e políticas sociais de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da maioria da população.

Tentando abordar de forma mais sistemática a história da política social brasileira, podemos dizer que foi a partir da década de 1930 que começamos a observar a sua emergência. As políticas sociais deste período vêm no bojo de lutas sociais pelos direitos de cidadania, já conquistados pelas classes subalternas em sociedades liberais democráticas. Como também em lutas conduzidas na república velha por um operariado marcadamente constituído de imigrantes europeus.

Para compatibilizar as necessidades de acumulação e de contenção dos conflitos sociais, a ordem institucional que se abriu em 1930 restaurou o conceito liberal de cidadania, *“transfigurando os critérios de igualdade e de justiça social nos da maximização da eficiência do mercado, sob a direção do Estado.”*<sup>19</sup>

Conforme sinaliza Santos (1987), para entendermos a política social pós 30, faz-se necessário que saibamos o que ele denomina de cidadania regulada:

São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer ocupação reconhecida e definida por lei. (...) Tornam-se pré-cidadãos,

---

<sup>19</sup> LEITE, M. S. P. Políticas Sociais e Cidadania. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, Vol. 1, n°: 1. UERJ: RJ, 1991.



assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece (1987:68).

Esta associação entre cidadania e ocupação proporcionou as condições necessárias para a criação dos conceitos de “marginalidade” e “mercado informal”, que permanecem até hoje. E fez com que a luta pela ampliação dos direitos para a sociedade como um todo perdesse força, a partir da incorporação/respostas de demandas de um determinado segmento da classe trabalhadora.

Neste período, as medidas sociais visavam resolver as questões que faziam parte da agenda de demandas do trabalho industrial. O processo de sindicalização e sua subordinação ao recém criado Ministério do Trabalho, dão a exata medida do seu caráter corporativista e controlador. A incorporação de algumas demandas, ao mesmo tempo em que melhorou a qualidade de vida e as condições de trabalho de parte da classe operária, também deixou de fora sua grande maioria e desmobilizou as reivindicações, quando segmentou a sociedade em categorias profissionais.

Segundo Fleury, o modelo de proteção social, nesse período, é o seguro social, que tem como característica a cobertura contratual. É baseado no corporativismo, em princípios meritocráticos, onde a política social está intimamente associada à inserção laboral.

As conquistas obtidas por parte da classe trabalhadora nesse período, foram fundamentais para a construção da noção de cidadania e proteção social e mostraram que as leis do mercado não eram suficientes para resolver tais questões.

Podemos afirmar que o modelo de proteção social do período varguista é marcado pelo autoritarismo e pela construção e fortalecimento de um Estado-nação industrial, com a incorporação de demandas da classe trabalhadora e a garantia do padrão de acumulação. Devemos lembrar que as principais conquistas sociais deste período estão circunscritas ao mundo do trabalho.

Segundo Leite, a cidadania regulada permitia a manutenção da estrutura de desigualdades sociais, num claro equilíbrio entre as exigências da acumulação e do consentimento<sup>20</sup>. Equilíbrio que só foi efetivamente rompido, ressalvadas as tensões do “intervalo liberal” aberto em 1964, com o golpe militar.

O golpe militar de 64 colocou em recesso a dimensão democrática da cidadania no Brasil. Neste período, é a taxa de crescimento populacional urbano que ganhará peso nas decisões políticas; dada a exigência de manter elevada a taxa de acumulação na economia, a fim de proporcionar o número de empregos necessários à massa urbana.

Houve um reordenamento das políticas sociais. O Estado priorizava as políticas ditas “preventivas”, tendo como exemplos o Plano Nacional de Saneamento – PLANASA – e o Programa Nacional de Alimentação – PRONAM. Segundo Santos, as políticas preventivas dos governos revolucionários deflagraram um processo conflituoso, só harmonizado à custa de severo policiamento. As áreas básicas de bem-estar coletivo continuaram sem visibilidade na agenda governamental ou sendo atendidas por programas de acesso discutível (1987: 79).

---

<sup>20</sup> Idem.

Buscou-se, através de políticas compensatórias, amenizar a falta de investimento nas áreas básicas e o agravamento das condições gerais de vida da população. O sistema previdenciário é um bom exemplo dessa política compensatória, ou seja, sendo os recursos do sistema previdenciário, originados da massa de salários urbanos pagos no país, torna o crescimento dos recursos disponíveis diretamente proporcional à acumulação.

Mas também podemos observar conquistas importantes nesse período, como: a extensão da previdência social aos empregados autônomos; o FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural; o FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço; o PIS – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural e o Pasep – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

Conforme sinaliza Santos:

Os dois períodos notáveis da política social brasileira identificam-se, sem dúvida, ao governo revolucionário de Vargas e à década pós-1966. Nesta conexão, a experiência brasileira se aproxima da estratégia bismarckiana de tentar obter aquiescência política do operariado industrial em troca do reconhecimento de alguns de seus direitos civis (1987: 89).

Este período é facilmente identificado pela violência política e pelo crescimento interno bruto, à custa da opressão da classe trabalhadora, pelo entreguismo ao capital estrangeiro e cerceamento político, como jamais visto na história.

Ocorre, efetivamente, o rompimento com o regime populista anterior e a questão social passa a ser vista sob o ponto de vista estritamente tecnocrático. Algumas profissões ganham legitimidade, como o Serviço Social<sup>21</sup>.

Neste período, criou-se a representação, que está presente até hoje, de que a resolução das questões sociais estaria intimamente relacionada ao crescimento econômico. Essa visão pode ser expressa através da conhecida fala do então Ministro da Fazenda Delfim Neto, que dizia que era necessário deixar “o bolo crescer para depois reparti-lo”. Concepções como essas influenciaram o processo de privatização da política pública, intensificando o seu caráter mercantil.

No entanto, seria equivocado esquecer a condição paradoxal que é intrínseca ao *Estado moderno*, perdendo assim a sua dimensão dialética. Entre as políticas sociais que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida, podemos elencar: a ampliação do sistema previdenciário; a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares e a melhoria na infra-estrutura de saneamento básico<sup>22</sup>. Isso não quer dizer que essas políticas tenham atingido um elevado índice de democratização e qualidade, mas que, tendo em vista a conjuntura, podemos entendê-las como uma conquista na luta pela democracia.

Segundo Draibe, o projeto de democratização lançou para a área social uma agenda reformista, moldada com a Constituição de 1988. Introduziu mudanças significativas, entre elas, a valorização dos direitos sociais; impulsionou a universalização do acesso às políticas sociais; e, no caso da seguridade social,

---

<sup>21</sup> IAMAMOTO, Marilda Vilela. Relações Sociais e Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. Cortez/CELATS: SP, 1998.

<sup>22</sup> COSTA, N. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. HUCITEC: SP, 1998.

estabeleceu um afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturador do sistema e a determinação de valores mínimos dos benefícios<sup>23</sup>.

Com a reabertura democrática, conseguimos, através de mobilização e pressão popular, elaborar e aprovar a Constituição mais igualitária e preocupada com a esfera social que o país já teve.

A década de 1980 é tida, economicamente, como “a década perdida”, no entanto, do ponto de vista político e social, foi extremamente frutífera, com muita produção intelectual, conquistas de direitos sociais e a possibilidade do exercício democrático e cidadão, tão incipiente na história brasileira.

Podemos dizer que os movimentos populares, ainda que setorizados, foram as principais forças opositoras e com maior poder de mobilização e negociação deste período. Grupos “minoritários”, como de negros, mulheres, homossexuais, crianças e adolescentes passaram a ter suas reivindicações atendidas, mesmo que parcialmente.

A década de 80 é marcada pela criação do PROSAD, pela aprovação do ECA e pela implementação do Sistema Único de Saúde – SUS –, dentre outros.

No entanto, a ofensiva neoliberal<sup>24</sup>, que tem seu início no governo de Fernando Collor de Mello e sua efetiva radicalização se dá no governo de

---

<sup>23</sup> DRAIBE, Sonia. As políticas sociais nos anos 1990. In: BAUMANN, R. (org.). Brasil, uma década de transição. Cap. 8. Cepal/ Ed.Campus: Brasília, 1999.

<sup>24</sup> Já abordamos, no início deste capítulo, a conjuntura que permitiu a implementação do projeto neoliberal nas sociedades capitalistas. Entretanto, cabe apontarmos alguns elementos que marcaram este projeto na sociedade brasileira. O projeto neoliberal, que teve seu início na década de 1970 nas sociedades de capitalismo avançado e na década de 1990 na sociedade brasileira, prega a liberdade irrestrita do mercado, a ausência de intervenção do Estado, ou seja, o enfraquecimento do Estado-Nação, buscando assim reduzir as relações sociais ao âmbito restrito do mercado, com um total descompromisso com valores democráticos e de bem-estar social.

Fernando Henrique Cardoso, trouxe um retrocesso político e social. A cartilha neoliberal apregoa um Estado mínimo de direitos e a reatualização da filantropização da assistência, como pode ser visto na legitimidade de programas como o “Comunidade Solidária”.

A agenda de reformas neoliberais, implementadas a partir da década de 1990, implicou em mudanças importantes para a política social no Brasil. O que vemos é o desrespeito às conquistas garantidas com a Constituição Federal de 1988, que defende a política social de caráter universal, pela implementação de políticas focalistas, com ações compensatórias de baixo impacto.

A política de ajuste neoliberal tem como eixos centrais: a estabilização macroeconômica; a desregulamentação e privatização das empresas estatais; a redução dos gastos públicos; a ampliação do setor privado e o desenvolvimento de políticas focalizadas na pobreza (Bravo,1996).

Essa nova direção política também exige mudanças nas funções do Estado e, com isso, assistimos a precarização das políticas públicas e dos direitos sociais, já que na atual fase do capitalismo, o Estado vem se desobrigando da responsabilidade, inclusive, para com a reprodução da força de trabalho.

Sendo um Estado ampliado, ele comporta interesses que são antagônicos, ou seja, se as políticas públicas servem ao capital, elas também respondem a necessidades da classe trabalhadora: é a dimensão dialética da relação capital/trabalho.

---

Assim, do ponto de vista econômico/mercado, vemos hoje a reestruturação produtiva ou reestruturação do capital, que surge da necessidade do capital de reencontrar o caminho para o crescimento econômico, após dez anos de crise, que vai de 1973 a 1983, caracterizados pela estagnação, instabilidade financeira, relativa paralisia dos fluxos de acumulação produtiva do capital e expressiva redução das taxas de incremento da produtividade (COUTINHO *apud* MOTA, 1998:08).

Esse projeto político-ideológico também estimula um sentimento de descontinuidade histórica, é como se estivéssemos condenados a viver unicamente o presente sem nos remetermos ao passado e sem perspectivas de futuro. Com isso, criam-se condições favoráveis para a subtração da classe trabalhadora de muitos dos direitos conquistados, através de muita luta e mobilização. Vivemos um momento de descaracterização de todo esse processo de conquista, que se viabiliza através do “apagamento” de nossa memória histórica. Sendo assim, a conquista fica maquiada de benesses e, como tal, pode ser retirada e/ou negada a qualquer momento.

Conforme aponta Frederico:

O momento não poderia ser mais conveniente já que a cooptação, o fatalismo resignado e o deslumbramento parecem ser a tônica dominante, e o capital, barbarizando em escala planetária, parece ter triunfado definitivamente sobre os escombros do muro de Berlim e sepultado para sempre os sonhos emancipatórios gestados no século passado (FREDERICO, 1998:10).

Concordamos com Behring (1997), quando afirma que a chave do problema da questão social está na esfera da produção<sup>25</sup>. E com outros autores que afirmam que a radicalização da democracia só é possível num sistema socialista<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> BEHRING, Elaine. A Nova Condição da Política Social. Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, nº 10, 1997.

<sup>26</sup> Idem.

No entanto, acreditamos que através da luta por políticas sociais universalistas, pela manutenção dos direitos sociais conquistados, por aumento de investimento em projetos sociais emancipatórios, investimento em áreas estratégicas como saúde e educação, criaremos um terreno fértil para a conquista de um projeto hegemônico diferenciado do atual. Esse processo gradual, onde a luta de classes tem como arena os aparelhos privados de hegemonia é o que Gramsci denomina de “guerra de posições”.

Portanto, para Gramsci, no *Estado moderno*, para que haja a revolução é preciso que a obtenção da hegemonia preceda a tomada do poder, sendo o caráter da transição revolucionária, processual e molecular. Para ele, a forma como é pensada a estratégia revolucionária está intimamente ligada à idéia que se tem do Estado e suas funções.

O Estado moderno não pode ser entendido unicamente como aparelho burocrático-coercitivo, como ‘vulgarmente’ a maioria da população pensa. Suas dimensões de fato, não se limitam aos instrumentos exteriores de governo, mas compreendem, também, a multiplicidade dos ‘organismos’ da sociedade civil, onde se manifesta a livre iniciativa dos cidadãos, seus interesses, suas organizações, sua cultura e valores, e onde praticamente se enraízam as bases de hegemonia (Semeraro,1999: 75).

Todavia, gostaríamos de sinalizar que, historicamente, no Brasil, a intelectualidade marxista tem negligenciado o Estado enquanto uma relação social, atravessado por interesses antagônicos. Nós nem chegamos a ter um Estado de Bem-Estar Social e ele já havia sido duramente criticado. As políticas



sociais no Brasil são vistas como algo “menor, sem importância”, perdendo-se a dimensão de que, “*briga-se dentro e não do lado de fora*”. Portanto, acredito que é fundamental entendermos em que bases históricas e teóricas o *Estado moderno* se sustenta e quais são as possibilidades que a obra marxista de Gramsci nos aponta.

Para finalizar, podemos dizer que a forma como a política social se apresenta está relacionada aos processos históricos, econômicos e políticos e à relação com a sociedade civil, onde o Estado é composto pela relação entre estas esferas.

Tendo como base a discussão apresentada, no próximo capítulo discutiremos as políticas destinadas aos adolescentes e a política de AIDS, buscando encontrar através de suas historicidades, os elementos emancipatórios e excludentes que as compõem. Entendendo que as conquistas de políticas efetivamente democráticas criam condições reais para a construção de projetos societários, que diferem do projeto hegemônico vigente.

## **CAPÍTULO 2**

### **AIDS e ADOLESCÊNCIA**

#### **2.1. – O ator principal: refletindo o conceito de adolescência e os princípios norteadores do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Programa de Saúde do Adolescente**

“Numa sociedade em que não há divergência, ou na qual a divergência não é permitida, a palavra adolescente perde o sentido” (E.Z. Friezenberg).

No contexto atual, a adolescência pode nos parecer um fenômeno dado, que sempre esteve presente nas relações entre os homens. Contudo, consideramos imprescindível destacar sua historicidade e concretude. Em primeiro lugar, é importante destacar que o conceito de adolescência não é hegemônico e universal, pois, na verdade, ele é construído em determinadas condições históricas, sociais, políticas e culturais (BASTOS, 1997).

Como destaca BOURDIEU (1997), a produção de determinados recortes no sentido de legitimar algum campo de saber ou intervenção não é natural, e, sim, constituída por relações que tornam tal campo de saber, “oficial”:

Cada sociedade, em cada momento, elabora um campo de problemas sociais tidos por legítimos, dignos de serem discutidos, públicos, por vezes oficializados e de certo modo, garantidos pelo Estado (1997: 35).

São muito ricas e diversas as formas de apresentação da adolescência, onde ela é vista e pensada como sendo uma fase, uma metamorfose, uma revolução, uma turbulência, um estado de luto. Todas as suas características fazem referência a estados passageiros, transitórios, intermediários, como sendo um caminho inexorável do ser humano.

Se olharmos atentamente para a história da humanidade, encontraremos exemplos que nos levam a questionar e a relativizar a forma como a adolescência é vista hoje. O que observamos é que o conceito de adolescência foi sendo construído ao longo dos tempos em determinadas condições históricas, econômicas e sociais.

Dessa forma, a adolescência possui uma história que a localiza no tempo e no espaço e lhe confere sentido. Se hoje em dia a adolescência representa um período importante da existência humana, justificando assim, programas e atendimentos específicos e suscitando o interesse de diversas esferas da sociedade, há tempos atrás, nem sequer era definida como um período específico do desenvolvimento humano.

Recuperar concepções do passado, através do caminho histórico, apontando as mudanças pelas quais passou o significado da adolescência, torna perceptível a necessidade de relativizarmos o conceito atual de adolescente.

Um aspecto importante a salientarmos é a diferença entre adolescência e puberdade. O fenômeno da puberdade é, provavelmente, tão antigo quanto a humanidade, ocorrendo durante a adolescência, com características bem mais precisas e estreitas.

A puberdade é uma manifestação biológica em que o indivíduo adquire capacidade física de exercer a função sexual madura; as características podem ser observadas através do crescimento em altura, o chamado “estirão de crescimento”<sup>27</sup>. Os ossos crescem alargando os ombros nos meninos e os quadris nas meninas. Há também a maturação dos caracteres sexuais, onde, nas meninas, ocorre o aumento dos seios e a primeira menstruação. Já nos meninos, há o crescimento dos testículos, o aumento do pênis e o começo da produção de espermatozóides.

Conforme sinaliza BECKER<sup>28</sup>, na adolescência as mudanças que ocorrem no plano físico/corporal, ocorrem de forma universal (com algumas variações) o que não acontece no plano sócio-cultural.

Se observarmos atentamente, veremos que até as manifestações biológicas são carregadas de valores simbólicos que influenciam a forma como cada adolescente irá vivenciar esse momento. A menstruação é um fenômeno biológico bastante ilustrativo desse pensamento. Vamos usar como exemplo, os índios: dentro da própria cultura indígena, existe diferença de uma tribo para outra, na forma pela qual concebem a menstruação: em algumas tribos, a menstruação é considerada perigosa para a colheita e a caça e, portanto, no período menstrual, a índia deve ficar isolada da tribo; em outras tribos, a primeira menstruação é considerada uma dádiva. Na cultura ocidental moderna “globalizada”, ainda é comum associarem menstruação A sangue podre, sujo, que não presta, entre outras crenças<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> Termo utilizado pela medicina para designar o crescimento acelerado que ocorre num determinado momento do desenvolvimento puberal.

<sup>28</sup> BECKER, D. O que é adolescência. Coleção Primeiros Passos. Brasiliense: SP, 1994.

<sup>29</sup> Idem.

A adolescência, portanto, não se restringe às manifestações da puberdade, ela é muito mais complexa do que a “*simples*” maturação dos caracteres sexuais. Ela se estabelece não somente no plano biológico, mas, especialmente, nos planos histórico, social e cultural.

Como veremos adiante, a idéia de adolescência que o mundo ocidental tem hoje é caracterizada a partir do século XVIII.

Na Grécia antiga, as crianças cresciam ouvindo histórias mitológicas, canções e fábulas com caráter moralizador. A partir dos 07 anos, a educação dos meninos era assumida pela coletividade. Dos 16 aos 20 anos, os jovens passavam por inúmeras provas. A educação paramilitar tinha como propósito o adestramento para as virtudes cívicas e militares. O processo educacional era também marcado por relações profundas que uniam um jovem a um adulto, que era, ao mesmo tempo, seu mestre e iniciador. A relação sexual entre um adulto e um jovem não era entendida nem como desonra e nem como uma conduta homossexual<sup>30</sup>.

No Império Romano, os rapazes aos 12 anos deixavam o ensino elementar, aos 14 anos abandonavam as vestes infantis e aos 16 anos podiam optar pela carreira pública. Não existia esse conceito que temos hoje de maioridade legal, pois não havia o conceito de menoridade e sim de impúberes, em que cabia ao pai ou ao tutor a decisão do momento em que deixariam esta condição. Já as meninas, aos 12 anos eram consideradas em estado núbil, o casamento se consumava no máximo até os 15 anos. Era muito clara a distinção feita na criação e educação das

---

<sup>30</sup> GROSAN, E. O médico de adolescente e seu ofício – reflexões sobre as normas e práticas. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ: RJ, 1995.

moças e dos rapazes; havia espaços e funções bem definidos para cada um naquela sociedade<sup>31</sup>.

Na sociedade medieval, o conceito de infância também não existia, e o conceito de adolescente, muito menos; portanto, não havia distinção entre a criança e o adulto. A infância estava ligada à idéia de dependência e, quando a criança apresentava condições de sobreviver sem solicitações constantes, neste momento, ela estava pronta para ingressar no mundo adulto.

Conforme afirma PHILIPPE ARIÈS: “Até o século XVIII, a adolescência foi confundida com a infância” (1975:41). Conhecia-se apenas a palavra **enfant** (criança), que era usada indiscriminadamente tanto para designar uma criança como um jovem. Como a infância estava ligada à noção de dependência, era também comum encontrar palavras ligadas à infância para falar de homens de baixa condição que continuavam a ser dependentes<sup>32</sup>.

A ausência da noção de infância também pode ser percebida na arte medieval, em que a representação de uma criança era feita através da pintura de um adulto em tamanho menor, mas sem diferença de traços, o que Ariès denomina de “adultos em miniatura” (idem: 39).

Na transição da Idade Média para a Modernidade, alguns fatores influenciaram as idéias que os indivíduos passaram a ter de si e de sua relação com os outros. Dentre esses fatores, podemos destacar alguns. O primeiro, diz respeito ao novo papel do Estado, que passa a ter maior interferência no espaço social; com isso, o indivíduo passa a se dedicar mais às suas atividades particulares. Um

---

<sup>31</sup> Idem.

<sup>32</sup> ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família LCT: RJ, 1981.

segundo fator se refere ao desenvolvimento da escola, que, no início dos tempos modernos, se diferencia da escola medieval; esta era reservada a um pequeno número de clérigos e misturava pessoas com idades diferentes<sup>33</sup>. Conforme salienta ARIÈS, as escolas:

(...) se tornaram no início dos tempos modernos um meio de isolar cada vez mais as crianças durante um período de formação tanto moral como intelectual, de adestrá-las, graças a uma disciplina mais autoritária, e, desse modo, separá-las da sociedade dos adultos (1975:165).

O terceiro fator seria: as novas formas de religião, em especial, o cristianismo, que passou a exigir dos fiéis uma devoção mais intimista, buscando uma atitude menos coletiva e mais individualista.

Em decorrência desses fatos, a principal mudança comportamental observada é a transição do convívio coletivo para o individual. O surgimento progressivo da modernidade e a decadência da hierarquia medieval produzem transformações que se manifestam em uma nova atitude em relação aos corpos. Revela-se o surgimento de um novo pudor, uma preocupação em esconder determinadas partes do corpo e determinados atos, preocupação que inexistia anteriormente.

Surge, então, nesse momento, o primeiro sentimento de infância; no entanto, limitava-se às primeiras idades. Havia uma indiferença pelas transformações ocorridas na puberdade, com isso a segunda infância não se

---

<sup>33</sup> Havia nessa época, uma completa indiferença pelas idades das pessoas, sendo muito raro encontrar referências precisas à idade dos alunos no período medieval.

distinguiu da adolescência, inexistindo a idéia que possuímos hoje sobre adolescência.

O século XVIII foi um período bastante propício a novas idéias. Desenvolveu-se um movimento intelectual denominado Iluminismo<sup>34</sup>. Foi também nesse período que a burguesia encontrou apoio para consolidar seus ideais.

Esse século é marcado pelo fortalecimento dos Estados Nacionais, pela redefinição dos papéis da mulher e da criança e pela crescente industrialização. Os indivíduos ficavam circunscritos ao espaço privado familiar.

Nesse momento, a figura do adolescente é delimitada com maior precisão. Para os meninos, é o período entre a primeira comunhão e o bacharelado e, para as meninas, é o da primeira comunhão ao casamento. A adolescência passa a ser reconhecida como um período de crises e temida como sendo uma fase de potenciais riscos para o próprio indivíduo e para a sociedade.

O século XIX é marcado pela vitória da Revolução Industrial, pela afirmação do projeto burguês e pela complexidade das relações de produção e sociais. A família desse século é caracterizada por ser: nuclear, heterossexual, monogâmica, patriarcal e o casamento considerado indissolúvel, sendo a mulher e os filhos subordinados à figura paterna.

A escola assume um papel central na vida das crianças e dos adolescentes das famílias burguesas. Esses indivíduos são vistos como ainda em formação e, portanto, precisam ser preparados para suas atribuições no futuro. Entretanto, o mesmo processo não ocorre nas famílias mais empobrecidas, em que

---

<sup>34</sup> AQUINO, R. S. L.. História das sociedades: das sociedades modernas às atuais. Livro Técnico: RJ, 1978.



todos os seus membros são compelidos a vender a sua força de trabalho, em longas jornadas de trabalho nas fábricas.

Somente quando o regime capitalista começou a exigir maior qualificação da força de trabalho, as mulheres e crianças trabalhadoras das fábricas foram substituídas por profissionais mais qualificados; quando os trabalhadores conseguiram algumas garantias trabalhistas é que podemos observar uma maior aproximação das famílias operárias com o modelo de família burguesa.

É somente a partir do final do século XIX, que passamos a conceber a adolescência como ela é vista hoje: *“período da vida humana que começa com a puberdade e se caracteriza por mudanças corporais e psicológicas, estendendo-se, aproximadamente, dos 12 aos 20 anos.”*<sup>35</sup>.

É considerado um período transitório, preparatório e marcado por profundas crises. Ou seja, na medida em que vai se tornando mais complexas as necessidades para se entrar no mundo adulto, a adolescência passa a se configurar como uma fase transitória entre a infância e o mundo adulto que merece atenção e destaque.

Contemporaneamente, podemos, superficialmente, dizer que o que a mídia veicula como retrato da nossa época são os ‘cara pintadas’, os arrastões nas praias da zona sul, os bailes *funks*, os ‘mauricinhos e patricinhas’ com seus celulares, os meninos da candelária, os ‘gerações saúde’, os ‘aviões’ dos morros e bairros das grandes cidades e, principalmente, a ligação entre a juventude e a violência urbana.

---

<sup>35</sup> HOLANDA, Aurélio Buarque de. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. Nova Fronteira: RJ, 1999.

Pensar em adolescência, na atualidade, na cidade do Rio de Janeiro, obriga-nos também a pensar o tráfico de drogas e as mortes prematuras em decorrência do envolvimento com o comércio das drogas e das armas. As estatísticas do Ministério da Saúde demonstram que o principal fator de mortalidade, em jovens, são as causas externas e, dentro destas, encontramos a morte por projétil de arma de fogo<sup>36</sup>.

Entretanto, existem histórias que não se encaixam nesse panorama. Histórias que não ganham destaque nos telejornais e que também não servem de inspiração para os temas de novelas.

A adolescência está longe de constituir-se enquanto um fenômeno universal e homogêneo como aparentemente nos é apresentado. São muitos os fatores condicionantes que compõem a imagem do adolescente hoje, sendo a diferenciação sócio-econômica e a divisão social de classes, talvez, uma das mais evidentes.

Conforme, apropriadamente, nos fala BECKER:

É nesse mundo em crise e mutação, onde novos valores convivem com valores arcaicos e ultrapassados, é nesse mundo confuso e contraditório que o adolescente de hoje deve achar sua identidade e seu papel. Convenhamos que não é das tarefas mais fáceis (1985:66).

Neste sentido, compreendemos que o fenômeno da adolescência surge imbricado às relações que o legitimaram enquanto campo de intervenção e

---

<sup>36</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE. Boletim epidemiológico sobre a juventude no Brasil. Brasília, 2000.

também de saber, no sentido da produção de conhecimento e, principalmente, do controle, disciplinamento e medicalização dos corpos:

No Brasil, a preocupação com o adolescente remonta o século XVIII, quando o Estado, interessado em consolidar sua hegemonia interna, inicia o processo de urbanização, envolvendo uma série de ações junto às famílias de elite. Tais ações desencadearam, por parte das famílias, uma forte reação ao Estado, levando este a concluir que não bastava “urbanizar as famílias”, mas era necessário acima de tudo “estatizar os indivíduos”, inculcando nestes a importância do Estado na preservação da sua saúde, do seu bem-estar e no progresso da população nacional (CARVALHO *et alii*, 1996:18).

Entendemos também que não podemos descolar estas questões do recorte de classe, à medida que, no contexto capitalista brasileiro, as atenções do Estado sempre se colocaram de forma diferenciada, tendo como suporte as políticas de um Estado paternalista, tutelar e com um claro recorte de classe. No caso da adolescência pauperizada, convém destacar que o recorte sempre se deu no sentido do disciplinamento e repressão de comportamentos “marginais, como podemos perceber pela vigência do Código de Menores (1927), que, através da criação de um aparato institucional, possibilitou o trato das problemáticas da infância e da adolescência pobre como “*questões de justiça*”. Destarte, como destaca CORRÊA(1993).

Enquanto foi possível manter ordeiros engraxates, pequenos jornaleiros e vendedores de amendoim, solucionar suas doenças pelos hospitais ou contê-las pelos muros das instituições, marcadamente da FUNABEM e o das suas versões “estadualizadas, a questão - o” problema “- das crianças das classes marginalizadas não existia, não fazendo parte da sociedade e de suas preocupações políticas e sociais.” (1993: 37).

Conforme apontam FRAGA e IULIANELLI (2003), através da análise da cultura de massas, as transformações ocorridas nas últimas duas décadas requisitaram para os jovens um papel específico, onde *“os valores da juventude passaram a ser os mais desejados pelos indivíduos, projetando o tema da juventude sobre todas as faixas etárias.”*<sup>37</sup>. Entretanto, esse protagonismo é dúbio, pois o aumento do interesse pela juventude, não necessariamente representou, para a maioria dos jovens, uma maior projeção e conquistas de espaços sociais mais relevantes.

Se a adolescência e juventude são identificadas por especificidades, são também marcadas por profundas diferenças entre os agentes que as compõem. Como sinalizado anteriormente, cada sociedade elege, constrói e reforça mitos e pré-conceitos relacionados às vivências dos adolescentes e jovens, ditando “normalidades” e “patologias”.

As manifestações e formas de resistência dos jovens – que muitas vezes não estavam atreladas à sua

---

<sup>37</sup> FRAGA, P. e IULIANELLI, A. (org). Jovens em Tempo Real. RJ: DP&A Editora, 2003.

condição etária, mas a outras atribuições sociais e culturais – eram reconhecidas como tendência a cometer atos de vandalismo e práticas ilícitas, como meio de “afirmação” de identidade (Idem:10)<sup>38</sup>.

As diferenças sociais, econômicas e culturais atravessam esse grupo, de forma que podemos afirmar que existem várias adolescências e juventudes. Isso pode ser visto, nos jovens da classe trabalhadora, que se inserem precocemente nas atividades laborativas.

Em relação ao trabalho, aumenta a cada dia o número de jovens que ingressam no mercado de trabalho – a maioria esmagadora no mercado informal – , enfrentando problemas, como extensas jornadas de trabalho, má remuneração, atividades impróprias à pouca idade, falta de garantia dos direitos trabalhistas (os que ainda resistem à ofensiva neoliberal), acidentes e doenças pela inexistência de ações preventivas no âmbito da política pública de saúde.

As estatísticas mostram ainda um crescimento acelerado de jovens envolvidos em episódios de violência urbana; sabemos que estes não são fatos isolados, mas estão inseridos em um contexto econômico, social e cultural que revela especificidades da sociedade brasileira.

De maneira perspicaz FRAGA e IULIANELLI, apontam:

Uma questão que tem sido bastante referenciada é a crescente capacidade da sociedade de descartar vidas

---

<sup>38</sup> Os autores apontam como exemplo dessa reflexão, os jovens que perambulam pelos grandes centros urbanos, cometendo pequenos delitos; são descritos pelas autoridades – e também pela sociedade de modo geral –, como perigosos delinqüentes, embora seus delitos (quase sempre) sejam de gravidade menor do que os praticados por adultos.

precocemente. O elevado índice de mortes violentas entre os jovens, destacadamente os mais pobres, tem apontado para a configuração de uma sociedade que elimina os seus “indesejáveis”, principalmente os que estão apartados da esfera do consumo (2003:12).

Historicamente, e hoje mais que nunca, as políticas públicas destinadas à adolescência e juventude visam “prevenir” e “eliminar” a violência, mas sempre via segurança pública. Eliminando, dessa forma, toda e qualquer configuração social, restringindo-se ao âmbito policial.

Os mitos e concepções que atravessam a forma como a adolescência e a juventude são compreendidas e, conseqüentemente, as repostas que são aplicadas, via políticas sociais para esse grupo, têm raízes em diversas produções, que durante o século XX forjaram a idéia de periculosidade para os jovens pobres.

COIMBRA e NASCIMENTO (2003) apresentam como, no Brasil, os trezentos anos de escravidão e a influência de teorias racistas, eugênicas, dentre outras, marcaram a construção da nossa subjetividade<sup>39</sup> sobre a pobreza. Essas teorias, com bases em devaneios “naturais”, “anatômicos”, “familiares” trataram de forjar a noção de classe perigosa<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Entendemos a subjetividade como algo fabricado e modelado no social, sendo mais uma das produções importantes para a legitimação da sociedade capitalista. Pois o capital não produz apenas mercadorias, mas necessidades, desejos e subjetividades que são essenciais para o seu funcionamento.

<sup>40</sup> Os autores exemplificam com o caso de duas cidades brasileiras, no período ditatorial, que por “ordens superiores” implementaram, em escolas públicas, a prática de medir os crânios das crianças – em sua maioria de ascendência nordestina. Posteriormente, os dados eram enviados à direção, e técnicos elaboravam laudos que descreviam as características emocionais e intelectuais dessas crianças.

Idéias como a de Morel, que predominaram na Europa no século XIX, através da obra intitulada “*O tratado das degenerescências*”, encontraram terreno fértil na sociedade brasileira. No Brasil, tivemos, no movimento higienista<sup>41</sup>, a possibilidade de colocar em prática, à nossa moda, muitos elementos destas teorias.

No seio dessa sociedade tão civilizada existem “verdadeiras variedades” (...) que não possuem nem a inteligência do dever, nem o sentimento da mortalidade dos atos, e cujo espírito não é suscetível de ser esclarecido ou mesmo consolidado por qualquer idéia de ordem religiosa. Qualquer uma destas variedades foi designada sob o justo título de classes perigosas (...) constituindo para a sociedade um estado de perigo permanente. (Morel *apud* COIMBRA e NASCIMENTO, 2003:21).

No Brasil, o movimento higienista possibilitou um mapeamento dos pobres, atribuindo-se às classes trabalhadoras características que se tornavam uma “ameaça” para a *sociedade de bem*. Dessa forma, nesse período, surge uma grande preocupação com as crianças e jovens pobres, que se não fossem tuteladas e disciplinadas poderiam vir a compor as classes perigosas.

O cenário, sumariamente apresentado, dentre outras questões, introduz a adolescência no *hall* das “questões públicas”, levando instituições e profissionais

---

<sup>41</sup> O movimento higienista extrapolou o campo circunscrito da saúde, influenciando a sociedade amplamente. Suas bases teóricas influenciaram-se no darwinismo social e na eugenia, pregando o aperfeiçoamento da raça.

a dirigirem seus olhares e ações para o conjunto de problemas e possibilidades que envolvem esse seguimento populacional.

Conforme sinalizam PAPA e FREITAS: “(...) os jovens passaram a chamar a atenção da sociedade como vítimas ou protagonistas de problemas sociais.”(2003:09)<sup>42</sup>.

IULIANELLI nos lembra que, no início do século XX, o enfoque das análises sobre a juventude era o controle da delinqüência. A juventude pobre era interpretada como um perigo social que rondava os lares burgueses (2003:55)

Dessa forma, em 1923, foi criado o Juizado de Menores, que visava solucionar o problema da criança e do adolescente “desassistido”.

Em 1927, surge a primeira lei destinada para a infância e a adolescência: o Código de Menores, que tinha como uma das suas principais características, a intervenção via internação.

Essa política de internação se fortalece, principalmente, no período ditatorial com a criação, em 1941, de órgãos como o Serviço de Assistência ao Menor – SAM – e, em 1964, com a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM.

Na vigência do Código de Menores, é visível a preocupação com o controle e disciplinamento das crianças e adolescentes pobres. Para evitar o “desvio”, era possível retirá-los da convivência familiar, privá-los de liberdade, vigiá-los, reeducá-los, interná-los, marcá-los, etc.

A década de 1960 é marcada por uma visão dual da juventude, pois eram vistos como agentes de transformação social, revolucionando costumes,

---

<sup>42</sup> FREITAS, M.V. e PAPA, F.C. (Org). Políticas Públicas: juventude em pauta. SP: Cortez, 2003.



hábitos, cultura e política; ou como “inocentes úteis” ou ainda “massa de manobras”. As interpretações sobre a juventude oscilavam entre delinqüentes ou revolucionários.

Já a década de 1980, no Brasil, foi expressiva na luta pela redemocratização da sociedade, através dos movimentos sociais, da mobilização da sociedade civil, da pressão pelas eleições diretas e do protagonismo de novos atores políticos. Foi um período de avanços sociais e políticos sem precedentes na história brasileira.

Podemos identificar que foi a partir desse momento que, no Brasil, houve um reordenamento nas relações sociais, políticas e culturais, experimentadas no movimento de redemocratização da sociedade brasileira, onde o anseio por cidadania movimentou várias parcelas da sociedade civil. É nesse contexto que se lança um “novo olhar” para as crianças e adolescentes, tanto no contexto mais geral de seus direitos sociais, quanto na luta pelo direito à saúde<sup>43</sup>.

A promulgação da Constituição Federal de 1988, que passou a prever ações públicas de saúde para todos os cidadãos, inserindo com isso uma noção de cidadania plena, deu visibilidade para as questões da população infanto-juvenil brasileira.

Dessa forma, os anos 90 são expressivos na redefinição da infância e da adolescência no plano jurídico, como também, pela grande presença de jovens em movimentos sociais e ainda, pela participação em momentos políticos

---

<sup>43</sup> Para efeitos didáticos, abordaremos o PROSAD no próximo item deste capítulo, mesmo entendendo que ele não pode ser analisado separadamente de toda a conjuntura apresentada.

relevantes da história brasileira recente. Esse período é também caracterizado pelo que chamamos de “onda jovem”<sup>44</sup>.

Assim sendo, em 1990 surge o ECA, aprovado pela Lei nº 8.069, redirecionando a doutrina da “situação irregular” que, até então, norteava as ações disciplinares da adolescência pobre. O Estatuto promulga a doutrina da “proteção integral”, que pretende reordenar as ações do Estado e da sociedade civil, no sentido de garantir a cidadania de crianças e adolescentes, agora entendidos como sujeitos de direitos.

O ECA buscou romper com uma concepção preconceituosa e de exclusão sobre a infância desassistida, presente no antigo código de menores; descentralizou um poder acumulado pelo juiz de menores e repassou parte desse poder para os conselhos tutelares, que têm a participação da sociedade civil. O Estatuto propõe uma “mudança de ótica”; é uma legislação que nega a concepção excludente como a sociedade e o Estado (até então) tratavam as questões ligadas à população adolescente. O Artigo 3º do Estatuto, diz:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (...) assegurando-se-lhes, por lei ou outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

---

<sup>44</sup> A partir da década de 1980, há uma taxa de crescimento elevada da população na faixa etária entre 15 e 24 anos (definição de faixa etária utilizada pela Organização das Nações Unidas para designar a juventude).

No que se refere ao reordenamento jurídico, no trato das questões que envolvem a criança e o adolescente, o ECA trouxe avanços importantes. No entanto, ainda é necessário que façamos sua defesa, para que se torne uma realidade no dia-a-dia das instituições voltadas para esse seguimento, assim como nas relações sociais, pois, como sabemos, ainda são muitas as práticas de violência e abusos contra os jovens.

Cabe lembrar que, quando o ECA rompe com a “condição irregular” presente nos antigos códigos de menores, ele propõe igualar vivências, estruturalmente desiguais. Ou seja, juridicamente todos os jovens são iguais; entretanto, essa igualdade jurídica é um contra-senso para a realidade da maioria das crianças e adolescentes brasileiros. Conforme é peculiar às sociedades capitalistas, há a utilização do subterfúgio da igualdade jurídica, como forma de legitimar e obscurecer as desigualdades econômicas, sociais e culturais. Não podemos esquecer, de acordo com a discussão realizada no primeiro capítulo desta dissertação, que o Estado capitalista moderno assenta-se e se legitima na igualdade dos homens perante as leis e na sua desigualdade frente à propriedade.

Ainda com relação ao ECA, e agora já incluindo em nossas análises também o PROSAD, podemos dizer que eles deixaram desprotegidos parte da juventude que ultrapassou o limite dos 18 anos completos, ou seja, para os jovens acima dessa faixa etária não há iniciativas de proteção e cuidados específicos. Assim sendo, podemos dizer que, no Brasil, não temos uma política pública que contemple a juventude.

FREITAS e PAPA (2003) analisando as políticas destinadas aos jovens revelam – entre outros dados – que há ausência de uma proposta clara do

governo federal para a população juvenil do país e seu lugar no modelo de desenvolvimento pretendido; e ainda, evidenciam a ausência de canais de interlocução com os próprios jovens, que jamais são tidos como parceiros relevantes no planejamento, implementação e avaliação.

Recuperarmos – mesmo que sumariamente – as concepções teóricas e as condições sócio-históricas que precederam a criação do ECA e do PROSAD – duas principais iniciativas de proteção e garantias de direitos voltadas para os adolescentes – nos possibilita entender a relevância da articulação da sociedade organizada e do Estado, na busca de respostas às demandas emergentes.

No que se refere à juventude pobre, podemos perceber como ainda permanecem presentes, nas atuais políticas destinadas aos jovens, concepções preconceituosas que foram forjadas há mais de um século, arquitetando nossa subjetividade. E que esses espaços, na estrutura do poder público, ainda estão em processo de afirmação (assim como os jovens) e enfrentam desafios frente às idéias que marcaram o entendimento sobre as crianças e os jovens pobres.

## **2.2. Política de Saúde e a Assistência ao HIV/AIDS: resgate histórico da política de AIDS no Brasil na interface com o Programa de Saúde do Adolescente**

Compreendemos que as políticas sociais surgem da correlação de forças antagônicas no trato da questão social; e que o Estado contemporâneo é paradoxal nas respostas às demandas apresentadas pela sociedade, onde, políticas públicas serão mais ou menos democráticas, conforme estiverem dispostas às classes sociais no seu poder de organização, mobilização e pressão nas esferas do poder.

Dessa forma, entendemos que as criações da política nacional de AIDS e do PROSAD, ocorrem em determinada conjuntura social, o que lhes conferem sentido e particularidades. Assim sendo, a construção de ambas as políticas acontecem num período de intensa mobilização da sociedade brasileira, na luta pela redemocratização das esferas sociais (principalmente das instituições públicas), sendo a democratização da saúde um movimento privilegiado.

A década de 80, que, para alguns, foi a década perdida, do ponto de vista político-social, foi de intensa mobilização social e muitas conquistas democráticas, sendo o projeto de Reforma Sanitária emblemático deste período.

O projeto de Reforma Sanitária surge acompanhado de outros movimentos sociais e políticos, em um período de intensa mobilização da sociedade civil que apresentava no *hall* de reivindicações: melhores condições de vida, educação, trabalho etc.; como também, assistimos à organização de grupos pela defesa de seus direitos, tais como: gênero, etnia, etário, entre outros. Em suma, o projeto de Reforma Sanitária foi ingrediente importante nesse caldeirão social, em busca da democratização política e enfrentamento da crise econômica instaurada nos países capitalistas e do desmonte dos sistemas de proteção do Estado de Bem-Estar Social.

Em 1986, no Brasil, temos a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com intensa participação da sociedade civil, e inaugurou uma forma diferenciada e participativa de pensar a saúde no país. Como resultado e influência das questões trazidas na VIII Conferência, a Constituição Federal (1988) decreta que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, mudando radicalmente as

concepções anteriores, em que a saúde pública não era acessível a todos os cidadãos.

Ainda como expressão de toda essa mobilização, em 1990, são promulgadas as leis 8.080 e 8.142 que regulamentam a Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo o Sistema Único de Saúde – SUS – que tem como pressupostos: o controle social, a partir da participação dos cidadãos; a descentralização de poder e recursos para o nível local.

Também no ano de 1990, soprado pelos ventos da Reforma Sanitária e pela conjuntura de mobilizações reivindicativas – período em que começam as pressões da sociedade civil na luta pelos direitos das pessoas que conviviam com a AIDS –, se dá a criação do PROSAD<sup>45</sup>.

Na área da saúde, surge no ano de 1989, no caldeirão efervescente da Reforma Sanitária, o PROSAD, que evidencia a necessidade de construção de um novo modelo de atenção à saúde, voltado, especificamente, para a parcela adolescente. Assim, o programa vem legitimar a atenção específica a um grupo que, como colocamos anteriormente, se constituiu como objeto de intervenção e investigação através de um processo histórico.

O PROSAD, sem dúvida, pode ser considerado como instrumento fundamental para o reordenamento de ações para a saúde do segmento adolescente. Em primeiro lugar, porque reconhece peculiaridades desta fase,

---

<sup>45</sup> Para efeitos didáticos apresentaremos, primeiramente, a criação do PROSAD e posteriormente a construção da política de AIDS no Brasil, mesmo sabendo que alguns avanços e retrocessos que marcaram ambas as políticas, se dão no mesmo contexto histórico, político e econômico.

tanto em nível biológico, no que coincide com a puberdade, quanto em nível sócio-cultural.

Em segundo, porque prevê uma série de ações prioritárias tendo em vista algumas demandas colocadas por este público.

Assim, o PROSAD recorta 13 áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar, prevenção de acidentes, abordagem da violência e maus tratos, família, trabalho, cultura, esporte e lazer, com o “(...) *objetivo final de melhoria dos níveis de saúde da população adolescente.*” (Idem).

A Organização Mundial de Saúde – OMS –, desde a década de 1970, vem reconhecendo como prioritárias, as ações específicas na atenção à saúde do adolescente.

A Organização Panamericana de Saúde – OPS – aponta ser a saúde dos adolescentes um aspecto fundamental para o desenvolvimento econômico, social e político dos países da América Latina e Caribe.

Segundo dados do IBGE/2000<sup>46</sup>, a faixa etária de adolescentes e jovens (10 a 24 anos), corresponde a aproximadamente 41% da população total do Brasil. No Estado do Rio de Janeiro, o segmento dos 10 aos 19 anos corresponde a 17% da população carioca<sup>47</sup>. O município do Rio de Janeiro tem uma população total de 5.857.904; destes, 554.825 são compostos por adolescentes de 12 a 17 anos.

---

<sup>46</sup> IBGE. Censo demográfico de 2000. Resultados parciais da amostra: Tabela 1 – 1.1 – População residente por cor ou raça segundo a situação de domicílio e os grupos de idade.

<sup>47</sup> Relatório da UNICEF no Brasil relativo ao ano de 2002.

Dessa forma, em cumprimento à Constituição de 88 e ao Ministério da Saúde, oficializam o PROSAD-MS, com a publicação, pela Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, de suas bases programáticas (Ministério da Saúde, 1989).

O Ministério da Saúde reconhece que:

(...) como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde sendo dever do Estado possibilitar este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 1989:05).

O PROSAD-MS apregoa a importância de uma abordagem integral à saúde do adolescente, com o atendimento em equipe multidisciplinar, o trabalho hierarquizado e a formação de uma rede institucional.

Podemos assim, apresentar, sumariamente, alguns dos principais objetivos apontados pelo PROSAD-MS:

- Promover a saúde integral, favorecendo o processo de crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- Normatizar as ações nas áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação dos programas estaduais e municipais, de atenção ao adolescente;
- Promover e apoiar estudos e pesquisas relativas à saúde do adolescente;
- Criar um sistema de informação e documentação sobre a saúde do adolescente em âmbito nacional;



Atendendo às orientações do MS, em agosto de 1989, a Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, criou a Comissão Interinstitucional do Assessoramento à Implantação da Assistência Integral à Saúde do Adolescente, publicando assim as bases programáticas do PROSAD-RJ.

O PROSAD-RJ apresenta, como objetivo geral, a implantação e implementação de ações que visem a integralidade da assistência prestada aos adolescentes, objetivando reduzir a morbi-mortalidade. Seguindo, como linha de atuação, nada muito diferente do apregoado pelo PROSAD-MS.

De acordo com os objetivos de nosso trabalho, cabe atermo-nos à implantação e implementação do PROSAD no município do Rio de Janeiro. Dessa forma, segundo dados obtidos em documentos oficiais<sup>48</sup>, a proposta de trabalho com adolescentes surgiu na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no ano de 1987, a partir da integração entre os setores de Educação e Saúde, tendo os primeiros treinamentos de profissionais<sup>49</sup> ainda neste mesmo ano. Entretanto, a implementação do PROSAD se deu, de forma mais sistemática, a partir do ano de 1992, quando foi criada a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente, vinculada à Coordenação de Programa de Atenção Integral à Saúde e à Superintendência de Saúde Coletiva.

RUZANY (2000), em sua avaliação sobre o PROSAD no município do RJ, relata que o mesmo originou-se do Programa de Saúde Escolar através de uma portaria assinada em 1986 pela coordenadora do Programa de Atenção à

---

<sup>48</sup> Revista Saúde em Foco - Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. N° 21, julho de 2001, RJ.

<sup>49</sup> Nesse período, começa a parceria do NESA, antiga UCA – Unidade Clínica de Adolescentes –, com a Secretaria Municipal de Saúde – SMS –, via capacitação dos profissionais para o trato das questões dos adolescentes. Os primeiros cursos de capacitação foram feitos pela UCA, apoiados pela OPS.

Saúde da Criança (PAISC), juntando, neste Programa, a atenção ao escolar e a todo adolescente com idade até 18 anos<sup>50</sup>. E aponta muitas deficiências na sua implementação e execução, sendo: ausência de recursos alocados especificamente para o programa; falta de identidade própria devido às constantes mudanças no conteúdo programático; ausência de monitoramento da atenção ambulatorial; ausência de leitos específicos para adolescente na necessidade de internações; devido à descentralização a implementação do PROSAD fica a critério do desejo de alguns profissionais, favorecendo dessa forma a descontinuidade do programa; a questão da produtividade, com um número mínimo de 16 consultas por turno, atrapalha a consulta ao adolescente, que, em geral, é mais demorada; a cobertura nas unidades básica ainda é parcial e não existe um eixo comum de atuação, dependendo da disponibilidade e interesses dos profissionais de referência e das chefias imediatas.

A avaliação feita pela Gerencia do PROSAD- SMS<sup>51</sup>, descreve que, “(...) *não há prioridade para esse grupo nas políticas públicas de saúde, conforme determina o ECA*” (BRANCO,2000:97). E aponta elementos relevantes na avaliação realizada, sendo alguns importantes de serem descritos: ausência de articulação com instituições locais para a busca da clientela e a formação da rede; pouca divulgação interna do programa; falta de prioridade para os adolescentes em alguns setores – destacadamente os de saúde oral e mental; falta de

---

<sup>50</sup> Cabe lembrar, que o Programa de Saúde Escolar, foi um desdobramento de um antigo programa de “Higiene Escolar”, implementado no final do século passado, com objetivos higienista de evitar que as doenças infecto-contagiosas contaminassem as crianças no espaço escolar e também com pressupostos eugênicos de “prevenção e melhoria da raça”. (SILVA apud RUZANY, 2000).

<sup>51</sup> Essa avaliação foi realizada pela Gerência do Programa de Adolescentes e contou com a participação de profissionais de todas as áreas programáticas e seus resultados foram divulgados no ano de 2000.

profissionais para compor a equipe multidisciplinar; trabalho compartimentalizado e ausência de interação; ausência de disponibilidade para capacitação; pouca habilidade dos profissionais para atender aos adolescentes sem a presença de responsáveis; temas como: homossexualidade, aborto e drogas ainda são tabus para as equipes e valorização do atendimento individual em detrimento das atividades de grupo.

Pensarmos e avaliarmos a implantação e implementação do PROSAD, após 14 de seu surgimento é de suma importância para entendermos a relevância de uma política pública destinada aos adolescentes. Os dados apresentados mostram a fragilidade das políticas, principalmente a de saúde, no trato das questões do adolescente. Apesar de mais de uma década de existência, o PROSAD-SMS, ainda não foi implantado em toda a rede, e, nas unidades existentes, ele ocorre de forma parcial e precária.

Para além da avaliação da aplicabilidade do programa, quando avaliamos os próprios pressupostos da política identificamos alguns pontos interessantes na elaboração das prioridades elencadas na atenção integral à saúde do adolescente. Destacaremos o que consideramos mais relevante para a nossa discussão, que é a ênfase nos mecanismos de prevenção e nas ações básicas de saúde, em detrimento de uma atenção integral que leve em conta a morbi-mortalidade dos adolescentes, o que em certa medida, pode reforçar o mito de que “adolescente não adoece”, ou, se apresenta queixas de saúde, estas são predominantemente por causas psicológicas ou sociais<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Em pesquisa realizada no ano de 1999, RUZANY (2000) faz uma avaliação do PROSAD nas unidades de saúde no município do Rio de Janeiro e aponta que, após 10 anos, nem todas as

Na nossa realidade profissional, trabalhamos justamente com esse seguimento que não está valorizado pelo PROSAD, ou seja, adolescentes que adoecem e que convivem com todos os obstáculos que uma “doença metáfora”<sup>53</sup> como a AIDS impõe.

Comparado aos números de mortes de jovens por violência, realmente, as estatísticas de casos de AIDS, são “irrelevantes”, mas se olhamos cada caso como uma história de sofrimento, incertezas e preconceitos, os dados tornam-se essenciais. No Estado do Rio de Janeiro, 2,2% dos adolescentes são analfabetos, o que acreditamos ser um índice de vulnerabilidade para a exposição ao HIV/AIDS.

De acordo com o Ministério da Saúde, de 1980 ao ano de 2002, já foram notificados 257.780 casos de AIDS no Brasil; desse total, 185.061 em homens e 72.719 em mulheres. Somente no ano de 2002, foram notificados 9.495 novos casos da doença<sup>54</sup>. Ainda referente ao referido ano, na faixa etária dos 13 aos 24 anos, corresponde à cerca de 13% dos casos notificados de AIDS.

Em 1999, os dados do Ministério da Saúde (boletim epidemiológico/99) já apontavam para a relevância de casos de Aids na adolescência e/ou juventude, ou seja, 13% do total de casos de AIDS notificados no período de 1980 a 1999 referem-se a pessoas entre 15 e 24 anos. A faixa etária de 25 a 34 anos é a que concentra o maior número de notificações acumuladas. Estima-se que o portador

---

unidades implementaram o PROSAD e, das que desenvolvem o programa, a grande maioria não dispõe de profissionais capacitados e sensibilizados para o trabalho com o adolescente e não tem equipe multidisciplinar, além de outras deficiências verificadas.

<sup>53</sup> SONTAG, 1984. “(...) *enfermidades que ensejam catástrofes etomam um caráter histórico, dentro de determinadas épocas, por mobilizarem o conjunto da sociedade*”.

<sup>54</sup> Cabe lembrar que os casos notificados correspondem a AIDS (doença instalada). Os casos de HIV sem manifestações clínicas, não são notificados.

possa viver durante, aproximadamente, 10 anos sem apresentar nenhum sintoma, dessa forma, acreditamos que o percentual de pessoas que contraíram o vírus na adolescência seja elevado.

A União Nacional de AIDS – UNAIDS – e a OMS, no final do ano de 2000, já apontavam que o número de pessoas vivendo com HIV/Aids era de 60 milhões em todo o mundo, sendo 19 mil casos diários, onde 95% dos óbitos encontram-se em países subdesenvolvidos.

O caráter metafórico de algumas doenças faz com que suas manifestações extrapolem o espaço do corpo físico e assumam “**sinais e sintomas sociais**” que se revelam no cotidiano social, como também nas relações institucionais. Assim sendo, acreditamos que entendermos a forma como as unidades de saúde estão assistindo aos adolescentes que convivem com o HIV/AIDS é fonte importante; e pode apontar para possíveis propostas de enfrentamento desta questão.

Desde que, tardiamente, a AIDS deixou de ser vista como uma doença que atingia somente aos ditos “grupos de risco”, e as estatísticas começaram a redesenhar o perfil da AIDS como sendo uma doença que atua de maneira indiscriminada, atingindo toda a sociedade, é comum a associação entre ADOLESCÊNCIA, AIDS E PREVENÇÃO e raras vezes encontramos a associação de ADOLESCÊNCIA, AIDS E ASSISTÊNCIA.

É comum encontrarmos na sociedade a representação da adolescência com sendo um período imune às doenças, ou seja, o “mito do adolescente saudável”, onde os cuidados à saúde devem contemplar somente a prevenção. Entretanto, a realidade de um hospital universitário e as estatísticas tem mostrado

que o adolescente adocece sim. Mesmo assim, são escassas e inconsistentes as orientações sobre a assistência prestada aos adolescentes soropositivos.

A AIDS trouxe a necessidade de repensarmos o tipo de assistência que vem sendo prestada ao adolescente que adocece. Será que essa assistência tem primado pela integralidade, qualidade e acolhimento?

Se por um lado, o avanço tecnológico tem aumentado a expectativa e, sobretudo, o tempo de vida dos portadores do vírus, contudo, é interessante destacar que esse aumento na expectativa de vida proporcionado pelos avanços da medicina em relação à doença, não correspondeu, necessariamente, a um avanço nas relações sociais que os portadores do vírus e da doença experimentam em seu cotidiano. Falar e assumir sua condição de portador do vírus ou da doença ainda se constitui como um desafio a ser enfrentado por todos.

Assim, isto nos leva a pensar: De que forma as políticas de Aids e de saúde do adolescente estão respondendo a algumas dessas demandas?

Conforme apontam as estatísticas do Ministério da Saúde, cresce a cada dia o número de jovens vivendo com a AIDS. Essa realidade vem sendo apresentada às unidades de saúde, através de boletins epidemiológicos. Todavia, estas informações não vêm acompanhadas de reflexões, sobre que tipo de assistência prestar a esses adolescentes.

Quando consultamos o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, o que encontramos é associação clara entre aumento de número de casos de contaminação na população adolescente e a necessidade de trabalhos preventivos. Ótimo! Pois medidas preventivas eficazes no combate a AIDS direcionada para os jovens, ainda é um assunto capenga na agenda pública. Mas

o que fazer com esses adolescentes que já fazem parte das estatísticas? As unidades de saúde estão preparadas para prestar assistência ao adolescente soropositivo?

Esses são alguns dos questionamentos que surgem quando nos deparamos com a tríade: Adolescência-AIDS-Assistência. Acredito que a sociedade ainda não tenha encontrado respostas para esse impasse. Todavia, acreditamos que, através da reflexão-crítica das ações institucionais cotidianas, descobriremos caminhos que nos aproximem de alternativas para o enfrentamento das questões apresentadas.

Entendemos que para a melhor compreensão dos questionamentos apresentados, e das possibilidades de interfaces e suas lacunas, na assistência prestada ao adolescente soropositivo, pressupomos ser necessário que façamos uma breve incursão pela construção social da história da AIDS e seus reflexos na política de AIDS brasileira.

A história da AIDS já foi contada, eficientemente, por vários autores, no entanto, acreditamos que essa é uma página da história contemporânea que merece ser revisitada, menos pelo seu caráter inovador e mais pelo seu conteúdo revelador. Revelador de uma forma de sociabilidade e de organização social que marcou, historicamente, a forma brasileira de fazer política, mas que também apontou para caminhos diferenciados.

Para isso, entendemos ser necessário contar a história da AIDS desde os primeiros casos identificados nos Estados Unidos, à chegada ao Brasil e os “nossos casos”; não para sermos repetitivos, mas para entendermos o “modelo” de AIDS que importamos e, de certa forma, “desejamos” (recuperarei essa

discussão ao longo do texto). Entender esse modelo de AIDS nos apresenta algumas pistas para discutirmos a política de AIDS no Brasil, suas particularidades, limites e possibilidades.

Entre final do ano de 1979 e início de 1980, foi observada por médicos da cidade de Los Angeles, Califórnia, a incomum ocorrência de cinco casos graves de *Pneumocystis Carinii* (PCP)<sup>55</sup> entre homens jovens e previamente saudáveis. Por se tratar de uma situação clínica e epidemiológica que fugia completamente aos padrões conhecidos até então, um médico imunologista de Los Angeles, que vinha acompanhando a referida série de casos, tomou a iniciativa de notificar o fato à agência governamental responsável pelas atividades de vigilância de doenças dos EUA – National Center for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>56</sup>. Duas semanas após a notificação, por meio de seu boletim semanal, soava o alarme de que “*uma nova e assustadora constelação patológica atacava homens, que tinham em comum a homossexualidade (...)*” (CAMARGO *apud* OLIVEIRA, 1989).

A comunidade médica estava se defrontando com um grande desafio, pois as evidências apontavam que a nova doença era um vírus transmitido sexualmente. Baseavam-se nas características em comum dos primeiros casos: eram todos jovens, homossexuais, com bom nível socioeconômico e faziam uso de *popper*<sup>57</sup> inalado. A partir dessa premissa, o CDC elaborou um extenso

---

<sup>55</sup> *Pneumocystis carinii* é um protozoário que raramente provoca infecção em pessoas saudáveis imunologicamente.

<sup>56</sup> SHILTS *apud* OLIVEIRA, 1989. Com sede em Geórgia, o CDC engloba diferentes centros que lidam com questões relativas à saúde pública, sendo o maior deles o *Centre for Disease Control*, onde foram e são realizadas pesquisas biomédica e epidemiológica sobre AIDS.

<sup>57</sup> Droga utilizada por portadores de angina e insuficiência vascular, mas que segundo os usuários, dilata os vasos do pênis e da mucosa anal intensificando e prolongando o orgasmo.



questionário que devassava a vida íntima dos entrevistados e, como resultado, nada acrescentou ao já sabido<sup>58</sup>.

Isso nos faz pensar que a pesquisa já apresentava traços viciados que conduziram à confirmação de que era uma doença causada e restrita aos homossexuais.

Dessa forma, em 1981, os CDC denominaram a nova doença de *GRID* – *Gay Related Immuno Deficiency* – (Deficiência Imunológica relacionada à homossexualidade). Houve uma forte onda de protestos da comunidade homossexual americana contra a utilização do nome “Gay” para denominar a doença. No entanto, não houve questionamento com relação ao próprio entendimento da doença como sendo de exclusividade dos homossexuais. A imposição do gueto foi aceita sem muita resistência.

Já no ano de 1982, aparece, talvez, o primeiro caso em que a pessoa não se encaixa no padrão previsto. Era o caso de um homem, heterossexual, não usuário de *popper* e tinha mais um diferencial: era hemofílico. Dessa forma, foi possível confirmar a origem viral da doença<sup>59</sup>.

Essa descoberta apontou para o caráter homofóbico que sempre esteve presente na condução das pesquisas sobre a nova doença. Evidenciou, ainda, que era preciso empreender novas pesquisas na tentativa de descobrir o agente infeccioso e uma possível vacina<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> O questionário era composto por aproximadamente 500 perguntas.

<sup>59</sup> Todo o sangue utilizado nos EUA era submetido a processos de filtragem e eliminação de agentes infecciosos como bactérias e micróbios sendo somente os vírus capazes de romper esse controle.

<sup>60</sup> Nos EUA havia cerca de 20 mil hemofílicos e aproximadamente 3 milhões de norte americanos que recebiam transfusões de sangue (LAPIERRE apud LEITE 1999:29).

Em 1982, rebatizaram a doença, pois ela não podia mais ser identificada como uma doença de um grupo específico. O novo nome que ficou mundialmente conhecido foi *Acquired Immunological Deficiency Syndrome* – AIDS – ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA.

A partir desse momento, começa uma corrida entre os EUA e a França para a busca do agente etiológico da doença. As equipes buscavam para si o reconhecimento de serem os descobridores da doença que viria a ser, talvez, a de maior repercussão mundial na história da humanidade<sup>61</sup>.

Neste período surgem os primeiros casos de contaminação em mulheres, parceiras de homens com AIDS, apontando para a transmissão heterossexual da doença, via até então desconsiderada (LEITE,1999:30).

É incrível como a comunidade científica demorou em tirar o véu da homofobia que permeou as pesquisas sobre AIDS. Esse véu obscureceu o real caminho da AIDS; e a história mostrou, dramaticamente, as conseqüências desse interlúdio.

Outra dificuldade encontrada na história da AIDS diz respeito ao comércio de sangue. O CDC comunicou aos distribuidores de sangue dos EUA a possibilidade dos estoques de sangue estarem contaminados. No entanto, somente um ano depois medidas foram tomadas. “*Os lucros gerados pelo ‘ouro*

<sup>61</sup> LAPIERRE (1991), CAMARGO JR (1994 e 1995), MONTAGNIER (1995), HERLICH e PIERRET (1992), CASTILHO e BASTOS (1997) e PASTRNACK (1997).

*vermelho' inviabilizaram todas as tentativas de sensibilizar aqueles que viviam da comercialização do sangue."* (LEITE1991:31).

A história da AIDS é marcada por uma guerra de vaidades, interesses econômicos, com cifras espetaculares – o que evidencia, para aqueles que ainda acumulavam dúvidas, a não neutralidade das ciências – e, acima de tudo, é marcada pela omissão de diversos atores sociais: o Estado e as ciências sociais<sup>62</sup>.

Somente quatro anos após o primeiro diagnóstico de AIDS e dois anos após a descoberta do agente etiológico, surge a primeira droga combativa contra a AIDS: a Azidovudina, conhecida pela sigla AZT. Assim sendo, no ano de 1987, inicia-se o período em que a AIDS deixa de ser intratável e rapidamente letal; a doença assume a sua cronicidade<sup>63</sup>.

A partir de 1996, com a criação do Coquetel<sup>64</sup>, está clínica e medicamentosamente cronicada a AIDS. Isso significa a redução dos agravos provocados pelas doenças oportunistas<sup>65</sup>, uma diminuição significativa no número de óbitos e ainda acende uma esperança para a possibilidade de cura.

É relevante informarmos que não pretendemos traçar com profundidade a trajetória da política de AIDS no Brasil, mas apontarmos, algumas características que consideramos pertinentes para a discussão proposta.

---

<sup>62</sup> É importante lembrarmos da guerra de patentes e o desenvolvimento de novas drogas/terapias, que movimentaram, e ainda movimentam, cifras milionárias em todo o mundo.

<sup>63</sup> Cabe ressaltar que a mobilização social e o ativismo militante, que estiveram presentes desde o início da doença, estabeleceram características específicas na liberação pelo FDA de medicamentos em fase experimental, como foi o caso do AZT, com quebras de protocolos no que diz respeito a prazos. Organizações Não-governamentais – ONG's – de grande porte e forte poder político (como a ACT-UP), passaram a participar da confecção das políticas de testes clínicos para AIDS (LEITE, 1999:39).

<sup>64</sup> Associação entre inibidores de protease somados aos inibidores de transcriptase reversa, atuam no último estágio do ciclo de reprodução viral e impede o HIV de ser adequadamente elaborado e liberado pela célula CD4 infectada.

<sup>65</sup> Doenças que se aproveitam da debilidade do sistema imunológico.

Sendo assim, é possível definir um conjunto de fases ou períodos de respostas a AIDS no Brasil. Tendo como referência PARKER (1999)<sup>66</sup> podemos afirmar que o primeiro momento pode ser compreendido entre 1982 até 85, quando os primeiros casos de AIDS foram oficialmente notificados e houve tímida mobilização nas áreas mais afetadas, como por exemplo, a cidade de São Paulo.

O segundo período vai de 1986 a 1990 quando a epidemia começou a expandir-se rapidamente. Um programa nacional de AIDS foi iniciado e um número crescente de ONG's surgiram, assim como o aumento de pressões populares através dos movimentos sociais em todo o país.

Um terceiro período vai de 1990 a 1992, quando grave crise institucional, no governo federal, praticamente paralisou os programas de AIDS. Após essa interrupção, de 1992 a 1993, o programa nacional de AIDS é reorganizado e surge uma nova parceria entre Estado e as ONG's.

Após 1994, caracteriza-se um novo período, quando ocorre o primeiro empréstimo do Banco Mundial que preconiza um volumoso investimento nas campanhas preventivas e um compromisso por parte do governo federal em garantir o acesso à assistência e tratamento.

Tendo como pano de fundo o panorama nacional, podemos dizer que o surgimento da epidemia de AIDS coincide com o processo de redemocratização política e civil e com a reforma e reestruturação do sistema brasileiro de saúde. Ou seja, fim da ditadura militar, redemocratização política e movimento de Reforma Sanitária.

---

<sup>66</sup> PARKER, R (Org.). Saúde, Desenvolvimento e Política - Respostas frente à AIDS no Brasil. RJ: ABIA; SP: Ed.34, 1999.

Segundo PARKER (1999), essa talvez seja a explicação para entendermos noções - que marcaram e ainda estão presentes, nas respostas à AIDS - como cidadania e solidariedade, assim como a intensa relação entre programas, agências governamentais e ONG's.

Entretanto, ressalto que essa interação entre Estado e sociedade civil, em torno das propostas de enfrentamento da AIDS, assume contornos específicos, num período de intensificação dos ditames neoliberais em um país subdesenvolvido.

GALVÃO (2000)<sup>67</sup> aponta algumas características que conferem especificidade às respostas dadas à epidemia da AIDS no Brasil. Iniciativas estas que ela, apropriadamente, chama de “mosaico de respostas” que construíram uma “AIDS brasileira”<sup>68</sup>.

Segundo a autora, os principais pontos que forjam uma “AIDS brasileira” são: a resposta da sociedade civil; a resposta governamental e o empréstimo do Banco mundial. A combinação desses pontos é que ilustra a trajetória da epidemia e suas respostas no Brasil.

A AIDS inaugurou uma forma muito particular de associação entre o governo e a sociedade civil. É obvio constatar a existência de mobilização de vários setores da sociedade civil nas iniciativas de enfrentamento da AIDS. E essa mobilização foi responsável por conquistas imprescindíveis, tanto no que se refere aos direitos das pessoas que convivem com o HIV/AIDS, como na promoção da informação dirigida à população brasileira.

---

<sup>67</sup> GALVÃO, J. Aids no Brasil - A agenda de construção de uma epidemia.- RJ: ABIA; SP: Ed.34, 2000.

<sup>68</sup> Idem.

A AIDS desnudou e deu visibilidade a grupos historicamente marginalizados, que passaram a lutar por seus direitos, sendo exemplos importantes: os grupos gays, os profissionais do sexo e os travestis.

Um outro aspecto importante revelado por GALVÃO (2000) diz respeito ao “*status sorológico*”, ou seja, movimentos e entidades que surgiram tendo como suporte principal a politização da identidade relacionada à sorologia positiva. Isso pode ser visto na formação de diversos grupos atuantes como: GIV, GAV, Grupo Pela Vida – Pela VIDDA – e tantas diversas ONG’s<sup>69</sup>.

Do ponto de vista governamental, o Brasil apresentou iniciativas relevantes. Cabe ressaltar que estas iniciativas não foram homogêneas e nem simultâneas em todos os estados e municípios. O Programa de AIDS da cidade de São Paulo foi pioneiro em termos mundiais. Mesmo com todas as dificuldades e com as desigualdades em termos de investimento entre as diversas regiões, o Brasil comparado a outros países em desenvolvimento, tem apresentado compromisso e investimento bem maior com relação à política de AIDS.

Sem sombra de dúvidas, que após o investimento financeiro do Banco Mundial, foi possível ampliar as frentes de prevenção e assistência aos portadores. Dessa forma, com a elaboração do Programa Nacional de AIDS em 1986, com a criação das coordenadorias estaduais e municipais, com a existência da Comissão Nacional de AIDS e de um Comitê de Vacinas, além das diversas comissões e grupos de trabalho compostos pela sociedade civil, formam a particularidade das respostas apresentadas à AIDS no Brasil<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> Idem.

<sup>70</sup> Ibidem.

Se a forma como o Brasil encontrou para dar respostas à epidemia fez com que houvesse conquista e ganhos fundamentais, também apresenta desafios importantes a serem enfrentados. Não pretendemos elencar todos os pontos desse desafio, mas sim alguns que consideramos principais.

Primeiramente, acreditamos que carece de uma discussão mais cuidadosa, a íntima relação entre Estado e sociedade civil no trato da AIDS. Se na década de 1980 (período de intensa mobilização política), essa relação foi extremamente frutífera, pois se caracterizou pela pressão popular, pela denúncia, fiscalização e em alguns casos em assessoria, já a partir da década de 1990 em diante, essa relação sofre alterações significantes e assume o preocupante papel de parceria, ocorrendo a terceirização dos serviços, em conformidade com a política de ajuste neoliberal, e certa “banalização da luta”.

Durante a década de 1990, vimos grande parte dos movimentos sociais de luta pelos direitos das pessoas que vivem com o HIV/AIDS, tornarem-se ONG's que têm hoje, como principal atividade, a prestação de serviços assistenciais ou de prevenção, via financiamento estatal. Isso faz com que o papel combativo e de controle, característicos do início da luta contra a epidemia, cedesse lugar a cooptação na forma de parceria.

Esta forma de relação (denominada parceria) também reforça o discurso neoliberal, radicalizado na década de 90 de “satanização do Estado”, este visto como inoperante, caro e ineficiente. Onde as políticas sociais são gerenciadas pela lógica que COUTINHO (1995) chama de **democracia restrita**, que sob essa lógica, privilegia a transformação de instituições públicas em organizações sociais, lançando mão do modelo gerencial e da terceirização dos

recursos humanos. BRAVO (1996), a esse respeito, afirma a coexistência de dois projetos de sociedade que são contraditórios: o projeto de democracia restrita e o projeto de democracia de massas<sup>71</sup>.

Um segundo ponto, que consideramos relevante diz respeito à tímida articulação entre a política de AIDS e as demais políticas sociais, ou ainda, da fragilidade na relação entre a política de AIDS e o movimento de Reforma Sanitária.

Essa desarticulação pode ser percebida, por exemplo, no PROSAD, aprovado em 1989, que em seu texto não traz nenhum destaque para AIDS. Ainda hoje podemos perceber que, a despeito dos dados epidemiológicos que apontam para uma juvenilização e pauperização da epidemia, permanece a pouca preocupação com a assistência prestada a esse seguimento.

Um exemplo recente pode ser visto na avaliação feita pelo Professor Vicente Faleiros sobre os dez anos do ECA. É uma pesquisa importante e de grande fôlego, que avalia a lei que regula a situação da Criança e do Adolescente no Brasil. No entanto, das 199 páginas em que expõe a pesquisa, somente em uma página dedica-se à problemática da AIDS na adolescência.

(...) a epidemia de HIV/AIDS não é democrática (...) ela se alimenta das desigualdades, (...) afetando de forma desigual, as populações que vivem situações de vulnerabilidade causada pelos mais diversos fatores,

---

<sup>71</sup> Segundo COUTINHO (1995), a democracia de massas pode ser compreendida como uma estrutura institucional que prepara e consolida uma nova hegemonia das classes subalternas, utilizando como estratégia, um "reformismo revolucionário" que poderá superar o capitalismo através de reformas graduais.



que levam e condicionam a opressão social (Galvão,2000:216).

Conforme aponta GALVÃO (2000), apesar de ser do consenso de todos, que a AIDS não está e nunca esteve restrita aos ditos “grupos de riscos”, ainda assim, o que percebemos é que as estratégias de ação dos programas continuam voltadas para essa noção, na medida, em que privilegiam o trabalho junto a profissionais do sexo, usuários de drogas e homossexuais. Mudar esse modelo configura-se num grande desafio<sup>72</sup>.

O fato das respostas encontradas para AIDS refletirem a pressão de grupos organizados por seus direitos, talvez explique, os investimentos dos projetos e programas em determinados grupos – com grande poder de mobilização como os homossexuais – e a quase ausência de investimentos na população adolescente. Ou seja, o fato de, juridicamente, os adolescentes serem considerados com autonomia relativa, isso em muito prejudica sua auto-representação e, conseqüentemente, o seu poder de pressão.

Por último, é importante apontar que devido à forma como a AIDS foi apresentada no início da epidemia, como doença de homossexuais ricos, fez com que a saúde pública e seus *experts* tivessem pouco envolvimento com a questão. Dessa forma, o campo de conhecimento que foi sendo construído em torno da AIDS teve pouca contribuição dos especialistas da saúde pública, no Brasil.

Esses são alguns dos desafios que a política da AIDS nos coloca. Discutir os caminhos e contornos que a política seguirá daqui em diante é uma

---

<sup>72</sup> Idem.

tarefa de todos nós. Acreditamos que é na radicalização da articulação com o movimento de Reforma Sanitária e nos ensinamentos de Gramsci, que encontraremos as pistas necessárias para pensarmos o papel da sociedade civil na política de AIDS no Brasil.

Concordamos com FLEURY quando afirma que a concepção de direitos e deveres - individuais e coletivos – é um produto inerente do Estado Moderno capitalista. Sendo: “(...) *a intervenção estatal via políticas sociais, regulando e/ou proporcionando condições de manutenção e reprodução de uma parcela da população, é considerado uma função intrínseca ao Estado moderno*” (1994:11).

É escusado dizer, que consideramos o Estado como tendo o papel privilegiado na elaboração e execução das políticas públicas e, para sermos coerentes com nossa base teórica, devemos ter claro que o Estado não é dual mas sim paradoxal e, sendo assim, concordamos com COSTA (1988:24) quando afirma que: “(...) *a habilidade estatal em atuar de modo unitário é circunscrita pelo fato dele também ser simultaneamente uma arena de conflito social*” (apud FLEURY 1994: 26).

Dessa forma, acreditamos que a luta por políticas sociais com gestões que privilegiem a **democracia de massas** (COUTINHO, 1995), visando à cultura do público; à democratização da gestão; ao controle social; à universalização do acesso; à descentralização; ao financiamento efetivo e à melhoria da qualidade dos serviços, tornam-se estratégias importantes para o enfrentamento do projeto neoliberal em curso.

A política de AIDS, mesmo resguardando as especificidades, deve estar articulada com as lutas sociais mais amplas e recuperar o poder de mobilização e pressão popular que caracterizaram o movimento de luta no início da epidemia.

## **CAPÍTULO 3**

### **CENÁRIO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE SOROPOSITIVO**

#### **3.1. A aplicação da pesquisa**

O campo de nossa pesquisa foi demarcado pela escolha de algumas unidades de saúde da Área Programática 2.2; a saber: Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela, Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão, Hospital Municipal Jesus e o Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), especificamente, o ambulatório de HIV/AIDS do NESA. Cabe colocarmos que uma das unidades de saúde pesquisadas coincide com o campo no qual estávamos em treinamento durante todo o tempo de nossa residência, contemplando o período de fevereiro de 1998 a dezembro de 2000.

Dessa forma, parte dos dados e observações que trabalharemos, foram obtidos no período da residência e, ainda neste período, fomentaram as discussões realizadas no nosso trabalho de conclusão de residência, como também, foram o elemento deflagrador do interesse em aprofundar esta discussão no mestrado.

A residência em Serviço Social no HUPE, caracteriza-se por um treinamento em serviço, ao longo de dois anos, com a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Residência – TCR <sup>73</sup>, ao final deste período. Estarmos inseridos no campo que pretendíamos pesquisar, por um lado facilitava o acesso a profissionais, rotinas, documentos e usuários, possibilitando, inclusive, utilizarmos, como técnica de pesquisa, o instrumento de observação participante que nos subsidiou um “olhar implicado”, pois estávamos na condição de profissional que pesquisaria e que, ao mesmo tempo, estaria sendo alvo de uma pesquisa (que em alguma instância se traduz em mecanismo de auto-avaliação, o que é difícil, mas também enriquecedor). Entretanto, essa condição nos exigiu, durante a aplicação da nossa pesquisa e análise de discurso do material coletado, um cuidadoso “distanciamento” e “estranhamento”<sup>74</sup> do serviço e ambulatório estudado, pois se não houvesse este cuidado com o afastamento necessário – uma vez que já sabemos que o conhecimento não tem neutralidade –, corríamos o risco de interferirmos na credibilidade de nossa pesquisa e em uma análise equivocada de tal material (MINAYO, 1993).

Visando alcançar o objetivo desse trabalho, buscando uma maior aproximação, com o universo dos serviços de assistência prestados ao adolescente soropositivo, realizamos pesquisa de caráter qualitativo. O processo da pesquisa ocorreu nos meses de outubro e novembro de 1999.

---

<sup>73</sup> O título do TCR foi “Adolescência & HIV/aids: reflexões para o presente”. E tem como objetivo entender o impacto que a AIDS trouxe para a vida dos adolescentes, atendidos no ambulatório do NESA.

<sup>74</sup> MATTA, R. A Profissão do Etnólogo ou como se ter “Antropological Blue”. In Nunes Edson. A Imaginação sociológica.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1992).

Cabe lembrar que a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não transparente e não possível de ser enquadrado em equações, números, planilhas e esquemas estatísticos. No entanto, isso em nada compromete a sua objetividade e validade.

Assim sendo, estruturamos nossa pesquisa traçando um estudo qualitativo (MINAYO, 1993), a partir das seguintes técnicas de pesquisa:

- entrevista semi-estruturada, partindo de roteiro elaborado para a pesquisa;
- observação participante, no que diz respeito ao atendimento ao adolescente soropositivo realizado no ambulatório de HIV/AIDS na Atenção Secundária do NESA;
- análise documental de materiais oficiais da política de saúde e, especificamente, da saúde do adolescente: bases programáticas do PROSAD e as diretrizes da política de atendimento do MS ao portador de HIV/AIDS;
- O universo da nossa pesquisa foi delimitado incluindo profissionais envolvidos com o atendimento do adolescente soropositivo, das unidades de saúde escolhidas.

No entanto, neste grupo de profissionais entrevistados encontramos apenas a especialidade médica. Esse dado, já demonstra que o cuidado à saúde

ainda permanece centrado, na visão médico-curativa e na medicalização dos corpos. A medicina continua hegemônica, não só nas unidades e nas práticas de saúde, assim como na sua gestão.

Isto posto, listamos os profissionais da medicina que foram entrevistados:

- Gerente do Programa de Saúde do Adolescente do Município do Rio de Janeiro;
- Gerente do Programa de DST/AIDS do Município do Rio de Janeiro;
- Dois profissionais responsáveis pela assistência ao adolescente soropositivo no Hospital Municipal Jesus;
- Profissional responsável pela assistência ao adolescente soropositivo no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão;
- Chefia do Centro de Estudos do Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela.

Deve ser ressaltado que as coordenações foram privilegiadas como alvo da pesquisa, em função do interesse de identificar o que o município oferece na forma de subsídios, suporte e orientação para as unidades de saúde e para os profissionais que atendem aos adolescentes soropositivos; e ainda, quais os fóruns de articulação entre os programas visando a assistência aos adolescentes que convivem com a AIDS.

Já com os profissionais envolvidos com o atendimento e acompanhamento direto dos adolescentes soropositivos, buscamos entender como se estabelecem questões concretas como: o acesso do adolescente ao serviço; a privacidade dos atendimentos; a composição das equipes; as atividades

realizadas junto aos adolescentes; o espaço físico destinado a esses atendimentos e atividades; o sigilo do diagnóstico; a prática do aconselhamento e, ainda, o investimento na capacitação dos profissionais que atendem ao adolescente.

Na análise documental realizada nos materiais oficiais da política de saúde do adolescente, privilegiamos conhecer a epidemia da AIDS no Brasil direcionando-a à especificidade da população adolescente, no contexto da política de saúde do adolescente (PROSAD), bem como observarmos em que medida as Políticas de DST/AIDS e o PROSAD planejam a sua articulação<sup>75</sup>.

Outro momento significativo da pesquisa foi a pesquisa realizada no período em que fomos residentes de serviço social do NESA, nos anos de 1998 a 2000. Essa foi a fase da pesquisa em que tivemos a oportunidade de conviver com os adolescentes que vivem com HIV/AIDS e eram atendidos na atenção secundária do NESA. A nossa relação se estabeleceu, primeiramente, como profissionais que atuávamos como assistentes sociais do ambulatório e posteriormente como pesquisadoras. A implicação com o trabalho e as questões apresentadas na pesquisa e no cotidiano profissional é que nos mobilizaram para buscarmos o mestrado.

Cabe afirmar que é na própria dimensão dos problemas reais, que a AIDS apresenta, que encontramos as razões e objetivos dessa pesquisa, sabendo-se a riqueza de significados presentes na vida individual e coletiva que compõe a realidade social, onde toda teoria é uma tentativa de aproximação

---

<sup>75</sup> A análise dos documentos que compõem o universo das políticas de DST/AIDS e o PROSAD, no que nos interessam, foram, em parte, discutidos no segundo capítulo e vão tangenciar a nossa análise da pesquisa, sem que para isso precisemos analisá-los textualmente.

dessa realidade, mas que jamais dará conta de todas as suas nuances (MINAYO, 1992: 23).

Destarte, nenhuma teoria, por mais bem elaborada que seja, dará conta de explicar todos os seus fenômenos e processos. A teoria e o método nos ajudam num processo de aproximação com a realidade, mas jamais a contemplará em todas as suas expressões, pois a realidade é dinâmica e inacabada. Neste raciocínio, podemos afirmar que, por maior que seja o esforço do pesquisador para sistematizar na elaboração do seu projeto, todos os caminhos teórico-metodológicos de sua empreitada, sempre haverá o imprevisto, a violação das regras, o imponderável. No entanto, acreditamos que são nestas lacunas que exercitamos o nosso potencial criativo, inovador e conferimos “personalidade” à pesquisa. Neste sentido, resgatamos mais uma vez as palavras de MINAYO, quando diz que: *“Nada substitui (...) a criatividade do pesquisador”* (1994:16).

### **3.2. Os resultados da pesquisa: a estruturação do atendimento ao adolescente soropositivo na área programática 2.2**

Antes de falarmos sobre o processo da pesquisa e os dados obtidos, devemos, primeiramente, apresentar as questões surgidas na pesquisa realizada ainda no período da residência, e que tanto nos mobilizaram, estimulando a busca do mestrado e o aprofundamento do tema.



Faremos uma apresentação sumária da pesquisa realizada na atenção secundária do NESA, mais especificamente, no ambulatório de HIV/AIDS, com os adolescentes soropositivos e as impressões obtidas através da observação participante.

Quando pensamos no objeto e objetivos da pesquisa, queríamos, então, conhecer o impacto que a AIDS trouxe para a vida dos adolescentes que eram atendidos no ambulatório de HIV/AIDS do NESA. Entretanto, a pesquisa nos apontou outras dimensões dos problemas pelos quais o adolescente que convive com o HIV/AIDS enfrenta; sendo o despreparo das unidades de saúde no trato da questão, um, que dentre muitos, nos mobilizou.

### **Os Adolescentes:**

Antes de começar a incursão pelo universo revelado na pesquisa, através das falas dos adolescentes que vivem com a condição de portador do vírus HIV, acreditamos que se faz necessário que haja uma identificação dos adolescentes que participaram da investigação:

- **C.** = Tem 20 anos, é do sexo feminino. Soube do diagnóstico aos 16 anos de idade, a transmissão se deu através do contato sexual. Estudou até a 3º série primária; nunca trabalhou; tem um filho de 03 anos, também portador do vírus HIV; reside sozinha, mas próximo de

familiares; atualmente não tem parceiro fixo. Ela e seu filho são sintomáticos, com histórico de várias internações<sup>76</sup>.

- **I.** = Tem 19 anos, é do sexo feminino. Soube do diagnóstico aos 15 anos idade, a transmissão se deu através do contato sexual. Possui 2º grau completo; no momento da entrevista estava aguardando o chamado para trabalhar como recepcionista; tem planos para começar uma faculdade. Reside com os pais, é assintomática e tem um namorado não portador do vírus HIV. O parceiro que a contaminou era usuário de drogas e bissexual.
- **E.** = Tem 20 anos, é do sexo masculino. Soube do diagnóstico aos 16 anos de idade. A transmissão se deu por via sexual. Possui o primário incompleto; faz alguns serviços no mercado informal de trabalho; é casado e sua companheira também é soropositiva. É sintomático e a esposa, assintomática.
- **L.** = Tem 19 anos, é do sexo masculino. Soube do diagnóstico aos 17 anos de idade. A transmissão se deu por via sexual. Possui o 2º grau incompleto; trabalha como autônomo na função de taxista; tem uma namorada não portadora do vírus HIV e é assintomático.

---

<sup>76</sup> Um ano após participar da pesquisa, **C** faleceu e deixou seu filho, já com um quadro bastante avançado da doença. **C.** descobriu-se soropositiva, após o nascimento do seu bebê; mesmo tendo feito o acompanhamento do pré-natal com regularidade, o resultado do seu teste demorou a sair. Se houvesse descoberto durante o pré-natal e lhe fossem disponibilizados os esquemas terapêuticos necessários, provavelmente, o seu bebê não teria se contaminado.

Todos os adolescentes relataram ter se contaminado através de relação heterossexual, esse dado assemelha-se ao próprio caminho que, no Rio de Janeiro, a AIDS seguiu, onde houve um aumento importante do número de casos de contaminação entre os heterossexuais e uma queda proporcional dos casos entre homossexuais e bissexuais. Essa tendência se consolidou a partir do ano de 1997<sup>77</sup>, tornando-se um dado importante para a análise do fenômeno da AIDS.

O processo de feminilização que ocorreu na trajetória da AIDS também pode ser percebido no ambulatório do NESA onde o número de adolescentes do sexo feminino se equipara ao de adolescentes do sexo masculino contaminados. Isso evidencia que a tendência da epidemia se comporta da mesma forma na população adolescente.

Outro aspecto importante da epidemia diz respeito às alterações no nível de escolaridade da população atingida, indicador direto do nível social. Se no início dos anos 80, as principais vítimas tinham nível de escolaridade mais alto e pertenciam a classes favorecidas economicamente, hoje percebe-se a inversão deste padrão. Esse é um dado que também pode ser observado no ambulatório do NESA onde a grande maioria dos adolescentes tem baixo nível de escolaridade.

Esses, entre outros dados, têm demonstrado que a epidemia da AIDS já faz, definitivamente, parte do universo dos adolescentes – portadores do vírus HIV ou não. Faz-se premente para a sociedade, e principalmente para as

---

<sup>77</sup> Dados retirados do documento produzido pela equipe da Gerência do Programa de DST/AIDS da CDT/SSC-SMS/RJ, presente na Revista Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva ano VII nº17 Dez-1998.

unidades de saúde, conhecer quem são esses adolescentes que engordam as estatísticas e criar, junto com esses adolescentes, estratégias para o enfrentamento das questões provenientes da condição de portador, que como já salientamos não se restringe ao espaço circunscrito do corpo e sim se expressam nas relações sociais.

É na busca desse conhecimento que, através do processo de escuta junto aos adolescentes atendidos no NESAs, tentamos nos aproximar, ainda que parcialmente, do universo dos adolescentes que convivem com a AIDS.

Conhecer a compreensão dos adolescentes sobre o seu processo saúde-doença e as estratégias construídas na convivência cotidiana podem trazer à superfície algumas obviedades, que ganham novas formas quando esculpidas a partir de um olhar sensível e comprometido com essas questões.

O fenômeno do adoecimento não é um processo apenas individual: antes, é também um processo coletivo, que se expressa não somente através do “corpo doente”, mas também pelos seus “sinais e sintomas sociais”. Algumas doenças, mais que outras, favorecem o aparecimento desses sinais e sintomas sociais devido à sua carga simbólica. A AIDS, devido a todas as questões já mencionadas anteriormente, tem apresentado seu perfil mais letal na esfera social de seus portadores.

O fato da incurabilidade da doença e a sua associação com a morte, amplamente divulgada e de certa forma legitimada pela ciência nos primeiros anos da epidemia, ainda estão presentes no imaginário coletivo. Portanto, ainda hoje, receber o diagnóstico de HIV positivo significa receber um passaporte direto para a morte.

Todos os adolescentes relataram sentimentos de dor profunda, desespero e finitude, no momento de revelação do diagnóstico.

“Logo no início foi muito difícil porque você associa isso à morte e que você vai ter pouco tempo de vida (...), tudo é que você vai morrer.” (I).

“Foi um desespero, eu chorei muito, é muito ruim ter isso” (E).

“Essa notícia foi muito pesada para mim, eu pensei: agora acabou” (L).

O desconhecimento dos adolescentes acerca da existência de possibilidades de tratamento, que a soropositividade não significa “estar doente” e que com acompanhamento é possível conviver com a doença, em muito contribuiu no aumento do sofrimento e desespero dos adolescentes. Todos relataram que conheciam as formas de contágio divulgadas através da mídia e das campanhas preventivas, no entanto, todos ignoravam que a doença podia ser tratada.

“A propaganda, ao mesmo tempo, que ela previne ela também associa a morte (...), ela fala de solidariedade mas também atrofia, faz com que a gente pense só de uma forma” (I).

As campanhas preventivas basicamente se estabeleceram através da repressão e do medo, “se você não se cuidar a AIDS vai te pegar”, numa atitude

de culpabilização individual e também pouco esclarecedora para as situações em que a AIDS “já te pegou”.

Uma outra questão que a pesquisa evidenciou, diz respeito à precariedade da prática do **Aconselhamento**. Os adolescentes entrevistados receberam seus diagnósticos em distintas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro, e em nenhum dos casos foi oferecido o aconselhamento pré e pós-teste, conforme está previsto no manual de aconselhamento<sup>78</sup>.

Os adolescentes, além de não terem podido ter acesso a essa prática educativo-reflexiva do Aconselhamento, passaram por momentos lamentáveis, o que mostrou uma completa inabilidade de profissionais da saúde que, teoricamente, deveriam ser os mais preparados para lidar com a comunicação do diagnóstico.

“(…) a doutora não falou nada, ela pediu os exames, não me explicou né, só pediu (…) eu levei um susto!” (C).

“(…) aí mandaram para a assistente social só para avisar, declarando ali (…) ela falou você tá com, deu positivo, isso é a AIDS, foi horrível.” (E).

A despeito do que está previsto no Aconselhamento, o que se percebe é que cada unidade de saúde se organiza conforme suas próprias convicções, não criando assim, nenhum consenso ou uniformidade no que diz respeito à

---

<sup>78</sup> “O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizada e centrada no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação.” Ver em Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos./Coord. Nacional de DST e AIDS -Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

revelação do diagnóstico. A ausência do Aconselhamento e a falta de sensibilidade no trato com o diagnóstico acabam por promover e potencializar os sentimentos de medo, angústia e sofrimento pertinentes a esse momento.

“Eu não sabia que tinha remédio, aí eu pensei em se matar, eu já ia morre mesmo!” (E).

O momento da revelação é sempre preenchido de muita angústia mas também de muita confiança no resultado negativo. No caso dos adolescentes nenhum deles cogitou a possibilidade de estar contaminado.

“(…) eles pede exame de tudo, achei que era só mais um (...), nem suspeitava, nem nele (filho) e nem em mim” (C).

“Eles não explicaram, mas também eu não achava que tava” (E).

As razões que fundamentavam a certeza da “imunização” são muitas, em geral, estão associadas à noção de “grupos de risco”, ou seja, o fato de não pertencerem a esses grupos os protegeria da contaminação. A idéia de que existem alguns grupos que estão mais sujeitos a terem o vírus ainda é muito presente no imaginário social.

“Pô eu nem imaginava (...), eu não faço esses negócio de viciado e nunca transei com bicha (...)” (E).

A heterossexualidade e a relação estável também são vistas como “proteção natural” contra a AIDS.

“Eu convivi com ele desde os treze anos, aí fui morar com ele né, com quinze eu engravidei, eu só ficava com ele sabe” (C).

“Eu tinha um namorado que era 15 anos mais velho que eu, na época eu tinha 15 anos, eu conhecia toda a família dele, ele freqüentava a minha casa, então eu me sentia muito protegida pôr ter acesso, pôr conhecer a família” (I).

“Ela era uma pessoa normal, assim que nem eu e você. Como é que eu ia saber?” (E).

Conforme sinaliza MINAYO em seu texto: *“Na dor do corpo o grito da vida”*, a noção de doença se expressa através de manifestações no corpo e se legitima socialmente pelo impedimento das funções produtivas. Durante muito tempo a imagem divulgada pela mídia das pessoas portadoras era a de figuras sofridas e cadavéricas. Isso ajudou a criar o estereótipo físico do portador, assim como a noção de grupo de risco criou o estereótipo moral. Essa noção se faz presente nas representações que a sociedade tem dos portadores.

“O pai do (L) falava que era mentira que nem eu e nem ele (L) estava com essa doença, ele dizia que por que eu era gorda e forte, eu não tinha nada. Ele era forte e comia muito, aí ela achava que não tinha nada. (...) eu falava: se você vê uma garota magrinha você vai achar que ela tem né!” (C).



“(...) onde eu moro algumas pessoas sabem, mas ninguém acredita porque eles me vêem bem, feliz e alegre!” (I).

Assim sendo, aparência saudável e felicidade não combinam com as representações criadas sobre a AIDS.

A dificuldade em aceitar a doença, o medo da perda de um ente querido e a ausência de sintomas faz com que, muitas das vezes, a família negue a doença.

“Meu pai até hoje diz que eu não tenho nada, mas é engraçado que ele sempre me lembra de tomar o remédio.”  
(L).

Todos os adolescentes reconheceram como sendo fundamental para o seu bem-estar o apoio da família. Quando falam de que maneira se estabelece esse apoio, em geral, eles associam aos cuidados com a saúde e ajuda material. A família é percebida como espaço fundamental, onde se recebe apoio afetivo e financeiro, tão necessários em situações de adoecimento, em que o ser humano, em geral, fica mais fragilizado.

“(...) minha mãe né, assim, apesar de tudo, ela cuida de mim e do (L) também. Ela é toda pôr ele! Eu falo quando tô com febre, só procuro ela. Se não fosse eles me ajudarem (mãe e padrasto), eu nem sei” ( C).

“(...) pô eu não entendo a pessoa pegar essa doença e a família não querer mais saber, aí a pessoa cai mais ainda!

Eles me ajudam, quer saber se tô precisando de dinheiro, se tô tomando o remédio?” (E).

“A primeira coisa que eu fiz foi contar para os meus pais, porque eu sempre fui sincero, sempre contei tudo a eles, aí já comecei a ter um conselho do que fazer”(L).

O adoecimento de um membro da família, muitas das vezes, faz com que os laços familiares sejam refeitos, despertando sentimentos adormecidos e, por vezes, desgastados de solidariedade, compaixão e afeto.

“Eu não falava há muitos anos com a minha irmã. Quando ela soube veio correndo me abraçar e colocou minha sobrinha no meu colo” (L).

“As pessoas não sabem, mas é tão bom esperar e comer uma pizza com eles! (família)” (I).

Todos disseram ter havido alteração na relação familiar, identificando essas mudanças como melhoras no convívio com a família. Os adolescentes somente revelaram a sua condição de portador para o núcleo familiar mais próximo, havendo um pacto de silêncio - desejado e martido - perante os demais membros da família.

No entanto, convivem, no seio familiar, sentimentos contraditórios, onde a família oscila entre o apoio incondicional e, por vezes, a culpabilização do adolescente.

“Quando meu cunhado soube, ele falou: ô rapaz o que você foi arrumar dessa vez, eu te falei pra não andar com essa gente” (E).

“Minha mãe ficou assim né, ela sempre disse que ele não prestava, (...), mas eu sempre fui teimosa” (C).

“Eles não falam nada, mas ficam meio assim né, eles sempre me orientaram, (...) eu podia ter me prevenido!” (L).

As tensões que a doença trouxe- ou simplesmente aguçou- para o núcleo familiar e a dificuldade que a família tem de falar sobre a condição de portador de seu membro familiar, como também a ausência de espaço dentro da família para que todos possam falar sobre as suas questões, ficam evidenciados nas falas dos adolescentes.

Todos os adolescentes evitam trazer problemas para a família, pois consideram já terem causado muita “decepção” com o diagnóstico.

“Minha mãe acha que eu não devo mais namorar, pra num arrumar problema, sabe? Ela não entende! Ela fica preocupada! Eu deixo pra lá, ela já sofreu muito!” (C).

“Quando eu tô triste eu fico assim na minha, se não já fica assim aquele clima” (L).

“Eu evito falar sobre problemas, pois eles já se preocupam demais comigo, mas eu sinto falta de conversar assim como a gente tá fazendo agora.” (I).

A família demonstra uma grande preocupação com a sexualidade do adolescente, onde essa demonstração aliada à dificuldade de se estabelecer canais de discussão sobre o tema, tem funcionado como mais um elemento dificultador do exercício da sexualidade do adolescente.

Povoam no imaginário social, estereótipos do adolescente como sendo um ser rebelde, irresponsável e com uma sexualidade “desenfreada”. Essas representações fazem com que a sociedade tema o adolescente soropositivo e o veja como um potencial disseminador do vírus.

Desde que a fase da adolescência passou a ser definida especificamente, a juventude começou a ser vista como um período de crises e o jovem como transgressor e desviante, havendo assim a necessidade da vigilância e da punição. O temor suscitado pelo jovem, o sentimento de insegurança a ele freqüentemente associado têm raízes sócio-culturais, profundamente construídas na sociedade<sup>79</sup>.

Vale lembrar que todos os adolescentes contraíram o vírus através de contato sexual com adultos; entre esses adultos alguns sabiam que estavam contaminados.

Podemos dizer que a solidariedade da família tem sido um “apoio vital” para os adolescentes, no entanto, em alguns momentos a intervenção familiar pode ser extremamente nociva. A família deve ser entendida como um espaço dialético, contraditório e conflituoso, onde a descoberta de um diagnóstico de

---

<sup>79</sup> Peralva Angelina –I Revista Brasileira de Educação. “Juventude e Contemporaneidade” -O jovem como modelo cultural - ANPED. Assoc. Nac. de Pós-graduação em Educação. n°especial 5e6. maio/jun/jul/agos 1997 e set/out/nov/dez 1997.

AIDS, provavelmente, insere na sua teia relacional, sentimentos de dor, medo, ansiedade, culpa, castigo, revolta, dúvidas e incertezas.

Assim sendo, percebemos que as famílias estão – solitariamente – tentando encontrar caminhos e respostas para a convivência com a AIDS. Se faz necessário a criação de espaços onde essas famílias sejam ouvidas e, através de um processo dialético, consigam se instrumentalizar para conviver com a AIDS e acolher o adolescente portador do vírus HIV.

O convívio social do adolescente também revela de que maneira a condição de portador altera as relações sociais, onde o adolescente, em geral, esconde a sua condição vivendo inseguro e com medo de que a revelação traga a rejeição e o preconceito, pois, segundo uma adolescente: **“só quem vive é que sabe”**.

“(…) eu não queria que ninguém soubesse, isso não diz respeito a ninguém, (...), será que se eu não tivesse e alguém tivesse, será que eu teria essa solidariedade? Então eu não posso julgar o meu vizinho que de repente sabe e me olha estranho, porque ele não viveu o que eu tô vivendo, ele não sabe o que eu sei” (I).

“(…) eu quase não saio, porque as pessoas não sabem, acabam falando coisas que machucam” (C).

No que diz respeito aos relacionamentos afetivos, eles mencionaram formas muito particularizadas de lidar com a questão. Fica claro que a AIDS é um elemento presente-ausente nas escolhas e condutas e que a forma como cada adolescente conduz os relacionamentos, está intimamente ligada ao seu processo

emocional; onde dependerá do seu estágio de aceitação da sua nova condição, a reelaboração de suas possibilidades e o aumento da auto-estima.

“quando eu chego a namorar alguém é porque eu já conheço, sei o que pensa sobre o assunto, então eu conto, mas se eu percebo que o cara é preconceituoso eu nem namoro, porque não vale a pena” (I).

“eu tô namorando uma garota lá da igreja, mas eu não contei porque não tem necessidade, a gente não transa, (...) eu só acho que deve contar quem transa ou então, assim, quem vai casar. (...) Eu nunca vou casar!” (L).

“(...) eu fico assim de namorar, depois descobre, fica com raiva de mim, (...) eu queria era conhecer uma pessoa com o mesmo problema que eu.” (C).

Podemos perceber que os adolescentes fazem opções distintas para estabelecerem relacionamentos afetivos, onde alguns optam por dividirem a sua condição com os seus parceiros, outros preferem omitir, pois julgam que não podem vivenciar algumas experiências e, há ainda, os que preferem se relacionar com pessoas também soropositivas, avaliando que assim seria mais fácil. Apesar das diferenças na maneira de agir, o medo da rejeição e da discriminação é algo que é comum ao grupo e o que os aproxima.

Portanto, a AIDS faz parte da vida e da sexualidade dos adolescentes, soropositivos ou não, aliás está presente na vida de todos nós. Conviver com a AIDS é um imperativo que está posto para toda a sociedade, cabe a nós decidirmos somente a maneira como essa relação se estabelecerá. Como

profissionais de saúde e cidadãos, temos a obrigação de trabalhar para que essa relação se sustente na informação, solidariedade e acolhimento.

Um outro espaço possível de acolhimento, que aparece muito presente na fala dos adolescentes, é o religioso. Todos disseram encontrar na fé, apoio, acolhida e força para viver esse momento. A manifestação religiosa se apresenta de forma dual onde a fé em alguns momentos se contrapõe e questiona a legitimidade da Ciência, apresentando possibilidades de cura, para uma doença, cientificamente, ainda incurável, mas também inspira a conformação e a aceitação da doença.

É interessante observar que os adolescentes encontram conforto e esperança na **fé** entendida enquanto manifestação interior, individual e não na instituição **religião** que se estabelece enquanto processo coletivo, que na maioria das vezes, legitima o discurso social da culpa e do castigo e associa a AIDS a condutas moralmente e religiosamente reprováveis.

“(...) eu vou à igreja, mas a única pessoa que eu falo é com Deus, falo, peço, me ajoelho e acho que ele me ouve, tenho certeza, (...), mas não conto o meu problema prá mais ninguém (...)” (C).

“(...) hoje ninguém sabe né, mas pode cair lá do céu e vem um anjo trazendo aquele remédio que vai me salvar” (E).

“(...) eu andei afastado da Igreja! Foi na época em que aconteceu! (...) acho que aconteceu porque tinha que acontecer, acho que Ele está provando a minha fé (...). Eu acredito na salvação! (...), mas eu sigo o tratamento porque

se existe remédio e médico é porque Ele quer. (...) lá na igreja eu não conto prá ninguém, as pessoas não iriam entender” ( L).

“(...) com força de vontade de viver e com fé, porque eu acho a fé importante, porque ter fé em alguma coisa, fé em Deus, isso te coloca um limite em certas coisas, até no sofrimento eu acho que essas são as duas coisas básicas pra você ser feliz, pra você levar a vida a diante, graças a Deus, essa duas coisas não tem me faltado! (...) eu preferi não falar sobre o meu problema na igreja pra que as coisas não mudassem (...)” (I).

Quando pedimos para que falassem sobre o futuro observamos que eles trazem em seus discursos expectativas, planos e incertezas típicas da adolescência. São adolescentes vivendo todas as agruras e encantos do processo de amadurecimento, vislumbrando o futuro como algo a ser planejado e construído.

“No futuro eu penso em encontrar uma pessoa que me aceite e aceite meu filho, que eu não precise ficar escondendo, eu penso em trabalhar, ter uma vida tranqüila (...)” (C).

“Eu pretendo tudo que qualquer jovem quer, quero amar e ser amada, quero casar, ter filho, fazer uma faculdade, estou aguardando ser chamada para um emprego (...), mas eu tô bem, eu tô em paz, eu tô feliz!” (I).

“Agora que saí da barbearia, não era o que eu queria fazer, (...) conversei com meu pai e ele vai arrumar um carro pra



eu trabalhar na praça, (...) vai ser legal! Acho que é isso que eu quero.” (L).

No entanto, a condição de portador de uma doença “tratável”, mas ainda incurável e repleta de valores simbólicos e conseqüências sociais, faz com que o futuro, por vezes, se apresente como algo distante, de difícil alcance.

Mais do que o medo da morte, o aparecimento dos sintomas se apresenta como o provável impedimento para a realização de seus projetos. Conforme afirma MINAYO: “(...) a saúde como virtude individual se expressa de várias formas. A mais simples é a ausência de doença que se manifesta pelo silêncio do corpo ou pela sensação de bem-estar” (1996:191).

“Eu não sinto nada, às vezes até esqueço que tem um vírus dentro de mim” (C).

A sobrevivência e a melhora na qualidade de vida tornam-se, também, um projeto de vida.

“(...) tiver uma chance desse remédio levantar prá mim, aí eu tenho futuro, porque se não posso ter uma recaída, voltar tudo outra vez.” (E).

Podemos perceber, entre outras coisas, que no adolescente “habita” a contradição, onde sentimentos duais fazem com que o jovem que convive com a AIDS tenha pensamentos que oscilam entre a certeza na imortalidade (sentimento

comum ao adolescente) e o confronto de ser portador de uma doença incurável que tem como carga simbólica a finitude de vida.

Eles mostram um profundo conhecimento sobre seu estado de saúde, medicações usadas, exames laboratoriais e demonstram muita confiança no seu médico de referência e nos procedimentos que ele recomenda.

Esses adolescentes entrevistados têm boa aderência ao tratamento e revelam em suas falas o quanto do discurso médico eles têm absorvido e de que maneira eles estão construindo a noção de doença crônica para a AIDS.

“Se eu tomar os remédios direitinho, fizer as testagens do meu CD4 e eles estiverem altos e minha carga viral baixa, é porque eu tô legal” (L).

“(…) minha vizinha estava com caxumba, ela adora ficar comigo no meu colo. Na hora eu fiquei com medo, mas depois eu pensei assim: poxa eu fui lá no Eduardo, ele disse que eu tô bem, aí eu deixei pra lá e fiquei com ela. Também se acontecer alguma coisa eu procuro ele, (...) eu vim me cuidar com ele logo que soube e nunca fiquei doente” (I).

“Ele (médico) é maneiro, eu venho aqui ele pergunta como eu estou, o que eu tô sentindo, se estou se dando bem com os remédios, ele já me deu até seu telefone, pra se eu precisar, né” (E).

“Eu venho, ele quer saber como estão meus exames, se eu to me dando bem, (...) ele dá muita atenção pra gente e eu tô me dando bem com ele.” (C).

Percebemos que a relação médico-paciente<sup>80</sup> se estabelece em bases de confiança, onde o usuário sente-se respeitado. Apesar de o atendimento restringir-se aos aspectos clínico-biológicos e os adolescentes demandarem espaços de atendimentos que privilegiem os aspectos sociais - *“eu converso com o diário, alivia, mas o diário não te responde, assim com você é muito melhor”* (C) -, ainda assim, ele tem conseguido a aderência dos adolescentes ao tratamento e a sensibilização para a cronicidade da doença.

Acreditamos que essa confiança que os jovens demonstram ter no tratamento e no atendimento clínico, em muito, tem contribuído para o seu bem-estar e ajudado na relação de compromisso com a vida que eles mantêm.

*“(...) eu fiquei com medo de ficar doente, mas aí pensei: qualquer coisa eu vou lá que o Eduardo<sup>81</sup> dá um jeito”* (E).

*“A vida é muito boa, às vezes precisa acontecer uma coisa assim pra gente perceber.”* (I).

Devemos mencionar que, apesar das semelhanças com o que é universal no processo saúde-doença, o adoecimento e as estratégias para o seu

---

<sup>80</sup> Quando cheguei como residente no ambulatório da atenção secundária do NESA, comecei a questionar o fato de um ambulatório de HIV/AIDS na adolescência não contar com uma equipe multidisciplinar. A desarticulação das demais especialidades com a temática era explícita, inclusive com o baixo número de atendimentos do Serviço Social, Psicologia, Nutrição, etc. Através de conversas informais busquei entender os motivos pelos quais os profissionais não se engajavam, e as respostas apontavam para a dificuldade do médico responsável em trabalhar em equipe. Não me conformei. Meses depois apresentei ao médico responsável uma proposta de trabalho do serviço Social para o ambulatório. Durante quase dois anos trabalhamos juntos, com todos os limites e possibilidades que essa relação institucional, pressupõem. Quando encerrei o meu período da residência, tínhamos um grupo quinzenal com a participação dos adolescentes, todos os jovens eram acompanhados pelo Serviço Social e ainda alunos de graduação envolvidos com o trabalho.

<sup>81</sup> Eduardo Pozzobon, médico infectologista responsável pelo atendimento aos adolescentes que convivem com o HIV/AIDS, no ambulatório do NESA.

enfrentamento estão intimamente relacionadas com a particularidade de cada grupo e a singularidade de cada sujeito.

O adolescente tem uma maneira muito peculiar de vivenciar o seu processo saúde-doença, onde ao mesmo tempo em que ele absorve e reproduz características universais do adoecimento, ele, também, nega e reelabora essas características, particularizando-as.

Procurar entender como o adolescente tem convivido com a AIDS, criando espaços de interlocução e de acolhimento a esses jovens é colocar mais uma peça no grande quebra-cabeça que forma a saúde do adolescente no Brasil.

A pesquisa confirmou que as unidades básicas de saúde, em geral, são a porta de entrada para acessar aos equipamentos de saúde e que essas ainda encontram-se desqualificadas para o trato do HIV/AIDS na adolescência; e mais que o próprio NESA ainda “patinava” na prestação de uma assistência de qualidade aos adolescentes convivendo com o HIV/AIDS.

### **Os profissionais:**

Após conhecermos um pouco da história de alguns adolescentes que convivem com o HIV/AIDS e percebermos, os rebatimentos que a condição de soropositividade trouxe para as relações sociais e afetivas destes; e ainda, identificarmos, através de depoimentos emocionados e sofridos, o quanto os serviços de saúde estão despreparados para lidarem com esses jovens (que demandam assistência medicamentosa), mas, sobretudo, demandam espaços onde possam tirar suas dúvidas, falar de seus medos, suas dificuldades e possibilidades, fora possível verificar que, apesar das inúmeras falhas na

assistência prestadas a esses jovens – e também pela ausência de outros interlocutores –, os adolescentes, depositam na relação com os serviços de saúde, a esperança de terem suas demandas acolhidas.

Dessa forma, para entendermos as possibilidades e limites da assistência prestada ao adolescente que convive com o HIV/AIDS, nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, buscamos compreender o que pensam os gestores das políticas de DST/AIDS e Saúde do adolescente, do referido município, e ainda, ouvimos os profissionais que prestam assistência, diretamente, ao adolescente soropositivo. Essa fase da pesquisa foi realizada entre os meses de fevereiro, março e abril de 2004.

Entendíamos que as entrevistas deveriam começar pelas gerências do PROSAD e DST/AIDS da SMS. Porém, imaginávamos que teríamos dificuldades em agendar tais encontros, devido às agendas dos profissionais; no entanto, devemos dizer que logo que fizemos o primeiro contato telefônico conseguimos agendar o encontro para a semana seguinte.

A primeira entrevista foi realizada com a gerente do PROSAD - Dr<sup>a</sup> Viviane Castelo Branco - e poucos dias depois com a gerente do Programa de DST/AIDS – Dr<sup>a</sup> Lílian Lauria –, ambas as entrevistas ocorreram na própria sede da prefeitura, onde estão localizadas<sup>82</sup>.

Cabe salientarmos que as entrevistas transcorreram num clima bastante amistoso, o que possibilitou que as entrevistadas, por vezes, estendessem as

---

<sup>82</sup> As salas que ocupam ambas as gerências localizam-se no mesmo andar, separadas apenas pelo corredor.

respostas, para além do provocado, mostrando interesse e reflexão nos questionamentos propostos<sup>83</sup>.

Na primeira parte do roteiro de entrevista buscamos conhecer alguns dados pessoais como: formação profissional e tempo de permanência na condição de gerente. Acreditamos que essas informações, apontam sobre o preparo técnico para a função desempenhada.

A gerente do PROSAD é pediatra<sup>84</sup>, formada em 1979 e mestre em saúde coletiva no ano de 2003, sendo a única gerente do Programa de saúde do Adolescente desde sua formação. A gerente do Programa de DST/AIDS é epidemiologista, formada em 1979 e doutora em epidemiologia, e assumiu recentemente – há pouco mais de um mês - a gerência do programa.

Quando questionamos como se deu a aproximação com as temáticas relacionadas à saúde do adolescente e à DST/AIDS, ambas apresentam “militância” nas áreas e demonstram a competência técnica e experiência com as temáticas, como os critérios para ocuparem tais postos. No entanto, cabe lembrar que a escolha/indicação para estes cargos são, também, políticas; sendo assim, o discurso profissional é atravessado pelo discurso oficial.

O fato de ambas serem médicas (mais que mera coincidência) revela que o saber médico continua a ser privilegiado na gestão das políticas de saúde, em detrimento de outros saberes; mesmo após a constituição de 88, que muda o paradigma da saúde, ampliando o seu conceito.

---

<sup>83</sup> Para efeitos didáticos apresentaremos a análise das entrevistas, tentando relacioná-las entre si, mas, em alguns pontos, privilegiando dados obtidos somente em uma das falas.

<sup>84</sup> É interessante lembrarmos que dentro do campo da medicina, a hebiatria ainda é uma especialidade muito recente, favorecendo que o atendimento ao adolescente fique dividido entre a pediatria e a clínica de adultos e que os critérios de transição, ainda sejam muito subjetivos, sendo o vínculo entre o profissional e o adolescente o que, em geral, apresenta-se como critério.

Acreditamos, que a nossa formação profissional e o lugar que ocupamos na divisão sócio-técnica – se não são determinantes na forma como compreendemos o mundo – influenciam, invariavelmente, a maneira como apreendemos a realidade.

Quando questionamos sobre o percurso de aproximação com a temática, buscamos perceber o engajamento, investimento, motivação profissional e desejo com o trabalho realizado.

“Eu me envolvi por um lado bom e um ruim. O bom, é que eu tinha empatia com as gestantes adolescentes (...) isso foi no final da década de 80 (...) eu já estava, completamente seduzida pela proposta. Por outro lado, eu trabalhava em postos de saúde, e sentia exatamente o contrário; uma dificuldade muito grande em trabalhar com os meninos, eu tinha um certo constrangimento (...).” (gerente do PROSAD).

“Na verdade, a minha trajetória é bem longa, porque desde 1986 que eu trabalho com HIV/AIDS. (...) mas eu nunca deixei a AIDS.” (gerente do DST/AIDS).

Ambas demonstram uma história profissional de envolvimento e formação acadêmica voltadas para as temáticas. Mas também apresentam a capacitação profissional como determinante para o trabalho.

“(...) fiz a capacitação na UERJ, e acho que isso foi em 87. E aí foi ótimo (...) venci essa barreira, me encantei com a proposta e nunca mais larguei. Tornei-me super militante da causa.” (gerente do PROSAD)

Principalmente na entrevista com a gerente do PROSAD, fica evidente o reconhecimento de que a vontade de trabalhar com o adolescente, e estar capacitado para isso, é condição essencial para que se estabeleça um trabalho que prime pela qualidade. Pois somente simpatizar com o público alvo e começar a atendê-los – em via de regra – não caracteriza-se num atendimento que responda às demandas deste grupo. Gostar de estar com adolescentes e ter “boa-vontade” para o trabalho são elementos importantes, mas a capacitação é condição *sine qua non* para todo tipo de atividade junto a adolescentes e jovens.

“A gente tem que dar oportunidade às pessoas de estarem refletindo sobre o que é um trabalho com adolescentes. Na própria rede, ainda é pequena a experiência com o trabalho com adolescentes, em relação às outras oportunidades que os profissionais têm.” (gerente do PROSAD).

Quando pedimos para que falassem sobre a organização, estrutura e as principais frentes de trabalho dos programas na rede básica, tentamos identificar a lógica e as prioridades pelas quais primam os programas.

Referindo-se ao PROSAD a questão da capacitação foi apontada como um elemento privilegiado em suas ações; no entanto, identificamos que esta não ocorre de maneira similar e sistemática em toda a rede. Um dos fóruns de capacitação permanente na discussão da saúde do adolescente é o Centro de Estudos da Adolescência<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Reunião mensal, com temas ligados à adolescência, aberta a todo profissional de saúde, que trabalhe ou não com adolescentes. Cabe lembrar que esses encontros ocorrem no nível central, o que nem sempre facilita a participação de profissionais que estão lotados em unidades mais distantes.



(...) tem esse investimento e tem vários outros, às vezes na atenção integral, às vezes por temática, dependendo dos projetos nos quais a gente está envolvido; e tem, também, alguns projetos específicos. (...) mas isso faz com que o programa na rede, seja totalmente heterogêneo. (gerente do PROSAD)

A própria gerência reconhece que a forma como a capacitação é oferecida e organizada possibilita uma diversidade que implica diretamente nas características dos serviços ofertados. Ou seja, o formato da capacitação e o número de profissionais atingidos e sensibilizados, irá influenciar, diretamente, na implantação e implementação do programa na rede.

“Então você tem desde unidades que têm, assim um trabalho com a escola; um profissional que é mais interessado, e que, de repente, os pepinos<sup>86</sup> da unidade vão para ele. Até unidades como o PS. Madre Teresa de Calcutá, que tem uma equipe completa, com porta de entrada pelo serviço social, tem práticas educativas, tem trabalhos em parcerias.” (gerente do PROSAD).

É reveladora a ausência de um formato mínimo, preconizado para o atendimento ao adolescente na rede, ficando a critério dos profissionais e de suas chefias imediatas o tipo de serviço que será – ou não – dispensado aos adolescentes.

---

<sup>86</sup> Grifos meus. Os **pepinos** aqui, se referem aos adolescentes e suas demandas.

Na página eletrônica<sup>87</sup> da prefeitura, estão elencadas as unidades básicas da prefeitura que desenvolvem trabalhos junto aos adolescentes; algumas apresentam: projetos, equipe multidisciplinar, profissionais de referência, parcerias com instituições e grupos educativos; já outras têm apenas um profissional de referência. Isso, no entanto, na prática não significa que o serviço mais estruturado ofereça o serviço mais humanizado, acolhedor e potencializador dos jovens.

Podemos inferir que nem a própria gerência não tem ingerência – ou não tem como propósito ter – nos serviços destinados aos adolescentes. E mais uma vez, fica evidente que está delegada aos profissionais a responsabilidade pela prestação do serviço.

“(...) tem um componente de subjetividade muito grande. (...) a gente não consegue, na verdade ter uma noção da qualidade. Às vezes, você tem uma unidade que tem todo um trabalho específico com o adolescente, mas o olhar não é bom; às vezes é um olhar de rotular, de controlar; às vezes, outra não tem essas atividades específicas, mas tem um olhar muito mais integrador (...).”

Dessa forma, ter uma estrutura física adequada, uma equipe multidisciplinar atuando e recursos básicos disponíveis não garante, necessariamente, que o serviço seja de qualidade<sup>88</sup>.

---

<sup>87</sup> Ver em [www.prosad/sms.rj.org.br](http://www.prosad/sms.rj.org.br). Consulta realizada no dia 19/04/2004.

<sup>88</sup> Qualidade aqui entendida enquanto espaços em que o jovem seja visto nas suas particularidades e similitudes; onde se estabeleça um diálogo que prime pela horizontalidade, em que o jovem se sinta acolhido e respeitado.

Quando abordamos sobre o impacto que a AIDS trouxe para a saúde do adolescente, podemos constatar/reafirmar que a AIDS na adolescência é entendida enquanto uma questão de prevenção. Sendo assim, os esforços e investimentos, através de recursos e capacitações, são voltados, prioritariamente, para medidas preventivas.

“Na questão da assistência, não existe uma assistência específica para o adolescente: ele é encaixado dentro da assistência que a gente fornece a toda a população, da população em geral, adulta (...).” (gerente do DST/AIDS).

“O que a gente percebe é que, quando se identifica a soropositividade no adolescente, eles mandam pro pessoal da unidade que atende os adultos. (...) é como se ele perdesse o direito de ser adolescente.” (Gerente do PROSAD).

No que diz respeito à prevenção, existe um consenso de que são necessárias estratégias específicas para os adolescentes; com dinâmicas, linguajar e técnicas mobilizadoras, que privilegiem os espaços grupais. No entanto, quando o adolescente descobre-se soropositivo, ele perde a especificidade e suas demandas e anseios cedem lugar para uma “questão maior”, ficando obscurecidas pela soropositividade. Todo o entendimento que existe - inclusive preconizados pelo PROSAD e pelo ECA – de que a adolescência é uma fase peculiar, sujeita à atenção diferenciada, perde sentido quando falamos do adolescente que convive com o HIV/AIDS.

Existe interface entre o PROSAD e o Programa de DST/AIDS da SMS, no tocante à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS na adolescência; esta parceria acontece através da capacitação dos profissionais da rede, visando sensibilizá-los para abordarem, preventivamente, a questão da AIDS na adolescência.

Essa tríade AIDS-Adolescência-Prevenção, segue (conforme exposto no capítulo anterior) as orientações propostas pelos organismos internacionais, como a OPS e o Banco Mundial, para os países do terceiro mundo.

Por mais que as gerências reconheçam a importância das questões que envolvem a assistência ao adolescente soropositivo, tais como: o vínculo entre profissional e adolescente; a necessidade dos pares para o adolescente; a informação; a relativa autonomia do adolescente; a sexualidade; a família; a escola, dentre outras, é nas ações ligadas à prevenção que a interface entre os programas acontece, ficando a assistência restrita à política medicamentosa, ou quando muito, a iniciativas isoladas de alguns profissionais e/ou serviços.

“Olha, o grande avanço que a gente teve foi trabalhar em parceria com o PROSAD na prevenção (...).” (gerente do DST/AIDS).

“Às vezes, a gente está com um infectologista e vê que ele não tem nenhuma preocupação com as coisas do adolescente, que é leigo, mesmo, na relação com o adolescente (...). A gente tem essa preocupação, mas não consegue ter pernas para garantir isso.” (gerente do PROSAD).

Complementando essa discussão, a própria gerência do PROSAD identifica que as regras impostas de produtividade para os serviços de saúde desestimulam os profissionais a atenderem o adolescente. A prioridade para os atendimentos individuais em detrimento das atividades coletivas e o número alto de consultas por turno, tornam incompatíveis a incorporação do atendimento ao adolescente; que, sabemos, requer um investimento de tempo maior nas atividades.

“Um problema que a gente tem são os mecanismos gerenciais que, na verdade, se contrapõem ao discurso que a gente tem de qualidade, de humanização, essas questões todas (...), mas chega na hora, existe uma cobrança imensa de produção, de assistência individual e isso tem que se transformar em números, e isso, compromete as abordagens de todas essas situações que são de uma delicadeza extrema.” (gerente do PROSAD).

Dessa forma, fica evidente, após a análise das entrevistas das gerências do PROSAD e do DST/AIDS, que há a falta de uma política de assistência que preconize ações voltadas para os adolescentes; ficando, os profissionais de saúde, que prestam assistência direta, sem capacitação para compreender as especificidades da adolescência.

Buscando entender de que forma as questões identificadas na gestão das políticas de DST/AIDS e do PROSAD se apresentam na execução das respectivas políticas, ou seja, na assistência prestada nas unidades básicas de

saúde, acreditamos que ouvir o profissional que está na relação direta com o adolescente era fundamental.

Respeitando os limites do trabalho – como também do próprio pesquisador – optamos por limitar a pesquisa aos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde referentes à área programática 2.2 (AP 2.2), sendo: Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela e Centro Municipal Heitor Beltrão.

Para tanto, fizemos o caminho que consideramos acertado; mantivemos, primeiramente, contato com o centro de estudo de cada unidade, apresentando os objetivos da pesquisa e solicitando a possibilidade de entrevistarmos os profissionais de referência para a assistência ao adolescente que convive com o HIV/AIDS.

Quando fizemos o contato com o Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrela, fomos atendidos pela presidente do centro de estudos, que nos informou, após alguns desencontros de informações, que a unidade tem infectologista e ambulatório para HIV/AIDS, mas que não atendem adolescentes soropositivos; e, ocorrendo a descoberta do diagnóstico de soropositividade para o HIV, são encaminhados para o hospital Menino Jesus, em Vila Isabel. Apesar de estranharmos o encaminhamento e desconhecermos os motivos pelos quais uma unidade que atende a adolescentes e que tem um ambulatório de AIDS, quando tem um diagnóstico de HIV em adolescente, encaminham para um hospital, que é referência pediátrica, fizemos a opção de percorrermos o caminho que a pesquisa nos apontava.

Fomos, então, em busca do profissional de referência do Hospital Jesus. Buscando fazer o mesmo caminho via centro de estudos da unidade, tentamos inúmeros contatos, mas infelizmente – e para atraso da pesquisa – não conseguimos falar com seu representante. Optamos, então, por solicitar o contato com o ambulatório de DIP – doenças infecto-parasitárias – e falarmos com o profissional de referência, e assim o fizemos. Fomos atendidos por um dos médicos e apresentamos os objetivos da pesquisa e agendamos um horário para a semana seguinte.

No horário marcado, comparecemos à unidade, que tem características diferenciadas de uma unidade básica de saúde, sendo um hospital de média complexidade.

Mesmo não tendo como objetivo avaliarmos as condições estruturais dos locais de atendimento, nos permitimos relatar algumas observações que, em muito, nos chamaram a atenção.

A sala de espera onde aguardamos caracteriza-se por alguns bancos dispostos num corredor, onde nas paredes encontram-se cartazes ligados a temas materno-infantil; no fim do corredor, vejo alguns brinquedos rodeados de crianças e um adulto (que acredito ser um recreador ou terapeuta ocupacional) que propõe algumas brincadeiras, onde as crianças se distraem.

Senta-se ao nosso lado, um belo menino, que após alguns minutos de conversa diz ter 09 anos de idade; ele e sua irmãzinha brigam por causa de uns livrinhos de pintura e joguinhos. Percebo que todas as crianças têm esses livrinhos, que utilizam técnicas lúdicas para discutir temáticas de saúde. O “clima” na sala de espera é, absolutamente, infantil.

Pouco depois, somos recebidos pelo médico com o qual agendamos a entrevista – este, usava um estetoscópio colorido com um bonequinho pendurado – e pela outra médica de referência para o atendimento aos adolescentes. Somos convidados a entrar numa sala grande, com três mesas, onde encontrava-se uma estudante de medicina que atendia uma jovem mãe com seu bebê.

A sala tem temas infantis colados nas paredes, bichinhos e enfeites pelas mesas e abaixador de língua coloridos e perfumados. É um espaço que evidencia a preocupação em ser atraente e acolhedor para as crianças.

Ao longo da entrevista, descubro que os adolescentes são atendidos nesta mesma sala, que além do já exposto, não oferece nenhuma privacidade, pois os atendimentos acontecem simultaneamente nas três mesas.

A entrevista foi realizada com uma das médicas de referência – presença dos outros dois profissionais e da jovem mãe com o bebê, que informou ter 28 anos de formada, com formação em pediatria, sem nenhuma capacitação/formação na saúde do adolescente.

“Sempre trabalhei com crianças. O adolescente apareceu na minha vida, digamos assim, a partir da AIDS. Porque a gente teve diagnóstico em crianças e continuamos a consultar, acompanhar, essas crianças que foram virando adolescentes.”

Ela relata que foi a partir de 1992 que começaram a surgir os primeiros adolescentes soropositivos no ambulatório. Mesmo já tendo mais de uma década



de atendimento a adolescentes que convivem com o HIV/AIDS, o serviço ainda não tem uma estrutura voltada para tais usuários.

“O hospital ainda não está pronto, apesar de agora a sociedade de pediatria dizer que os adolescentes são da pediatria, nós ainda não estamos prontos, aqui no hospital, para atender adolescentes.”

Os adolescentes são atendidos numa estrutura precária para as demandas que esse grupo, em geral, apresenta; e diferentemente, da informação dada pelo centro de estudos do CMS Maria Augusta Estrela, a médica afirma atender somente aos adolescentes que já eram atendidos desde criança no ambulatório, não recebendo adolescentes que se contaminaram na adolescência. Isso aponta para um serviço com uma característica bastante específica. Ou seja, o perfil de adolescentes tem como característica a contaminação vertical<sup>89</sup> e o vínculo com os profissionais desde a infância.

“As triagens, os atendimentos, são agendados no mesmo dia das outras crianças. (...) não, não existe ambulatório de adolescente de maneira nenhuma.”

Apesar de atenderem adolescentes há muito tempo, o fato de esses adolescentes serem uma continuidade das crianças de outrora e por não terem

---

<sup>89</sup> A contaminação vertical é quando ocorre diretamente da mãe para o filho através da gestação/parto ou pelo aleitamento. Esse é perfil diferenciado, pois no Rio de Janeiro a principal forma de contaminação dos adolescentes é sexual, assemelhando-se à dos adultos.

uma estrutura adequada, eles não consideram ter um ambulatório de adolescentes.

Após algum tempo atendendo os adolescentes, eles perceberam que estes demandavam questões diferenciadas da rotina de atendimento das crianças. E, de alguma forma, esses profissionais tentaram respondê-las, quando buscaram concentrar o agendamento das consultas dos adolescentes mais velhos (16,17 e 18 anos) para um dia diferenciado das crianças.

“A gente ficou fazendo esse tipo de atendimento, até que vimos que o espaço geográfico do hospital, nós não temos lugar para internar os adolescentes, só as crianças. (...) É difícil atendê-los, porque eles são diferentes. Eles querem falar de assuntos como sexualidade, diagnóstico e os menores<sup>90</sup> muitas das vezes não sabem. Aí a gente achou melhor tentarmos um contato com uma médica do Hospital Universitário Clementino Fraga, lá do Fundão, e ela aceitou receber nossos adolescentes, aí, desde o início do ano, estamos encaminhando os adolescentes.”

Apesar da experiência adquirida com o atendimento aos adolescentes e do esforço em responder às especificidades deste grupo, os profissionais, pelo fato de não terem formação em saúde do adolescente, apresentam certo desconforto na assistência aos adolescentes.

“Eu sou pediatra. Eu não tenho formação para atender adolescentes, não tenho experiência de atender

---

<sup>90</sup> É bastante comum que crianças soropositivas cheguem à adolescência sem que saibam do diagnóstico.

adolescentes de um modo geral (...) eles questionam demais é diferente das crianças (...) alguns não gostam de vir aqui por que é de criança, se sentem mal (...) muitos saíram, os que se sentiram mal saíram.”

E, no limite, torna-se claro que a assistência ao adolescente não foi fruto de um desejo, mas sim, uma necessidade de serviço.

A entrevista aponta que, talvez, outros motivos para além das questões estruturais tenham estimulado a saída de alguns adolescentes<sup>91</sup>. A falta de formação para trabalhar com adolescente e as questões que estes apresentam, ficam evidentes em alguns comentários feitos pela entrevistada. E entendem a adolescência como uma fase difícil, complicada e vêem os adolescentes pelo viés do problema e não das possibilidades.

“(...) eles são tratados meio como filhos, assim crianças. Eu brigo quando eles falam que estão transando, dou bronca mesmo.

(...) explico que eles são obrigados a falarem do diagnóstico, e se não falassem eu seria responsável. Sabe o Conselho Regional de Medicina, a ética, se não estariam colocando outra pessoa em risco, isso é responsabilidade nossa também.

(...) acho que falta educação geral para esses adolescentes; eu já peguei uma aqui que engravidou (...) a maioria é pobre de marré-de-si. (...) eles têm que se profissionalizarem.”

“Eu nunca fui treinada pra atender adolescentes (...) a Secretaria não auxiliou em nada. Eles eram crianças e foram

---

<sup>91</sup> Muitas experiências mostram que os adolescentes têm boa adesão às instituições onde são atendidos. A própria condição de portador de uma doença crônica faz com que o adolescente sinta-se seguro e vinculado à equipe e/ou ao profissional que o atende; e também à baixa oferta de serviços especializados nesse público.

crescendo e a gente continuou atendendo. Eu realmente nunca fiz planos para atender adolescentes.”

Quando perguntamos de que forma percebe interação entre o PROSAD e o Programa de DST/AIDS, ouvimos da médica uma resposta simples, mas reveladora.

“Eu ainda não percebi nenhuma interação.”

Saímos da sala junto com a jovem mãe e seu bebê, que se distraía com o abaixador de língua colorido e perfumado; quando entramos no elevador, fomos surpreendidas com a fala da jovem mãe:

“Fui mãe adolescente, mas meu filho está bem e eu também.”

Despedimos-nos com um leve sorriso de “cumplicidade” e a cabeça repleta de idéias e questionamentos.

Na mesma semana em que fizemos o contato com o Hospital Jesus, também contatamos o CMS Heitor Beltrão. Fomos atendidos pelo presidente do centro de estudos, que nos informou os dias e horários do ambulatório de HIV/AIDS e que este atendia a adolescentes. Solicitei que agendasse um horário com a médica de referência, no entanto, o mesmo disse ser desnecessário, bastava que a procurássemos; ainda assim insistimos em informar o dia e horário que iríamos.

Quando chegamos à unidade, procuramos o presidente do centro de estudos, figura simpática que informou onde se localizava o ambulatório de HIV/AIDS. Chegamos à pequena sala de espera, onde um jovem adulto aguardava (o tempo em que estivemos ali ele se manteve de cabeça baixa) e fomos atendidos pela auxiliar de enfermagem. Explicamos o motivo de nossa visita e solicitamos falar com a médica de referência. A auxiliar de enfermagem, informou que, naquele ambulatório não atendiam adolescentes. Insisti para que fossemos anunciados para a médica. Após alguns minutos, ela retornou, confirmando a informação e dizendo que a médica não teria horário para nos atender, já que era a única profissional de referência e tinha uma agenda apertada com mais de 15 pacientes por turno.

Voltamos ao centro de estudos e informamos a impossibilidade da profissional em nos atender e questionamos a informação da auxiliar de enfermagem, sobre o não atendimento de adolescentes no ambulatório; queríamos, então, saber para onde eram encaminhados os adolescentes que recebiam diagnóstico de HIV/AIDS, já que a unidade faz a sorologia para HIV. Com os nossos questionamentos, percebemos certo mal-estar, que o desencontro de informações agudizaram.

Para nossa surpresa, no dia seguinte, as 6:45 da manhã, recebemos o telefonema da médica de referência, que desculpou-se por não ter nos recebido, mas reafirmou não ter horário para agendarmos a entrevista e abriu a possibilidade de conversarmos por telefone. Mesmo reconhecendo não serem estas as condições mais favoráveis, nos preparamos para entrevistá-la. Logo após

informarmos os objetivos da pesquisa, a médica que demonstrava certa impaciência ao telefone, faz o seguinte comentário:

“Não sei se posso ajudar na pesquisa. O meu ambulatório tem poucos adolescentes, sei lá, uns 10 no máximo. E não vejo nenhuma diferença no atendimento ao adolescente, porque o paciente com mais de 40 quilos<sup>92</sup> recebe a mesma quantidade dos adultos (...).”

Optamos, por não alongarmos a entrevista, pois consideramos a fala inicial, suficientemente reveladora. Dificilmente, qualquer profissional de saúde que tenha tido alguma proximidade com as questões e peculiaridades que envolvem o trato da saúde do adolescente, limitaria sua observação a aspectos estritamente clínicos, por mais que reconheçamos que ainda é hegemônica a visão clínica medicamentosa na saúde.

Dessa forma, o que encontramos no reduzido universo pesquisado, foi uma assistência clínico-medicamentosa, realizada por profissionais pouco sensibilizados para as especificidades da população adolescente e não capacitado nas discussões que envolvem a saúde do adolescente. Dos dois profissionais entrevistados que prestam assistência direta ao adolescente, somente um disse conhecer, vagamente o PROSAD (documento). O Adolescente que convive com o

---

<sup>92</sup> Cabe lembrar que, mesmo do ponto de vista estritamente biológico, existem critérios que são um pouco mais complexos do que somente o peso. Muitos outros fatores são levados em consideração no que diz respeito à medicação para o adolescente; um deles é o estadiamento puberal, onde deve ser aplicada a tabela de Tanner (tabela usada para verificar o desenvolvimento puberal do adolescente, em geral, adolescente com Tanner I e II recebe doses pediátricas e Tanner III e IV doses de adultos). Essas orientações podem ser encontradas nos documentos do Ministério da Saúde, “Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Crianças” e “Recomendações para terapia Anti-retroviral em adultos e adolescentes pelo HIV”.

HIV/AIDS, perde a condição de sujeito que requer uma assistência à saúde diferenciada e passa a ser vistos no ambulatório de adultos – que pelo entendimento, se restringe a remédios, exames e procedimentos – ou como uma necessidade de serviço (como no caso do Hospital Jesus).

A capacitação na saúde do adolescente, se de um modo geral é “capenga” (conforme observado nas entrevistas com os gestores do PROSAD e DST/AIDS), no que refere-se ao adolescente soropositivo é inexistente.

A própria política nacional de DST/AIDS, só recentemente, começou a demonstrar preocupação na assistência prestada ao adolescente. Recentemente, no ano de 2003 e início de 2004, alguns fóruns de debates, sobre a assistência ao adolescente que convive com o HIV/AIDS, foram estimulados pelo Ministério da Saúde, visando discutir tal questão<sup>93</sup>. Após mais de 20 anos da história da AIDS no Brasil, começa-se a haver uma preocupação com a relação AIDS & Adolescência, para além do viés, exclusivamente, preventivo.

Esses esforços resultaram na publicação, de uma edição especial da Revista “Saber Viver”<sup>94</sup>, dirigida aos profissionais de saúde, totalmente, voltada para a temática da adolescência que convive com o HIV/AIDS, mostrando iniciativas de profissionais e serviços que atendem ao adolescente soropositivo,

---

<sup>93</sup> Nesse período, foram realizadas 08 oficinas de trabalho com adolescentes em 08 cidades, além de três encontros macro regionais, nos quais estiveram presentes representantes de unidades federadas: profissionais de saúde, ONGs e adolescentes.

<sup>94</sup> Ver em Revista “Saber Viver” – Adolescência e AIDS: experiências e reflexões sobre o tema. RJ: janeiro de 2004. A “Saber Viver” é uma revista com saída trimestral, abordando temas de interesse às pessoas que convivem com o HIV/AIDS. Essa edição destinada aos profissionais de saúde teve uma encadernação diferenciada e contou com o financiamento do Programa Nacional de DST/AIDS.

como também, a elaboração do primeiro manual de rotinas para atendimento a adolescentes vivendo com HIV/AIDS<sup>95</sup>.

Este Manual editado pelo PN – DST/AIDS da Secretaria de Vigilância em Saúde é o produto de um grupo de consultores e técnicos, que ensina que a atenção aos jovens vivendo com HIV/AIDS deve ser realizada de forma integral e que cada profissional é um protagonista dentro de sua área de atuação (2004:05).

O Manual visa nortear as ações de assistência, abordando questões ampliadas da saúde do adolescente, como: saúde mental; família; sexualidade; escola; aspectos jurídicos; formação de equipes e estruturação de serviços, dentre outros. A oficialização deste material, acreditamos, irá impactar positivamente a qualidade da assistência prestada ao adolescente que convive com o HIV/AIDS. E possa, talvez, estimular a necessidade de repensarmos o PROSAD, já que desde sua última versão – que data de 1989 – a realidade vem assumindo novos contornos, que se refletem, também nas condições de saúde da juventude.

---

<sup>95</sup> Esse manual ainda não foi divulgado, pois está em fase de aperfeiçoamento. Em maio deste ano, no Congresso Internacional de Adolescente, realizado na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba, houve uma mesa, destinada somente à questão da assistência ao adolescente vivendo com HIV/AIDS, onde o manual foi distribuído (com circulação restrita), para que possa ser avaliado, pelos profissionais e instituições afins. Tivemos acesso a este material somente na fase final da elaboração dessa dissertação; sendo a nossa avaliação preliminar e incipiente.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

**“Tenho vivido há quase dois anos com AIDS. Tenho aprendido. Tenho descoberto – não sem certo espanto – que sou mortal, o que é uma descoberta banal e terrível. Descobri, sobretudo, que a maioria do que se costuma chamar de medo à morte não passa de uma enorme indiferença à vida. Fazemos do horror ao inevitável uma tela onde projetamos nossa imobilidade; vivemos assim o medo e anestesiemos nossos prazeres. (...) Entendo que a vida é o contrário de toda a indiferença e a morte o contrário de toda condenação ao fracasso.” (HERBERT DANIEL).**

Antes de começarmos a recuperar algumas considerações que abordamos ao longo desta dissertação sobre a temática da assistência ao adolescente que convive com o HIV/AIDS, gostaríamos de lembrar a primeira vez em que nos aproximamos do tema. Essa aproximação não se deu através de seminários, livros, discussões acadêmicas, ou qualquer outra coisa do gênero, mas sim, através do exercício profissional do Serviço Social, ainda na condição de estagiária de um núcleo de referência sobre a saúde do adolescente.

Estávamos em mais um dia de estágio, quando recebemos o encaminhamento, solicitado por um jovem residente de medicina, para que fizéssemos o atendimento de uma adolescente de 12 anos de idade (completados naquela semana), vinda da pediatria do HUPE, com diagnóstico de AIDS. Era o primeiro caso de AIDS em adolescente que a instituição recebia. Pairava no ar uma tensão e uma expectativa do universo (desconhecido) que se anunciava. Era o

“exótico”. A equipe não sabia o que fazer; apesar de a AIDS já fazer parte do cenário nacional há alguns anos, não havíamos nos preparado. Foi assim que recebemos a nossa primeira adolescente convivendo com o HIV/AIDS e, desde então, não pudemos (quisemos) mais afastarmo-nos de tal temática.

Hoje, mais do que nunca, a adolescência é concebida dentro de limites precisos e estreitos. Aos adolescentes são atribuídos características e comportamentos pouco flexíveis que desconsideram a diversidade e complexidade do ser humano. As várias formas de expressão da juventude, que são condicionadas por condições estruturais, sendo os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais, desconsiderados. Esse processo teve seu desenrolar no decorrer de alguns séculos, o que nos possibilita concluir que a adolescência é um fenômeno construído histórica e socialmente. Essas constatações revelam a relatividade da concepção atual e abrem espaço para refletirmos sobre a *desnaturalização* da adolescência e de alguns conceitos e estereótipos que buscam apresentar o “adolescente normal”, enquanto um grupo homogêneo e a adolescência, um universo consensual.

Relativizar essa concepção de adolescência nos permite um novo e interessado olhar sobre essa fase do desenvolvimento humano e, especialmente, para o adolescente que adocece. Ousamos dizer que eles não são nem os mais belos e nem os mais feios, nem os mais tristes ou mais alegres, não são os mais rebeldes, mas também não são os mais dóceis; são adolescentes comuns que oscilam entre querer o mundo adulto ou continuar protegidos na inocência da infância, que, às vezes, se gostam, outras, se estranham; que fazem planos para o futuro, mas não conseguem caminhar no presente; que contestam o instituído e

estão rompendo a barreira do amadurecimento. Enfim, adolescentes como um “bando de outros”, mas que têm uma questão que lhes confere particularidade e, de certa forma, os distingue dos outros – a condição de serem portadores de uma “doença metáfora” como a AIDS.

A investigação do processo saúde/doença dos adolescentes portadores de HIV/AIDS atendidos no NESA nos proporcionou, ainda que incipientemente, conhecer o significado que estes atribuem a alguns aspectos do seu adoecimento e como eles convivem com a doença.

Lamentamos que parte importante da pesquisa fique perdida nas nossas lembranças ou em pequenas anotações que, caprichosamente desaparecerão. Ou ainda, que infelizmente ou felizmente algumas emoções não possam ser explicadas através da linguagem escrita. Existem riquezas no processo de pesquisa, como um olhar curioso, um sorriso espontâneo, uma emoção guardada, um choro copioso, uma entonação com vivacidade e otimismo que são privilégios do pesquisador e que nem sempre conseguimos socializá-las, mas que nos comprometemos a guardá-las – na caixinha do conhecimento – com muito respeito.

Podemos perceber, através da análise da pesquisa, que a patologia interfere significativamente nas vivências com a família, consolidando ou desfazendo laços afetivos, no relacionamento com a escola, onde omitem a doença para fugirem do preconceito e da exclusão e para manterem inalterado o convívio com os colegas e professores, e as relações afetivas se estabelecem – quando possível – através do medo do abandono e da discriminação. Entendemos o processo saúde/doença como um fenômeno complexo e com múltiplas determinações e que o aparecimento

da AIDS e as suas implicações para a vida de seus portadores é uma incursão da qual os profissionais de saúde não podem se furtar.

Do ponto de vista clínico-biológico, podemos dizer que houve avanços com o aumento da expectativa de vida, entretanto, sob o prisma do social, ainda há muito que se pensar e fazer.

A pesquisa evidencia que os adolescentes que convivem com a AIDS carecem de espaços de acolhimento dentro das relações sociais, onde a família, a religião, a escola e os pares não estão preparados para os receberem e acolherem.

Outra questão importante é a inabilidade dos profissionais de saúde, que, teoricamente, deveriam estar mais preparados para lidarem com as diversas faces do adoecimento. Histórias de humilhação e abusos de poder são comuns, mostrando que nem sempre as unidades de saúde desenvolvem o seu potencial de acolhida.

Ressaltamos que os serviços que se restringem ao atendimento clínico – por mais competentes e comprometidos que sejam – estão deixando de prestar um atendimento que prime pela integralidade das ações, no intuito de contribuir para uma melhora na qualidade de vida de seus usuários.

A pesquisa nos permite afirmar que as unidades básicas de saúde, em geral, são a porta de entrada para acessar os equipamentos de saúde e estas ainda encontram-se desqualificadas para o trato da questão do HIV/AIDS na adolescência; e mais, que o próprio NESA ainda “patina” na prestação de uma assistência de qualidade aos adolescentes convivendo com o HIV/AIDS.

O cenário da assistência ao adolescente deve ser entendido dentro da lógica da construção das políticas públicas no *Estado contemporâneo*. E, para tanto,

compreendermos que a perspectiva de Gramsci sobre o Estado ampliado e as correlações de força presentes nessa relação se faz premente. Pois, será na radicalização dos conceitos de guerra de posições, hegemonia e consenso, que encontraremos os limites e as possibilidades das políticas sociais nos marcos de uma sociedade capitalista.

No caso brasileiro, as políticas sociais surgem na década de 1930, no bojo de lutas sociais pelos direitos de cidadania, como também para compatibilizar as necessidades de acumulação do capital e para contenção dos conflitos sociais emergentes. Sem nos estendermos, podemos dizer que, no Brasil, assim como na América Latina, de modo geral, o Estado de Bem-Estar Social foi incompleto, inacabado e manteve fortes traços de exclusão e políticas sociais de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da maioria da população. Em suma, um Estado de Mal-Estar!

No Brasil, o uso do fundo público não serviu para a expansão de empregos e rendas, como nos países europeus, mas sim, garantiu minimamente as obrigações básicas do Estado e disponibilizou recursos para as burguesias nacionais.

A década de 1970 começa a desenhar a crise do modelo de Bem-Estar Social em todo o mundo e novas exigências se colocam para a sociedade capitalista. Essas novas exigências são impostas pelo projeto neoliberal, que no Brasil assume contornos a partir do governo Collor de Mello e se radicaliza nos anos seguintes, nos governos de Fernando Henrique Cardoso. Essa nova direção política e econômica exige mudanças nas funções do Estado e, com isso, vemos a precarização das políticas públicas e dos direitos sociais, já que na atual fase do capitalismo, o Estado

vem se desobrigando de suas responsabilidades, inclusive, com a da reprodução da força de trabalho.

Entendendo o *Estado contemporâneo* como paradoxal, sendo atravessado por interesses antagônicos, concebemos as políticas sociais enquanto reflexo da correlação de forças presentes na relação capital-trabalho. Sendo assim, acreditamos que, através da luta por políticas sociais universalistas, pela manutenção dos direitos sociais conquistados, pelo aumento de investimentos em projetos sociais emancipatórios, com investimento em áreas estratégicas como saúde e educação, criar-se-á um terreno fértil para a conquista de um projeto hegemônico diferenciado do atual. Esse processo gradual, que se estabelece pela luta dos aparelhos privados de hegemonia é o que Gramsci chama de “guerra de posições”.

É com certo pesar, que, no Brasil, temos negligenciado o Estado enquanto um campo relacional, atravessado por interesses antagônicos. Infelizmente, as políticas sociais são vistas como algo “menor, sem importância”, onde perdemos a oportunidades de radicalizar os limites dos seus benefícios.

Dessa forma, podemos dizer que a forma como a política social se apresenta, relaciona-se intimamente com os processos históricos, econômicos e políticos, assim como, com o poder de articulação e pressão da sociedade civil, sendo o Estado composto pela relação entre estas esferas. A força e a legitimidade das políticas sociais se desenharam nessa arena paradoxal, que é o Estado.

Neste sentido, entendemos a adolescência e as políticas destinadas a esse grupo surgindo imbricados das relações sociais que os legitimaram, enquanto campo de intervenção, e também de saber, no sentido da produção de

conhecimento e, principalmente, do controle, disciplinamento de condutas e comportamento e medicalização dos corpos.

No Brasil, as primeiras políticas sociais destinadas ao adolescente foram marcadas pela segregação, exclusão, autoritarismo e controle. Somente nos fins da década de 1980, com a promulgação da Constituição de 1988, começa a ser construída uma mudança de ótica sobre os adolescentes. Essa mudança de paradigma se expressa no reordenamento sócio-jurídico trazido pela aprovação do ECA em 1990, redirecionando a doutrina da “situação irregular” que, até então, norteava as ações disciplinares da adolescência pobre, promulgando a doutrina da proteção integral, que pretende reordenar as ações do Estado e da sociedade civil, no sentido de garantir aos adolescentes a condição de sujeitos de direitos.

Nesse período também tivemos outro avanço no trato aos adolescentes que foi a criação do PROSAD, em 1988. No bojo das mobilizações pela Reforma Sanitária surge o Programa de Saúde do Adolescente, que tornou evidente a necessidade da construção de um novo modelo de atenção à saúde, voltado especificamente para o público adolescente; constituindo-se como um instrumento fundamental para o reordenamento das ações de saúde. O PROSAD identifica e legitima que esse grupo populacional necessita de atenção específica no trato das questões que envolvem a saúde.

Especificamente com relação ao PROSAD, podemos dizer que após mais de 15 anos de existência, o mesmo ainda não foi implementado em toda a rede básica de saúde e, nas unidades que o desenvolvem, ocorrem descontinuidade e precariedade nas ações.

O ECA e o PROSAD representam avanços sem precedentes para a construção do adolescente como sujeito de direitos, mas ainda é necessário que façamos a sua defesa, para que ambos se efetivem no interior das instituições, como também nas relações sociais.

O surgimento da AIDS foi um elemento importante para repensarmos a abrangência e a aplicabilidade do PROSAD no trato da saúde do adolescente, pois revelou fragilidades e limites que precisam ser superados. A AIDS trouxe a necessidade de repensarmos o tipo de assistência que vem sendo prestada ao adolescente que adoece. A AIDS evidenciou que o PROSAD prima pela prevenção e promoção de saúde, mas deixa “capenga” a parte assistencial.

No que se refere à construção da história da AIDS no Brasil, podemos dizer que ela foi marcada pela participação da sociedade civil, através de pressões e mobilizações, pela resposta governamental e pelo empréstimo do Banco Mundial. Sendo a combinação e a correlação de força entre esses diversos atores que configuraram a trajetória da epidemia no país e a elaboração da política pública.

A cooptação das ONGs – Organizações Não-Governamentais –, na forma de parceria, para o desenvolvimento de ações assistenciais fez com que ficasse comprometido o seu poder de mobilização e pressão; como também reforçaram o discurso neoliberal de “satanização” do Estado e de suas instituições, tidas como ineficientes e inoperantes.

Um outro ponto que consideramos relevante trata-se do fato de que a AIDS na adolescência revelou o quanto é tímida a relação entre as políticas sobre a AIDS e as demais políticas sociais, ou ainda, a fragilidade na relação entre as mesmas e o movimento de Reforma Sanitária.



Essa desarticulação pode ser percebida no próprio texto do PROSAD, que não traz nenhum destaque para a questão da AIDS, que já se anunciava. Ainda hoje, a despeito dos dados epidemiológicos que apontam para a juvenilização e a pauperização da epidemia, permanece a pouca preocupação com a assistência prestada ao adolescente; dando-se ênfase somente aos aspectos preventivos.

O processo de pesquisa de campo nos possibilitou, verificar, através tanto do contato com os adolescentes – que compartilharam, generosa e esperançosamente, suas histórias – como com os gestores, que, representam o discurso oficial na elaboração das políticas públicas, e, com os profissionais de saúde, que prestam assistência direta aos adolescentes que convivem com o HIV/AIDS, de que forma as questões discutidas ao longo deste trabalho se apresentam na “real” política de assistência ao adolescente.

Observando a fala dos adolescentes com HIV/AIDS, podemos perceber parte das angústias e dilemas que vivenciam enquanto adolescentes e portadores da doença. Com consciência do que vivem e dos limites do futuro, buscam no serviço de saúde algo além da medicalização, paradigma das políticas oficiais de enfrentamento do problema e dos próprios profissionais que comandam a ação.

Baseados nisso, reiteramos a importância de existirem canais que possibilitem a *expressão da diferença*, criando espaços que permitam aos usuários se reconhecerem enquanto um grupo que tem particularidades, que irão influenciar a sua compreensão dos fenômenos e seu olhar para o mundo. Espaços que favoreçam a reflexão e a instrumentalização dos adolescentes para a construção de respostas coletivas para as suas demandas.

E o Serviço Social neste quadro?

Podendo servir como mediador entre as necessidades e carências daqueles que sofrem no cotidiano da vida pelo fato de serem adolescentes, pobres e soropositivos, e as políticas públicas a eles direcionadas. Antes de uma conclusão, queremos trazer perplexidades e dúvidas, sendo a principal, aquela que, num determinado contexto, o grupo de rock nacional *Titãs* trazia com maestria: “*A gente não quer só comida (...)*”. E os adolescentes? Será que eles querem somente remédio?

## BIBLIOGRAFIA

ANDERSON, Perry. I Balanço do Neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (org). Pós-Neoliberalismo: as Políticas Sociais e o Estado Democrático. RJ: Paz e Terra, 1995.

AQUINO, Rubim Santos Leão. História das sociedades: das sociedades modernas às atuais. RJ: Livro Técnico, 1978.

ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. RJ: LCT, 1981.

BASTOS, Fernanda Graneiro. As vivências do Adolescente Portador de Lúpus e suas Representações da Doença. Monografia de Conclusão de Curso. RJ: FSS/UERJ, 1997 (mimeo).

\_\_\_\_\_. Adolescência e HIV/AIDS: Reflexões para o presente. Trabalho de Conclusão de Residência. RJ: HUPE/UERJ, 2000 (mimeo).

BECKER, D. O que é adolescência. Coleção Primeiros Passos. SP: Brasiliense, 1994.

BEHRING, Elaine R.. A Nova Condição da Política Social. Em Pauta – Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, nº 10, 1997.

BERGER, P. & LUCKMANN, T.. A Construção Social da Realidade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1985.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. RJ: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. A Saúde no Brasil na Década de 90. Projetos em Disputa. IN: Revista Superando Desafios – Cadernos de Serviço Social do HUPE. RJ: HUPE/UERJ, Ano III, nº 04, 1996.

CARNOY, M. Estado e Teoria Política. 7ª Ed.. SP: Papyrus, 1988.

CASTRO, C. Instrumentalidade: articulando teoria e prática e vice-versa. Monografia de Conclusão de Residência. RJ: HUPE/UERJ, 1999 (mimeo).

COIMBRA e NASCIMENTO. “Jovens Pobres: o Mito da Periculosidade”. IN: FRAGA, P. & IUANELLI, A. (org.). Jovens em Tempo Real. RJ: DP&A, 2003.

COSTA, N. R. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. SP: HUCITEC, 1998.

COUTINHO, Carlos Nelson. A Dualidade de Poderes – Introdução à teoria marxista de Estado e Revolução. RJ: Brasiliense, 1985.

COUTO, Maria Helena C. Novos Horizontes para as Políticas Públicas em HIV/AIDS: uma aproximação às questões da contemporaneidade. Dissertação de Mestrado. RJ: IMS/UERJ, 2002. (mimeo).

DALLARI, Dalmo. Elementos da Teoria Geral do Estado. SP: Saraiva, 2001.

DRAIBE, Sonia. “As políticas sociais nos anos 1990”. IN: BAUMANN, R. (org.). Brasil, uma década de transição. Brasília: Cepal/Campus, 1999.

ENGELS, F. A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado. RJ: Vitória, 1960.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Brasília: MTB/SEFIT, 1998.

FALEIROS, V. e PRANK, C. (org.). Estatuto da Criança e do Adolescente. Uma década de direitos. Avaliando resultados e projetando o futuro. Campo Grande: UFMS, 2001.

FLEURY, S. Estado sem Cidadãos. Seguridade Social na América Latina. RJ: FIOCRUZ, 1994.

FRAGA, P. e IULIANELLI, A. (org.). Jovens em Tempo Real. RJ: DP&A, 2003.

GALVAO, Jane. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. RJ: ABIA; SP: ED.34, 2000.

GRAMSCI, A. A Concepção Dialética da História. RJ: Civilização Brasileira, 1991.

\_\_\_\_\_. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. RJ: Civilização Brasileira, 1987.

GROSMAN, E. O médico de adolescente e seu ofício – reflexões sobre as normas e práticas. Dissertação de Mestrado. RJ: IMS/UERJ, 1995.

GRUPPI, Luciano. Tudo Começou com Maquiavel. Porto Alegre: L&M, 2001.

HOLANDA, Aurélio Buarque de. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. RJ: Nova Fronteira, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Relações Sociais e Serviço Social: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. SP: Cortez/CELATS, 1998.

INFORME EPIDEMIOLÓGICO EM SAÚDE. IN: Revista Saúde em Foco. Nº 21, Rio de Janeiro, julho de 2001.

KNOBEL, M. e ABERASTURY, A. Adolescência Normal. 8ª Ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

LAURELL, A. C. (org.). Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo. SP: Cortez, 1997.

LEITE, M. S. P. "Políticas Sociais e Cidadania". IN: PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, Vol. 1, nº 1, RJ: UERJ, 1991.

MARX, K. e ENGELS, F. "O manifesto do Partido Comunista". IN: MARX, K. e ENGELS, F. Obras Escolhidas. RJ: Editora Vitória, vol. 01, 1956.

MATTA, Roberto da. "A Profissão do Etnólogo". IN: NUNES, E. A Imaginação sociológica.

MATTOS, M. B. (org.). História: Pensar e Fazer. Laboratório Dimensões da História. RJ: UFF, 1998.

MENDONÇA, S. "Estado e Sociedade". IN: MATTOS (org.). História: Pensar e Fazer. RJ: LDH/UFF, 1998.

MENEZES, M. T. C. G. Em busca da Teoria: Políticas de Assistência Pública. 2ª Ed. RJ: Cortez, 1998.

MINAYO, M. C. (org.). Demandas Populares e Políticas Públicas. Vol. I e II, RJ: Vozes, 1989.

\_\_\_\_\_. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª Ed., RJ: ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS.  
Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e Procedimentos básicos. 1997.

\_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico. DEZ./98 – FEV./99. Brasília,  
1999.

\_\_\_\_\_. Boletim Epidemiológico sobre Juventude no Brasil.  
Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente.  
Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1989.

MOTA, Ana Elisabeth. (org.). A Nova Fábrica de Consensos. Ed. São Paulo:  
Cortez, 1998.

NOGUEIRA, J. C. A. Lições da Teoria Geral do Estado. SP: Saraiva, 1969.

OLIVEIRA, Francisco de. Os Direitos do Anti-valor – A economia política da  
hegemonia imperfeita. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.

PARKER, R. e DANIEL, H. (org.). A AIDS no Brasil (1982 – 1992). RJ: Relumê-  
Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994.

PARKER, R. (org.). Saúde, Desenvolvimento e Política: Respostas frente a AIDS  
no Brasil. RJ: ABIA, 34ª Ed., 1999.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. “Estado, Regulação Social e Controle  
Democrático”. IN: BRAVO, M. I. de S. e PEREIRA, P. A. (org.). Política Social e  
Democracia. RJ: Cortez/UERJ, 2001.

RELATÓRIO DA UNICEF NO BRASIL . 2002.

“Juventude e Contemporaneidade”. IN: Revista Brasileira de Educação. ANPED - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Números Especiais: 5 e 6, maio/junho/julho/agosto de 1997 e setembro/outubro/novembro/dezembro de 1997.

“Adolescência e AIDS: Experiências e Reflexões sobre o Tema”. IN: Revista “SABER VIVER”. Rio de Janeiro, JAN. de 2004.

RUZANY, Maria Helena. Mapa da Situação de Saúde do Adolescente no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. RJ: ENSP/FIOCRUZ, 2000 (mimeo).

SANTOS, Wanderlei G. dos. Cidadania e Justiça – A Política Social na Ordem Brasileira. 2ª Ed., RJ: Campus, 1987.

SANTOS, F. S. D. e MUAZE, M. A. F. Tradição em Movimento: uma Etnohistória da Saúde e da Doença nos Vales dos Rios Acre e Purus. Brasília: Paralelo 15, 2002.

SILVA, Márcia Nogueira. AIDS COMO OBJETO: Dimensão Sócio-Cultural, Prevenção e Serviço Social. Monografia de Conclusão de Curso. RJ: FSS/UERJ, 1995 (mimeo).

SEMERARO, G. Gramsci e a Sociedade Civil – Cultura e Educação para a Democracia. RJ: Vozes, 1999.

SONTAG, S. A Doença como Metáfora. RJ: Graal, 1984.



UNAIDS. Os Jovens e o HIV/AIDS. Informativo. IN: Listen, Learn! World AIDS Campaign With Children and young people. Genebra, 1999.

WOOD, Ellen. Democracia contra Capitalismo: a renovação do materialismo historico – SP: Boitempo, 2003.

## **ANEXOS**

## **Roteiro de Entrevista**

### **1) Gerência do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD/SMS**

Nome:

Tempo de gerência:

Formação profissional:

Ano de formação:

Como se deu a sua aproximação com a temática da saúde do adolescente?

Como está organizado o PROSAD nas unidades básicas de saúde do município?

Como você avalia o impacto que a AIDS trouxe para o Programa de Saúde do Adolescente da SMS?

Como ocorre a assistência ao adolescente soropositivo para HIV/AIDS, nas unidades básicas de saúde?

- programas/projetos
- unidades específicas
- equipe de saúde
- treinamento

Qual a articulação entre o PROSAD e o programa de DST/AIDS da SMS?

- avanços
- limites

Sugestões:

## **Roteiro de Entrevista**

### **2) Gerência do Programa de DST/AIDS da SMS**

Nome:

Tempo de gerência:

Formação profissional:

Ano de formação:

Como se deu a sua aproximação com a temática do HIV/AIDS?

Como você avalia o impacto da AIDS na população adolescente?

Como o Programa de DST/AIDS do município do Rio de Janeiro, atua junto à população adolescente?

Como ocorre a assistência ao adolescente soropositivo que convive com a AIDS ?

- programas/projetos
- unidades específicas
- equipe de saúde
- treinamento

Qual a articulação entre o Programa de DST/AIDS e o PROSAD?

- avanços
- limites

Sugestões:

## **Roteiro de Entrevista**

### **3) Profissionais de referência para a assistência ao adolescente soropositivo no município do Rio de Janeiro.**

Ano de formação:

Formação:

( ) graduação ( ) pós-graduação ( ) mestrado ( ) outros: \_\_\_\_\_

Quais as suas experiências profissionais?

Como você veio trabalhar com adolescentes?

Fale sobre a sua rotina de trabalho: (recepção, dia, horário, equipe, instalações, equipamentos, etc.).

O que você observa sobre o adolescente soropositivo? (características, demandas, adesão, dificuldades, possibilidades).

Em sua opinião, quais são as principais dificuldades na assistência ao adolescente soropositivo?

O que você acredita que poderia ser feito para melhorar essa assistência?

De que forma a Secretaria de Saúde auxiliou ou auxilia no trabalho realizado com adolescentes soropositivos?

Foi oferecido algum treinamento e/ou capacitação para o trabalho com adolescentes soropositivos?

Como você avalia a interação/articulação entre o PROSAD e o Programa de DST/AIDS no município do Rio de Janeiro? Como isso se revela no dia-a-dia da assistência?

Sugestões: